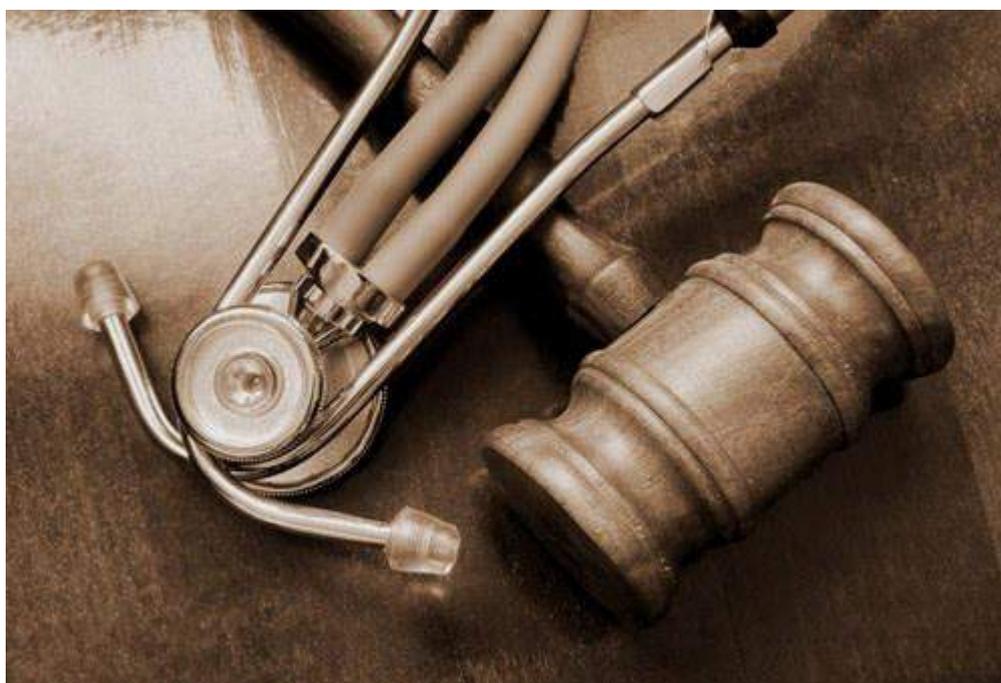


**UNIVERSIDADE CEUMA – UNICEUMA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**  
**MESTRADO EM GESTÃO DE PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**

**HERALDO ELIAS NOGUEIRA NUNES (HERALDO MOREIRA)**

**A PRÁTICA DA MEDIAÇÃO  
E A (DES)JUDICIALIZAÇÃO  
DA SAÚDE NO MARANHÃO**



**SÃO LUÍS (MA)**

**DEZ – 2016**

**HERALDO ELIAS NOGUEIRA NUNES (HERALDO MOREIRA)**

**A PRÁTICA DA MEDIAÇÃO  
E A (DES)JUDICIALIZAÇÃO  
DA SAÚDE NO MARANHÃO**

Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em Gestão de Programas e Serviços de Saúde da Universidade CEUMA como requisito parcial, na defesa, para a obtenção do título de Mestre.

**Orientador:** Prof. Dr. Marcos Pacheco

**SÃO LUÍS (MA)**

**DEZ – 2016**

N972p Nunes, Heraldo Elias Nogueira. (Moreira, Heraldo).

A prática da mediação e a (des)judicialização da saúde no Maranhão. / Heraldo Elias Nogueira Nunes (Heraldo Moreira). - São Luís: UNICEUMA, 2016.

78 p.: il.

Dissertação (Pós-Graduação) – Mestrado em Gestão de Programas e Serviços de Saúde. Universidade CEUMA, 2016.

1. Direito. 2. Saúde. 3. Judicialização da Saúde. Mediação. I. Pacheco, Marcos Antônio Barbosa (Orientador). II. Dias, Rosane da Silva (Coordenadora). III. Título.

CDU: 616.5



UNIVERSIDADE DO CEUMA - UNICEUMA  
REITORIA  
GERENCIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO  
MESTRADO EM GESTÃO DE PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

### RELATÓRIO DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Relatório de defesa pública da Dissertação de Mestrado do (a) aluno (a) **HERALDO ELIAS NOGUEIRA NUNES** do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Programas e Serviços de Saúde, da Universidade CEUMA – UNICEUMA.

Aos 03 dias do mês de dezembro de 2016, na sala 02 da Pós-Graduação, sito à UnICEUMA, Rua Josué Montello, N° 1, Renascença II, realizou-se a Defesa da Dissertação de Mestrado do (a) Sr. (a) **HERALDO ELIAS NOGUEIRA NUNES**, apresentado para o cumprimento dos créditos referentes ao Mestrado em Gestão de Programas e Serviços de Saúde, intitulada “**A PRÁTICA DA MEDIAÇÃO E A (DES)JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE DO MARANHÃO**”, a banca foi composta pelos seguintes professores: Marcos Antônio Barbosa Pacheco (Presidente), Cristina Maria Douat Loyola (1ª Titular), Edith Maria Barbosa Ramos (2ª Titular).

Após declarada aberta a sessão, o (a) Sr. (a) Presidente passou a palavra ao (ã) candidato (a) para a exposição e a seguir aos examinadores para as devidas arguições que se desenvolveram nos termos regimentais. Em seguida, a Comissão Julgadora exarou o parecer:

Resultado Final (Parecer da Comissão Julgadora):

*Após apresentação, sem objeções e esclarecidas a banca aprovou a cognição e fez as devidas considerações no sentido de dar um melhor delineamento ao processo metodológico e a definições de mediações.*

E considerou o (a) candidato (a):

Aprovada ( ) Reprovada ( ) Aprovada com Ressalva

O Título foi homologado pelo Colegiado do Programa de Mestrado em \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ e o (a) aluno (a) faz jus ao título de Mestre em Gestão de Programas e Serviços de Saúde.

Prof. Dr. Marcos Antônio Barbosa Pacheco  
(Presidente)

Prof.ª Dra. Cristina Maria Douat Loyola  
(1ª Titular)

Prof.ª Dra. Edith Maria Barbosa Ramos  
(2ª Titular)

## **AGRADECIMENTOS**

### ***A DEUS:***

Pelo seu imenso amor e misericórdia. O meu socorro e a minha rocha eterna.

### ***A MINHA FAMÍLIA:***

Meus pais, que juntos, cada um a seu modo, me ensinaram possibilidades diferentes de ser-no-mundo-com-outros. Nas suas formas de cuidar, aprendi a preservar e não desistir das coisas nobres do existir. Obrigada por compartilharem momentos bons e estenderem as mãos em momentos difíceis.

Meus filhos (Heraldo Vítor, Victor Hugo, Dafne e Maria Klara) pelo carinho e incentivo contínuo.

Karine Nunes, minha esposa, amiga, companheira e o amor da minha vida. Sem ela não teria sido possível chegar aonde cheguei e do modo como cheguei, alguém muito melhor, depois que a conheci.

Mariana Nunes, minha “quase-nora”, um anjo que entrou em minha vida, pelas mãos do meu filho Heraldo Vítor, pelo apoio operacional, especialmente na reta final.

### ***AOS ORIENTADORES ANA PITTA E MARCOS PACHECO:***

Verdadeiras referências nas artes do mundo acadêmico, os Profs. Drs. Marcos Pacheco e Ana Pitta conduziram-me em momentos diferentes deste trabalho, o que só aumentou a minha responsabilidade e só valoriza este estudo.

### ***A TODOS DA UNIVERSIDADE CEUMA:***

Meus colegas de turma pela honra de ter sido escolhido para liderá-los, bem assim pelo apoio e carinho durante a construção deste trabalho, ao longo das nossas aulas.

Às coordenadoras, professores e funcionários do programa do mestrado, pelo apoio e muitos ensinamentos.

“O Sistema Único de Saúde é universal, ou seja, tem que atender a todos e a tudo. É uma proposta socialista em um país capitalista, assim como a atual Constituição Federal.”

– **Marcos Antônio Barbosa Pacheco**

MOREIRA, Heraldo. **A PRÁTICA DA MEDIAÇÃO E A (DES)JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO MARANHÃO**. 2016, Dissertação (Mestrado em Gestão de Programas e Serviços de Saúde) – Programa de Pós-graduação, Universidade CEUMA, São Luís, 72p.

## RESUMO

A judicialização do direito à saúde é um fenômeno presente em todo o país, tendo diversos desdobramentos, inclusive econômicos, não só para o Judiciário, mas também para o Executivo, principalmente o Estadual, normalmente mais demandado que a União e os Municípios. Esta pesquisa pretende discutir essa situação analisando alternativas administrativas e legais que podem reduzir a magnitude do problema. Trata-se, principalmente, de uma pesquisa sobre a utilização da mediação, com vistas a reduzir os processos judiciais no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde, ou seja, desjudicializar as decisões judiciais direcionadas ao Estado do Maranhão, sobre o tema, comparando os dois meses anteriores ao início do funcionamento do Portal de Atenção à Saúde, uma alternativa de gestão que utiliza a ferramenta da mediação, de forma a minimizar custos e agilizar a satisfação do direito aos usuários do Sistema Único de Saúde, com os dois meses posteriores a ele e com este mesmo período um ano depois. Trata-se, portanto, de uma pesquisa exploratória baseada em dados, e descritiva, onde a análise documental será utilizada como técnica.

Palavras-chaves: Direito à Saúde; Judicialização da Saúde; Mediação.

MOREIRA, Heraldo. **A PRÁTICA DA MEDIAÇÃO E A (DES)JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO MARANHÃO**. 2016, Dissertação (Mestrado em Gestão de Programas e Serviços de Saúde) – Programa de Pós-graduação, Universidade CEUMA, São Luís, 72p.

### **ABSTRACT**

*The judicialization of the right to health is a phenomenon that is present throughout the country, with several developments, including economic ones, not only for the Judiciary, but also for the Executive, especially the State, which is usually more in demand than the Union and the Municipalities. This research intends to discuss this situation by analyzing administrative and legal alternatives that can reduce the magnitude of the problem. This is mainly a research on the use of mediation, with a view to reducing judicial processes within the Secretariat of State of Health, that is, to prejudicial judicial decisions directed to the State of Maranhão, on the subject, comparing the two months prior to the start of the Health Care Portal, a management alternative that uses the mediation tool, in order to minimize costs and expedite the satisfaction of the right to the users of the Unified Health System, with two months after he and with this same period a year later. It is, therefore, an exploratory research based on data, and descriptive, where the documentary analysis will be used as technique.*

*Keywords: Right to Health; Health Judicialization; Mediation.*

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>09</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>11</b>
<b>2.1</b>	<b>Geral</b> .....	<b>11</b>
<b>2.2</b>	<b>Específicos</b> .....	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>12</b>
<b>3.1</b>	<b>Judicialização da saúde</b> .....	<b>12</b>
<b>3.2</b>	<b>Mediação</b> .....	<b>20</b>
<b>3.3</b>	<b>Os princípios que regem o acesso à saúde no Brasil</b> .....	<b>28</b>
<b>4</b>	<b>MÉTODOS</b> .....	<b>35</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de estudo</b> .....	<b>35</b>
<b>4.2</b>	<b>Aspectos éticos</b> .....	<b>35</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E SUA ANÁLISE</b> .....	<b>36</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>43</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>47</b>
	<b>ANEXO A – PORTARIA CNJ Nº 650/2009</b> .....	<b>50</b>
	<b>ANEXO B – RECOMENDAÇÃO CNJ Nº 31/2010</b> .....	<b>52</b>
	<b>ANEXO C – RESOLUÇÃO CNJ Nº 107/2010</b> .....	<b>56</b>
	<b>ANEXO D – CONVÊNIO PAS</b> .....	<b>59</b>
	<b>ANEXO E – REQUERIMENTO À SES (2015)</b> .....	<b>64</b>
	<b>ANEXO F – RESPOSTA DA SES (2015)</b> .....	<b>65</b>
	<b>ANEXO G – REQUERIMENTO À SES (2016)</b> .....	<b>68</b>
	<b>ANEXO H – RESPOSTA DA SES (2016)</b> .....	<b>69</b>
	<b>ANEXO I – DECLARAÇÃO DO CEP</b> .....	<b>71</b>
	<b>APÊNDICE A – FOLHA DE IDENTIFICAÇÃO DO ARTIGO CIENTÍFICO</b> .	<b>74</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, no ano de 2015, movimentou 4.423 processos administrativos sobre demandas jurídicas da saúde, o que corresponde a uma média aproximada de 368 por mês ou dezoito por dia útil, conforme anexo J.

O crescente número dessas ações preocupa os gestores da saúde em todas as esferas, notadamente em decorrência do impacto desses gastos nos seus orçamentos.

Por outro lado, para os magistrados a situação não deve ser nada confortável, posto que precisam decidir sobre matéria que lhes é estranha – saúde – com receio de isso impactar numa eventual perda de uma vida – a do demandante – ou de muitas outras, dadas as questões orçamentárias.

Segundo o Secretário de Saúde do Estado de São Paulo – Prof. Dr. David Everson Uip – em palestra proferida na abertura da “II Jornada de Direito da Saúde”, promovida pelo Conselho Nacional de Justiça, no auditório do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, no dia 18/05/2015, um paciente do Sistema Único de Saúde lhes custa, em média, R\$ 2.500,00/mês, mas, no momento em que judicializa a sua demanda, quadruplica esse valor.

O direito à saúde está previsto na Constituição Federal, que preceitua em seu artigo 196, que ele seria um direito de todos e um dever do Estado. Logo, trata-se de um direito público subjetivo tutelado constitucionalmente, devendo ser efetivamente implementado pelo poder público, por meio de políticas sociais e econômicas, ou seja, políticas públicas, que garantam o acesso universal à assistência médico-hospitalar, já que é uma consequência lógica e indispensável do direito à vida.

Como tal, o Estado, por todas as suas esferas, notadamente o Executivo e, na sua falta, o Judiciário, não pode ser indiferente, ainda mais no Maranhão, considerado um estado pobre, com indicadores sociais muito baixos, o que acaba por resultar em um Índice de Desenvolvimento Humano não satisfatório.

A presente pesquisa tem por escopo analisar a utilização de uma ferramenta de mediação como sendo uma alternativa institucional à judicialização da saúde pública no Estado do Maranhão, ou seja, a criação do Portal de Atenção à Saúde, uma experiência desenvolvida no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão envolvendo a sua Secretaria Adjunta de Assuntos Jurídicos e outras instituições do sistema de justiça do Estado, conforme descrito no contexto deste trabalho.

Para tanto, será investigado o período compreendido entre 01/01 e 12/04/2015, e o mesmo intervalo, só que um ano depois, com o mapeamento das ações judiciais relativas a saúde pública propostas em face do Estado do Maranhão, separando-as por patrono e por demanda.

A seguir, serão comparadas, sob os aspectos quantitativo e qualitativo, as demandas apresentadas antes e depois do início da prática da mediação.

É oportuno ressaltar que não foi utilizado um período maior que o proposto tendo em vista que a administração estadual não possuía tais dados antes de janeiro de 2015.

A propósito, nos dois primeiros meses do ano de 2015 ocorreram várias reuniões envolvendo representantes de diversos órgãos diretamente afetados pela questão da judicialização da saúde no Estado do Maranhão, a saber: Procuradoria Geral do Estado, Secretaria de Estado da Saúde, Defensoria Pública do Estado, Procuradoria Geral do Município de São Luís, Secretaria Municipal de Saúde de São Luís e Defensoria Pública da União.

Foi acordado, pelos representantes dos órgãos acima, que seria adotada uma experiência similar àquela que já era usada, de forma exitosa, no Estado do Rio de Janeiro, lá denominada de Câmara de Resolução de Litígios da Saúde, desde maio de 2012, por força de convênio de cooperação praticamente entre os mesmos órgãos supra, atuantes naquele ente federativo.

A Câmara de Resolução de Litígios da Saúde está localizada no Centro do Rio de Janeiro, e reúne a Procuradoria Geral do Estado, a Procuradoria Geral do Município, o Tribunal de Justiça do Estado, a Defensoria Pública do Estado, a Defensoria Pública da União, a Secretaria de Estado de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Também foi definido que, a partir de 20/02/2015, seria criado um grupo virtual, também denominado de Portal de Atenção à Saúde, por meio do aplicativo WhatsApp, para que os atores acima pudessem experimentar a ideia, na prática, até que, em 08/06/2015, após entenderem que a experiência também estava bem sucedida no Maranhão, eles resolveram assinar o convênio que consta do anexo D.

Após considerar o cenário e o contexto do problema descrito cabe apontar a nossa questão norteadora. Isto é: a desjudicialização do direito à saúde no Maranhão é possível? Como? E em que medida?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Analisar a prática da mediação como uma alternativa à judicialização da saúde pública no Estado do Maranhão, a partir de uma experiência inter-institucional.

### **2.2 Específicos**

1) Mapear as ações judiciais em face do Estado do Maranhão, por patrono e por demanda, no período de 01/01 a 12/04/2015, e exatamente um ano depois, no mesmo intervalo.

2) Comparar, sob os aspectos quantitativo e qualitativo, as demandas antes e depois do início da prática da mediação.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Judicialização da saúde

A expressão judicialização da saúde é usada em razão das crescentes demandas judiciais envolvendo tal temática, ao tempo em que expõe os limites e as possibilidades do referido setor e do sistema judiciário, na medida em que se tornou algo inevitável, além de dar origem a um outro fenômeno, como se observa na assertiva a seguir:

[...] juízes e tribunais, uma vez provocados pela via processual adequada, não têm a alternativa de se pronunciarem ou não sobre a questão. Todavia, o modo como venham a exercer essa competência é que vai determinar a existência ou não de ativismo judicial. (BARROSO, 2013, p. 368).

Logo, ativismo judicial e judicialização apesar de terem origens semelhantes são expressões diferentes. “Não se pode negar que tanto uma quanto a outra são empregadas no sentido de demonstrar a ideia do acentuado grau de judicialização que assume o direito brasileiro na atual conjuntura”. (TASSINARI, 2013, p. 27)

Mas, ativismo judicial, expressão que tem sido bastante utilizada nas instituições e democracias contemporâneas, tem distintas designações, tais como: “modelo ou programa para a decisão judicial, atitude ou comportamento dos juízes, ou ainda tendência das decisões judiciais em conjunto.” (KOERNER, 2013, p. 89)

Enfim, com base na dificuldade em encontrar um conceito objetivo de ativismo judicial, é possível estabelecer algumas alternativas de abordagem:

[...] a) como decorrência do exercício do poder de revisar (leia-se controlar a constitucionalidade) atos dos demais poderes; b) como sinônimo de maior interferência do Judiciário (ou maior volume de demandas judiciais, o que, neste caso, configuraria muito mais a judicialização); c) como abertura à discricionariedade no ato decisório; d) como aumento da capacidade de gerenciamento processual do julgador, dentre outras. (TASSINARI, 2013, p. 27)

Portanto, o ativismo judicial é caracterizado por uma conduta de expansão da Constituição, enquanto que a judicialização é uma questão social:

[...] a dimensão desse fenômeno, portanto, não depende do desejo ou da vontade do órgão judicante. Ao contrário ele é derivado de uma série de fatores originalmente alheios à jurisdição, que possuem seu ponto inicial em um maior e mais amplo reconhecimento de direitos, passam pela ineficiência do Estado em implementá-los e deságuam no aumento da litigiosidade – característica da sociedade de massas. A diminuição da judicialização não depende, portanto, apenas de medidas realizadas pelo Poder Judiciário, mas, sim, de uma plêiade de medidas que envolvem um comprometimento de todos os poderes constituídos. (TASSINARI, 2013, p. 32-33)

Para Holmes e Sunstein (2011, p. 49), os direitos normalmente são descritos como sendo invioláveis, peremptórios e determinados. Só que, a efetivação de um direito gera custo e, como tal, não pode ser ilimitada, razão pela qual o Poder Judiciário não pode tutelar direitos de forma financeiramente irresponsável, ou seja, sem a observância das consequências orçamentárias que, obviamente, afetarão a implementação das políticas decorrentes, pelo Poder Executivo, tanto quanto o Legislativo não pode criar leis sem a observância de tais limites.

Em verdade, os direitos fundamentais, como a saúde, necessitam de que sejam disponibilizados meios materiais para sua satisfação, mas esses meios são finitos e escassos.

Para Amaral (2001, p. 133), “escassez, divisibilidade e homogeneidade dos meios materiais desafiam a visão igualitária”.

Tanto é assim que Cappelletti (1999, p. 41) ressalta em sua obra que os direitos sociais necessitam de uma postura ativa do poder público e complementa:

Diversamente dos direitos tradicionais, para cuja proteção requer-se apenas que o estado não permita sua violação, os direitos sociais – como o direito à assistência médica e social, à habitação, ao trabalho – não podem ser simplesmente “atribuídos” ao indivíduo. Exigem eles, ao contrário, permanente ação do estado, com vistas a financiar subsídios, remover barreiras sociais e econômicas, para, enfim, promover a realização de programas sociais fundamentos desses direitos e das expectativas por eles legitimadas.

Portanto, os direitos sociais, por dependerem, em regra, de uma atividade prestacional, necessitarão de disponibilidade financeira do estado, ou seja, para uma efetiva concretização estão sujeitos à – teoria da reserva do possível – o que acabará por se revelar como uma das justificativas para não realização de políticas públicas na saúde.

Assim, os direitos sociais seriam efetivados na medida do que seja possível. Ocorre que, aquilo que deveria ser uma exceção tornou-se regra, como confirma o pensamento de Gonçalves (2006, p. 65):

[...] o princípio constitucional da reserva do possível, que só deveria justificar a contenção de gastos públicos para além do básico, termina por servir de justificativa para políticas de assistência social pouco comprometidas com a redistribuição de riquezas, alicerçadas em programas minimalistas, residuais e afastados das diversidades culturais de cada família.

A esse respeito, segundo Sarlet (2009, p. 255), a reserva do possível se reveste de uma tríplice dimensão, que compreende:

[...] a) a efetiva disponibilidade fática dos recursos para a efetivação dos direitos fundamentais; b) a disponibilidade jurídica dos recursos materiais e humanos, que guarda íntima conexão com a distribuição das receitas e competências tributárias, orçamentárias, legislativas e administrativas, entre outras, e que, além disso, reclama equacionamento, notadamente no caso do Brasil, no contexto do nosso sistema constitucional federativo; c) já na perspectiva (também) do eventual titular de um direito a prestações sociais, a reserva do possível envolve o problema da proporcionalidade da prestação, em especial no tocante à sua exigibilidade e, nesta quadra, também de sua razoabilidade.

Em consequência, Amaral (2001, p. 213) afirma existir três grandes entendimentos sobre o conteúdo dos direitos fundamentais e sua exigibilidade: a) devem ser exigíveis todos os direitos fundamentais, assim rotulados pela Constituição; b) os direitos só seriam exigíveis desde que submetidos à reserva do possível; e c) deve haver um grupo de direitos mínimos, que seria sempre exigível.

Da discussão proposta por Holmes e Sunstein (2011, p. 49) surgem problemas de ética distributiva e de justiça distributiva. Afinal, os gastos para proteção dos direitos, em razão de sua implementação, favorecerão a sociedade em seu todo, a maioria de seus membros ou apenas pequenos grupos com influência política? E eles reforçam que todo direito tem um preço, apesar dessa afirmação soar paradoxal, já que seria uma ameaça à preservação dos direitos fundamentais.

Gustavo Amaral (2001, p. 214), analisando a obra dos autores supra, “El costo de los derechos”, relata que “[...] todos os direitos são caros porque todos os direitos pressupõem o custeio, pelos contribuintes, de uma máquina eficaz de supervisão para monitorar e dar efetividade”.

Continuando nessa linha de raciocínio, tais autores consideram que atender os direitos e, portanto, analisar a extensão do custo dos direitos fundamentais levantará uma série de questões adicionais, não apenas sobre o custo, mas também sobre quem decidirá como alocar esses recursos públicos escassos para protegê-los, e para quem.

Essas circunstâncias não estariam adstritas aos direitos sociais de cunho prestacional (SARLET, 2009, p. 255), tanto que Silva (2007, p. 168) ressalta que as ações e políticas de saúde são de relevância pública, sujeitas à regulamentação, fiscalização e controle estatal.

A pesquisa quanto ao funcionamento das instituições, notadamente a análise das decisões judiciais, não é algo recente, especialmente por se imaginar que o perfil de um juiz, externado em suas sentenças, poderá interferir na dinâmica da interação política de uma determinada sociedade (ZAULI, 2011, p. 197).

Oportuno destacar, então, a construção do denominado princípio da separação de poderes, retratado na obra de Montesquieu, onde o equiparou, inclusive, à preservação da liberdade.

Sobre o tema, Aristóteles já trazia em seus textos uma nítida divisão de poderes entre assembleia-geral, corpo de magistrados e corpo judiciário, bem assim como Marcílio de Pádua, *in Defensor Pacis*, já evidenciava diferentes funções estatais. (BONAVIDES, 2014, p. 352).

Já Jonh Locke dividiu os poderes em executivo, judiciário e legislativo, e ainda mencionou um quarto poder que ele chamava de prerrogativa, que seria a transferência de atribuição ao príncipe para promover o bem diante da omissão ou lacuna legal. (BONAVIDES, 2014, p. 415)

Eis que Montesquieu trouxe, em “Do Espírito das Leis”, a teoria da separação dos poderes, princípio de maior importância, posto que ele destacasse que todo homem, que detém o poder, tende a abusar dele. (BONAVIDES, 2014, p. 423)

Por tal razão ele destacou que a cada poder deveria corresponder uma determinada função, independente das demais. Ao legislativo caberia criar as leis e modificá-las; Ao executivo cumpriria celebrar a paz e declarar guerra, estabelecer segurança e atuar na prevenção de invasões; e, ao judiciário, que poderia transferir tal papel ao príncipe ou a um magistrado, a punição de crimes e os julgamentos de ordem civil. (BONAVIDES, 2014, p. 433)

Logo, a separação dos poderes se torna um marco do constitucionalismo moderno, e sua origem está entrelaçada com a liberdade do cidadão e a garantia dos demais direitos fundamentais (BARROSO, 2013, p. 368), já que ela adota como linha estrutural a limitação do poder para garantir a liberdade. (PIÇARRA, 1989, p. 135)

Ocorre que, a acumulação das funções executiva, legislativa e judiciária nas mãos de uma só pessoa ou órgão, independentemente se por conquista ou eleição, poderia resultar em tirania, o que contrariava a quebra proposta do modelo anterior – absolutista. (MADISON; HAMILTON; JAY, 1984, p. 535)

Eis que surge, então, a necessidade de inserir, nesse contexto, o sistema de freios e contrapesos, ou seja, não bastava a separação clara entre os poderes, mas, também, que nenhum deles deveria exercer, sobre outro, qualquer influência preponderante, através de limites constitucionalmente estabelecidos, para evitar usurpações recíprocas. (MADISON; HAMILTON; JAY, 1984, p. 536)

Só que, como destacado por Zauli (2011, p. 201):

[...] a evolução da doutrina de separação de poderes do Estado terminou por produzir um resultado significativamente diverso daquele proposto por Montesquieu. Diante da necessidade da criação e manutenção de certo equilíbrio entre os três poderes, em vez de um equilíbrio natural decorrente de uma rígida e excludente separação de poderes, a resultante foi uma complexa interação entre os órgãos integrantes de cada um dos três poderes na qual cada um é chamado a desempenhar funções típicas e atípicas, ocorrendo, portanto, uma interseção entre os três poderes, em vez de uma completa separação de funções excludentes entre os diferentes ramos do Estado.

Tanto é assim que, o que se observa hoje é a prevalência sem freio das multidões políticas, o que seria outra forma de poder que está presente no estado moderno (BONAVIDES, 2014, p. 137), ou seja, com o avanço do liberalismo o Estado observou a necessidade de uma atuação maior na área social e na prestação de serviços.

O aumento de tais funções fez emergir o denominado Estado Social, assim retratado: “Nasceram, no Estado Social, as ideias basilares para a criação dos direitos sociais, aqueles enquadrados nos direitos de segunda dimensão, que se situam no plano do *ser*, direitos de cunho econômico e social”. (PEREIRA; NELSON, 2012, p. 61)

Só que o estado liberal em muito se difere do estado social, no dizer destes últimos:

Enquanto o primeiro busca a igualdade formal, a proteção da liberdade dos indivíduos que o compõem, [...] o Estado Social preocupa-se com a liberdade material. Isto é, a ausência de privilégio para determinadas classes em detrimento de outras, o atendimento das promessas para a concretização do que fora prometido no Estado Liberal, o acesso a bens e serviços disponíveis na sociedade, tudo isto para que se concretize a independência e autonomia social dos indivíduos.

Pois bem, o Estado Brasileiro está caracterizando como sendo democrático, conforme consta do preâmbulo Constitucional vigente, dizendo assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais dentre outros previstos em seu texto.

Em consequência, houve uma mudança de atitude, pois, se no passado o indivíduo era apenas um sujeito passivo, no aguardo das concretizações de direitos por medidas estatais, hoje ele é extremamente ativo em tal processo em consequência de uma democracia participativa, que resulta numa vontade popular soberana.

Como tal, se observa um significativo aumento de demandas judiciais que buscam a concretização de direitos constitucionais formalmente assegurados, como uma espécie de redescoberta dessas faculdades e a nítida ampliação da consciência de cidadania.

A esse respeito, afirma Cappelletti (1999, p. 43), que a expansão do papel do judiciário “representa o necessário contrapeso, segundo entendo, num sistema democrático de *checs and balances*, à paralela expansão dos ramos políticos do estado moderno”, ou seja, “em que o direito e o Poder Judiciário já tinham ampliado sua presença na sociedade e na política, é que vai instalar-se, ao longo dos anos de 1970, a crise do *Welfare State*, cuja resposta radical se manifestou na emergência do neoliberalismo e suas intervenções no sentido de desregulamentar o mercado e recriar a economia como dimensão autônoma”.

E Vianna (2007, p.39) arremata:

[...] As reformas neoliberais afrouxam, quando não retiram de cena, as escoras que asseguravam direitos a amplos setores sociais, ao mesmo tempo em que provocam, inclusive pela reestruturação do sistema produtivo, o retraimento da vida sindical e da vida associativa em geral. Ao mundo da utopia do capitalismo organizado e do que deveria ser da harmonia entre as classes sociais, induzida pela política e pelo direito, sucede uma sociedade fragmentada entregue às oscilações do mercado, onde o cimento das ideologias e da religião, mesmo o dos laços da família tradicional, perde força coesiva. Sem Estado, sem fé, sem partidos e sindicatos, suas expectativas de direitos deslizam para o interior do Poder Judiciário

Por conseguinte, a não efetivação de direitos e garantias que sejam mecanismos assecuratórios de proteção ao cidadão enseja a possibilidade deste buscar o Judiciário para ser obedecido o que determina a Constituição Federal. (PEREIRA; NELSON, 2012, p. 63)

Barroso afirma (2013, p. 371), a esse respeito, que uma das grandes inovações no Brasil recente foi a enorme ascensão do Poder Judiciário, dada a recuperação das liberdades decorrentes da democracia, com as consequentes garantias da atividade judicante, fazendo com que ele passasse de um poder meramente técnico, mudando seu perfil institucional para dividir holofotes com os outros dois poderes.

Nesse sentido, em que pese a invasão do Direito sobre o social “[...] avança na regulação dos setores mais vulneráveis, em um claro processo de substituição do Estado e dos recursos institucionais classicamente republicanos pelo judiciário.” (VIANNA, 2007, p. 39)

Tal expansão da atividade judicante é, para Cappelletti (1999, p. 48), em verdade, uma medida criativa da função jurisdicional, sobretudo nesse século, posto que:

É manifesto o caráter acentuadamente criativo da atividade judiciária de interpretação e de atuação da legislação e dos direitos sociais. (...) Mas, obviamente, nessas novas áreas abertas à atividade dos juízes haverá, em regra, espaço para mais elevado grau de discricionariedade e, assim, de criatividade, pela simples razão de que quanto mais vaga a lei e mais imprecisos os elementos do direito, mais amplo se torna também o espaço deixado à discricionariedade nas decisões judiciárias.

Em consequência desse novel perfil do Judiciário, sobretudo nas democracias contemporâneas, tornou-se bastante corriqueira a utilização do termo judicialização, estando este relacionado à ingerência das decisões judiciais, e dos procedimentos decorrentes, no contexto político. (ZAULI, 2011, p. 207)

A expressão judicialização “[...] significa que questões relevantes do ponto de vista político, social ou moral estão sendo decididas, em caráter final, pelo Poder Judiciário”, e o seu número crescente ilustra “[...] a fluidez da fronteira entre política e justiça no mundo contemporâneo, documentando que nem sempre é nítida a linha que divide a criação e a interpretação do direito.” (BARROSO, 2012, p. 375).

Vários seriam os motivos, para este, que tentam justificar o surgimento e crescimento dessa possibilidade, sendo que este último as arrola desta forma:

A primeira delas é o reconhecimento da importância de um judiciário forte e independente, como elemento essencial para as democracias modernas. Como consequência, operou-se uma vertiginosa ascensão institucional de juízes e tribunais, tanto na Europa como em países da América Latina, particularmente no Brasil. A segunda causa envolve certa desilusão com a política majoritária, em razão da crise de representatividade e de funcionalidade dos parlamentos em geral. Há uma terceira: atores políticos, muitas vezes, preferem que o Judiciário seja a instância decisória de certas questões polêmicas, em relação às quais exista desacordo moral razoável na sociedade.

Só que, segundo ele, a atuação do julgador não poderá ser de apenas um aplicador cego e mecânico da lei, ele também deverá ter em mente alcançar a justiça e a razoabilidade em suas decisões.

Nesse sentido, Ramos (2012, p. 135) enfatiza que “[...] atuar com base na lei quer dizer a preservação do equilíbrio, a conservação do *status* dos fatores reais efetivos, o que exprime a manutenção da Constituição efetiva, a única possível e necessária”.

Ser justo nas suas decisões deve ser um norte de todo magistrado. Tanto é assim que Rawls (2008, p. 136), na obra “uma teoria de justiça”, expõe que elas devem retratar a prevalência dos ideais de justiça, de modo a regular uma sociedade bem-ordenada. E mais, cada ser possui uma inviolabilidade estabelecida por esse sentimento, que nem mesmo o bem-estar da sociedade como um todo pode ignorar.

Portanto, a evolução do Estado está ligada à crescente preocupação relacionada com as questões de implementação e proteção de direitos fundamentais, incluída aí a judicialização da saúde e a legitimidade de atuação do Poder Judiciário como órgão garantidor da solicitação de medidas judiciais relacionados à saúde.

E já que o direito à saúde é um pressuposto básico de existência, pois se apresenta como uma prerrogativa jurídica indisponível e que é garantida a todos pela Constituição Federal de 1988, ele constitui o “ápice do denominado *processo de redemocratização* que rompeu como período ditatorial do país.”. Tanto é assim que a Constituição traz um rol extenso de direitos, com foco nos que são sociais, os garantindo aos cidadãos. (TASSINARI, 2013, p. 156)

Para José Afonso da Silva (2007, p. 168) o Estado deve garantir a saúde através de políticas públicas sociais e econômicas que visem à redução de doenças e outros gravames. No momento em que assim não age, surge o fenômeno da judicialização dos problemas de saúde, caracterizando uma nova dimensão da atividade social da magistratura.

Em consequência, quase todas as demandas de importância política, social ou moral estão sendo discutidas dentro do Poder Judiciário, sobretudo no Supremo Tribunal Federal. (BARROSO, 2012, p. 342)

Assim, a locução – judicialização da saúde – passou a ser utilizada em razão das crescentes demandas judiciais envolvendo esse tema, expondo quais os limites e as reais possibilidades do referido setor e do sistema de justiça.

Esse assunto ganhou tanta repercussão e destaque nacional a ponto de ser realizada uma audiência pública sobre ele, exatamente pela cúpula do Poder Judiciário, ou seja, no Supremo Tribunal Federal, em 05 de março de 2009.

Ocorre que, muitas críticas surgem em torno desse tema. Uma das principais, segundo Sarlet (2001, p. 263), seria de que a judicialização da saúde gera um problema democrático, pois retira dos poderes legitimados a capacidade de decisão sobre o gasto com os recursos públicos. Além disso, poderia gerar uma desorganização da administração pública, uma vez que não há como fazer a previsão dos custos que ela terá que suportar para financiar o atendimento das demandas judiciais.

Porém, segundo observa Mendes e Branco (2014, p. 189), na resolução de um caso concreto, será possível que a atuação do Judiciário contribua para melhorar as políticas públicas sociais, seja por indicar eventuais correções de critérios, seja por estimular a implementação dessas políticas.

Nesse sentido:

São os julgadores quem irão decidir até onde se estende essa proteção do direito à saúde quando determinarem o cumprimento das medidas necessárias para efetivação desse direito. É por este motivo, que os tribunais estão repletos de ações reivindicando, desde tratamento para HIV – que poderá proporcionar ao doente tratamento para estender o seu tempo de vida, diminuindo seu sofrimento e proporcionando uma vida mais digna – a pedidos de aparelhos de surdez e óculos para a correção da visão. (PEREIRA; NELSON, 2012, p. 72)

Ainda como forma de demonstrar o peso e a relevância do tema, no contexto jurídico brasileiro, o importante órgão de controle externo do Judiciário – o Conselho Nacional de Justiça – criou um grupo só para debatê-lo, e o fez por meio da Portaria nº 650, de 20 de novembro de 2009, constante do anexo A, que resultou na instituição da Recomendação nº 31, de 30 de março de 2010, conforme anexo B, que estabeleceu diretrizes aos órgãos jurisdicionais, em relação às demandas relacionadas à saúde.

Afinal, qual deve ser a postura do juiz diante dessa situação: “A justiça do caso concreto deve ser sempre aquela que possa ser assegurada a todos que estão ou possam vir a estar em situação similar, sob pena de quebrar-se a isonomia.” (AMARAL, 2001, p. 252)

Em suma, o tema judicialização da saúde precisa ser melhor analisado, no mínimo para chamar a atenção dos três poderes estatais, de modo a não sobrecarregar só um deles, o Judiciário, o que acaba afetando o orçamento de outro – o Executivo – sem que o terceiro, o Legislativo apresente propostas efetivas para ajustar, legalmente, todos os interesses envolvidos.

### **3.2 Mediação**

Em seis de abril de 2010, o Conselho Nacional de Justiça publicou a Resolução nº 107, constante do anexo C, que instituiu o Fórum Nacional do Judiciário, para monitoramento e resolução das demandas de assistência à Saúde, em consequência do elevado número e da ampla variedade das ações respectivas, além do grande impacto dos gastos provocados por elas nos orçamentos públicos.

Em verdade, dadas as disparidades das decisões judiciais, o Conselho Nacional de Justiça “afigurou-se como protagonista na sistematização de uma política judiciária para garantir o equilíbrio entre a imprescindível concretização do direito a saúde e a reserva possível do orçamento público, em especial, os orçamentos dos Estados e Municípios”. (RAMOS; DINIZ; SENA, 2013, p. 33)

Ressalte-se que, dentre as atribuições previstas para o Fórum Nacional do Judiciário, está a criação de comitês executivos, sob a coordenação de magistrados indicados pela Presidência do Supremo Tribunal Federal e/ou pela Corregedoria Nacional de Justiça, para coordenar e executar medidas de natureza específica, que forem consideradas relevantes.

Esse Fórum Nacional é composto por juízes, especializados ou não, que tratem de temas relacionados ao objeto de sua atuação, podendo contar com o auxílio de autoridades e especialistas com atuação nas áreas correlatas, especialmente do Conselho Nacional do Ministério Público; do Ministério Público Federal, dos Estados e do Distrito Federal; das Defensorias Públicas; da Ordem dos Advogados do Brasil; de universidades e outras instituições de pesquisa. E mais:

O Comitê Organizador do Fórum Nacional constitui um comitê executivo nacional, de natureza permanente. A Comissão Permanente de Relacionamento Institucional e Comunicação do Conselho Nacional de Justiça supervisionará os trabalhos do Comitê Organizador. As atividades e ações do Comitê poderão ser desenvolvidas junto a todos os tribunais do país e em parceria com as demais instituições públicas envolvidas com o tema. (RAMOS; DINIZ; SENA, 2013, p. 37).

E para que o Fórum Nacional tenha todos os instrumentos para o desempenho de suas atribuições, o Conselho Nacional de Justiça poderá firmar termos de acordo de cooperação técnica ou convênios com órgãos e entidades públicas e privadas, cuja atuação institucional esteja voltada à busca de solução dos conflitos de assistência à saúde. Ou seja:

[...] o Fórum Nacional representa um esforço para dotar os magistrados de conhecimentos específicos para a melhor solução dos casos que são levados ao Poder Judiciário, garantindo a eficiência da prestação jurisdicional e a qualidade das políticas públicas existentes. Além disso, com o Fórum o CNJ procura prevenir o surgimento de novas demandas judiciais, através da proposição de estratégias para as questões de direito sanitário. (RAMOS; DINIZ; SENA, 2013, p. 39).

A propósito, segundo dados do Ministério da Saúde, em cerca de 60% dos processos, o medicamento pleiteado, de última geração tecnológica e, como tal, de alto custo, não estaria disponível no rol do Sistema Único de Saúde, por ainda não ter sido aprovado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ou seja, sem evidência científica de sua eficácia e segurança, muito embora pudessem ser utilizados outros já existentes, com resultados já comprovados. (BRASIL, 2009)

A segunda maior demanda judicial envolveria a solicitação de cirurgias e procedimentos, em decorrência, normalmente, da falta de leitos, médicos especialistas e material necessário, seguida pela de incorporação de novas tecnologias.

E mais, segundo pesquisa (Conselho Federal de Medicina, 2014), por meio de informações obtidas junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, quase quinze mil dos leitos de internação, ou seja, os reservados a pacientes que necessitam de permanência superior a 24 horas, foram desativados na rede pública, desde julho de 2010, quando o país dispunha de 336,2 mil deles.

Vale ressaltar que o Ministério da Saúde informou que a redução mencionada se deu por força da substituição pela atenção ambulatorial ou domiciliar, que se revela ser uma tendência mundial, principalmente em setores onde a medicina proporcionou avanços que permitiram redução do tempo de permanência no hospital, como no caso das cirurgias realizadas por vídeo, por exemplo.

No caso do Maranhão, tendo em vista as dificuldades encontradas na gestão que assumiu a Secretaria de Estado da Saúde a partir de janeiro de 2015, sobretudo devido ao subfinanciamento da saúde e mais o impacto negativo no orçamento em decorrência de bloqueios de quantias decorrentes de demandas judiciais, é que, após uma série de análises para enfrentar essa situação, que foi considerada a possibilidade de criar um mecanismo, cujo nome foi escolhido, pela maioria dos envolvidos, como sendo Portal de Atenção à Saúde.

É relevante destacar, em tal contexto, o objetivo do Portal de Atenção à Saúde, conforme consta do convênio que o criou, que é reunir defensores públicos, procuradores do Estado, procuradores do Município e representantes das secretarias de saúde, do Estado e do Município, com o escopo de promover o atendimento de partes assistidas pelas defensorias e que demandem prestação de serviço de saúde, de modo a evitar o ajuizamento de ações, buscando solução administrativa para oferta de medicamento, agendamento de procedimento cirúrgico, exame médico e outras demandas, nos limites e forma ali especificados, bem como no regimento a ser elaborado pelos convenientes.

O Portal de Atenção à Saúde tem a pretensão de passar a ter também um espaço físico para atendimento, conforme estabelecido no seu convênio, mais precisamente em imóvel da Defensoria Pública do Estado.

Oportuno, também, destacar alguns dos “considerandos” existentes no convênio em tela e que levaram à criação do Portal de Atenção à Saúde, a saber:

- a) às procuradorias cumprem atuar judicial e extrajudicialmente na defesa dos interesses daqueles entes públicos e propor medidas em assuntos pertinentes à proteção dos direitos humanos, nos termos da Constituição Federal, e em cooperação à administração da justiça;
- b) as defensorias patrocinam e assistem a maior parte das demandas dirigidas ao Estado e ao Município para satisfação do dever de saúde pública;
- c) parcela significativa das demandas ajuizadas é solucionada antes da sentença, com o fornecimento, mediante cadastro, de medicamentos incorporados aos programas públicos do Sistema Único de Saúde e a realização do exame ou procedimento cirúrgico pleiteado;

- d) os atendimentos realizados pelas defensorias na área de saúde requerem, na maior parte dos casos, medidas urgentes para salvaguardar o direito do paciente e que a complexidade da estrutura do Sistema Único de Saúde e o desconhecimento dos programas de saúde pública, por vezes, dificultam a satisfação administrativa do interesse;
- e) às secretarias de saúde cumprem formular e implantar as políticas de saúde, executando ações para sua promoção; e
- f) as procuradorias são reconhecidas como instituições essenciais à função jurisdicional do Estado.

O sistema público de resolução dos conflitos, que envolve os órgãos do Poder Judiciário, as defensorias (estaduais e federal), as procuradorias (notadamente as estaduais e as municipais) e o ministério público (federal e estaduais), utiliza vários métodos ou procedimentos distintos, com destaque para os mais conhecidos, que são o processo judicial, a conciliação e a mediação.

E o Portal de Atenção à Saúde nada mais é que uma tentativa de solução amigável dos conflitos jurídicos envolvendo a prestação de saúde pública no Estado do Maranhão, por meio da denominada mediação, entre alguns dos principais atores envolvidos em tal problemática.

Como tal, faz-se oportuno falar a respeito dessa importante medida, alternativa, de solução de conflitos, sem a necessária, cara e morosa intervenção direta do Poder Judiciário.

A propósito, o novo Código de Processo Civil, ou seja, a Lei Federal nº 13.105, de 16 de março de 2015, no §3º do seu art. 3º, preceitua que “A conciliação, a mediação e outros métodos de solução consensual de conflitos deverão ser estimulados por juízes, advogados, defensores públicos e membros do Ministério Público, inclusive no curso do processo judicial”.

Dentre os muitos conceitos propostos para a mediação o elaborado por Yarn (1999, p. 375) é considerado o que lançou luzes sobre os aspectos principais que a caracterizam e a norteiam, independentemente dela ocorrer antes de uma medida judicial, como no caso do Portal de Atenção à Saúde, ou durante processo já existente, e seria, *verbis*:

Um processo autocompositivo segundo o qual as partes em disputa são auxiliadas por uma terceira parte, neutra ao conflito, ou um painel de pessoas sem interesse na causa, para auxiliá-las a chegarem a uma composição. Trata-se de uma negociação assistida ou facilitada por um ou mais terceiros na qual se desenvolve processo composto por vários atos procedimentais pelos quais o(s) terceiro(s) imparcial(is) facilita(m) a negociação entre pessoas em conflito, habilitando-as a melhor compreender suas posições e a encontrar soluções que se compatibilizam aos seus interesses e necessidades.

É necessário dizer que não é fácil encontrar uma distinção gritante entre mediação e conciliação, ao revés, parece que se está falando do mesmo instituto, apenas com nomenclaturas diferentes.

De fato, a proximidade entre esses dois métodos consensuais de solução de conflitos é impressionante, sendo despidendo enumerar esses pontos de convergência. Normalmente, a única diferença apontada pelos doutrinadores diz respeito à atuação do intermediador – conciliador e mediador – porquanto o primeiro é mais proativo, podendo não somente auxiliar as partes, mas sugerir uma solução para o conflito, ativismo esse que não é permitido ao segundo, conforme Sales (2004, p. 38):

A diferença fundamental entre a mediação e a conciliação reside no conteúdo de cada instituto. Na conciliação, o objetivo é o acordo, ou seja, as partes, mesmo adversárias, devem chegar a um acordo para evitar um processo judicial. Na mediação as partes não devem ser entendidas como adversárias e o acordo é consequência da real comunicação entre as partes. Na conciliação, o mediador [conciliador] sugere, interfere, aconselha. Na mediação, o mediador facilita a comunicação, sem induzir as partes ao acordo.

Na mesma esteira, caminha Grinover (2011, p. 34), a despeito de reconhecer que, na prática, o resultado será semelhante:

A mediação assemelha-se à conciliação: os interessados utilizam a intermediação de um terceiro, particular, para chegarem à pacificação de um conflito. Distingue-se dela somente porque a conciliação busca sobretudo o acordo entre as partes, enquanto a mediação objetiva trabalhar o conflito, surgindo o acordo como mera consequência. Trata-se mais de uma diferença de método, mas o resultado acaba sendo o mesmo.

Tanto a conciliação como a mediação têm como escopo a satisfação dos interesses das partes, no sentido de aproximá-las durante o desenvolvimento das alternativas para a contenda. Resolver um conflito não se limita a dizer que um está certo e o outro errado. Essa polarização da disputa traz efeitos nefastos para as partes.

Corroborando tal sentir, em 26 de junho de 2015, foi editada a Lei Federal nº 13.140, que dispõe sobre a mediação entre particulares como meio de solução de controvérsias e sobre a autocomposição de conflitos no âmbito da administração pública.

E o parágrafo único do artigo 3º dessa mesma norma expressa que “considera-se mediação a atividade técnica exercida por terceiro imparcial sem poder decisório, que, escolhido ou aceito pelas partes, as auxilia e estimula a identificar ou desenvolver soluções consensuais para a controvérsia”.

É bem verdade que não dá para precisar, historicamente, quando e onde a mediação começou a ganhar forma e relevância prática, muito embora não seja difícil perceber que os princípios que lhe servem de norte existem há muito tempo, como mencionado por Serpa (1999, p. 241):

Os chineses, na antiguidade, influenciados pelas ideias do filósofo Confúcio, já praticavam a mediação como principal meio de solucionar contendas. Confúcio acreditava ser possível construir-se um paraíso na terra, desde que os homens pudessem se entender e resolver pacificamente seus problemas. Para ele existia uma harmonia natural nas questões humanas que não deveria ser desfeita por procedimentos adversariais ou com ajuda unilateral. Seu pensamento estabelecia que a melhor e mais justa maneira de consolidar essa paz seria através da persuasão moral e acordos e nunca através da coerção ou mediante qualquer tipo de poder.

A mediação, portanto, é considerada um instrumento autocompositivo indireto, na medida em que as próprias partes decidem o caminho que irão trilhar durante as tratativas, muito embora com o suporte de um terceiro facilitador, ou seja, o mediador, papel este que, no Portal de Atenção à Saúde, acaba sendo exercido, principalmente, pelos defensores públicos, colocando-se entre a Secretaria de Estado da Saúde e os usuários do Sistema Único de Saúde no Maranhão, ao invés de proporem uma nova demanda judicial.

Todo o procedimento da mediação é marcado pela transparente busca da simplificação, informalidade e celeridade. O mediador, em que pese ser ideal ter tido um treinamento específico, não precisa sequer ter passado por uma faculdade de Direito.

A imparcialidade e a confidencialidade também são peças fundamentais nessa engrenagem, haja vista permitirem a criação de um vínculo de confiança entre os sujeitos do conflito e o mediador, com a ausência desse liame a tentativa de negociação está fadada ao fracasso.

Tanto é que as partes, na mediação, são ensinadas, por vezes, imperceptivelmente, que elas mesmas possuem totais condições de encarar os problemas, superando um modelo adversarial, construindo soluções negociadas que se mostrarão bastante satisfatórias, por conseguinte, humanizando as disputas.

A propósito, os incisos do artigo 2º da Lei Federal nº 13.140 relacionam quais os princípios norteadores da mediação, que são: imparcialidade do mediador; isonomia entre as partes; oralidade; informalidade; autonomia da vontade das partes; busca do consenso; confidencialidade; e boa-fé.

Todos os princípios acima, como se observa, foram respeitados quando da criação e durante a utilização do Portal de Atenção à Saúde, inclusive quanto ao uso do aplicativo WhatsApp, consoante consta do *caput* do artigo 46 da lei sob comento, que preceitua que “a mediação poderá ser feita pela internet ou por outro meio de comunicação que permita a transação à distância, desde que as partes estejam de acordo”.

Enfim, a pacificação social é uma das missões perseguidas pelo Estado, quiçá, a mais cara dentre todas, ainda mais envolvendo problemas de saúde pública, como já evidenciado, o que tem imprimido retumbantes fracassos nesse mister, razão pela qual os métodos de resolução negociada dos conflitos, como a mediação, crescem em legitimidade e importância, na medida em que conseguem amenizar a insatisfação dos usuários, em virtude de litígios nos quais estão envolvidos, como destacado por Grinover *et al* (2011, p. 130):

Abrem-se os olhos agora, todavia, para todas essas modalidades de solução não jurisdicionais dos conflitos, tratadas como meio alternativos de pacificação social. Vai ganhando corpo a consciência de que, se o que importa é pacificar, torna-se irrelevante que a pacificação venha por obra do Estado ou por outros meios, desde que eficientes. Por outro lado, cresce também a percepção de que o Estado tem falhado muito na sua missão pacificadora, que ele tenta realizar mediante o exercício da jurisdição e através do processo civil, penal ou trabalhista.

Afinal, é a pacificação social que legitima a atuação estatal de compor litígios. É por meio dela que se busca alcançar um nível aceitável de harmonia entre os indivíduos. Contudo, se torna mais nítido, com o transcorrer do tempo, que o Estado tem fracassado nessa sua nuclear missão. Em função desse malogro, os métodos de resolução negociada dos conflitos crescem em legitimidade e importância, na medida em que conseguem amenizar a insatisfação dos seus usuários, em virtude de litígios nos quais estão envolvidos.

Mesmo com a constatação de que o Estado não tem conseguido alcançar essa pacificação social, a contento, pelos meios tradicionais, paradoxalmente, nota-se que existe uma clara predileção dos litigantes em acionar a máquina estatal a fim de resolver seus conflitos. Em outras palavras, ainda que cientes dos gargalos que irão encontrar durante a prestação jurisdicional, as pessoas continuam, de forma desesperada, a ajuizar ações e inaugurar processos.

Há diversas implicações negativas em função dessa judicialização do cotidiano, dentre as quais duas merecem destaque: a banalização da atividade jurisdicional e a dependência das pessoas, em relação ao Estado, para solucionar suas demandas. O ambiente de universalização da jurisdição muitas vezes é deturpado, no sentido de passar a impressão de que toda e qualquer situação conflituosa, merece a atenção do poder estatal, mormente do Judiciário.

Assim sendo, a ideia da prestação jurisdicional como ultima *ratio* é levada ao esquecimento, provocando a movimentação de toda a engrenagem judicial para atender a uma demanda irrelevante, ou, embora de grande importância, que poderia ter sido facilmente resolvida mediante a mediação, por exemplo.

Notáveis são os ensinamentos de Mancuso (2011, p. 62), a esse respeito, quando trata acerca da falta de preservação do próprio Judiciário:

Numa perspectiva de futuro, é de se augurar que o próprio interesse de agir venha configurado a partir da demonstração do prévio esgotamento de outros meios preordenados à resolução da controvérsia (como hoje se passa na área desportiva: CF/1988, art. 217, e §1º), ou então, que o conflito, por peculiaridades de matéria ou de pessoa, ou pela complexidade da crise jurídica, reclame a efetiva passagem judiciária, o que colocaria a função judicial do Estado sob um registro subsidiário ou residual, em ordem a preservar o Judiciário e evitar sua banalização ou utilização desnecessária. Nesse sentido, não é demasiado lembrar que o interesse de agir, como condição da ação, reclama utilidade e a necessidade do acesso à Justiça, validando inferir que, antes da submissão da controvérsia aos meios suasórios, auto e heterocompositivos, a rigor não se justificaria a judicialização.

De outra face, quanto mais os indivíduos escolhem, indiscriminadamente, a via judicial, mais correm o risco de se tornarem dependentes do Estado para solucionar suas controvérsias. Como consequência, as pessoas vão perdendo a capacidade de resolver suas disputas por elas mesmas, cria-se um estado de apatia, porquanto não haveria necessidade de se fazer esforço para construir uma solução se existe uma forma de resolução onde alguém impõe uma saída para o litígio.

Todos os dias é possível acompanhar nos noticiários especializados ações judiciais com as finalidades mais esdrúxulas. O que dizer da esposa que, alegando insignificância peniana, processou o marido? Como reagir diante de pais que, por ressentimentos oriundos da separação, não conseguem decidir a escola do filho, tendo que buscar ajuda numa intervenção judicial?

Ao invés de demonstrar preocupação, muitas vezes, o ato de ajuizar uma ação significa um desinteresse, haja vista que não houve nenhum esforço para contornar o problema. Entrega-se ao Estado as mais variadas demandas, esperando que ele se manifeste sobre quem estaria com a razão.

A mediação representa, nesse contexto, não apenas a chance de se compor um litígio o mais breve possível, significa antes, e, sobretudo, o aprimoramento dos indivíduos em relação à forma como encaram os problemas. Sem dúvida, passam a acreditar que podem solucionar muitas de suas demandas por meio do diálogo e da empatia, e esse é o conceito de empoderamento, ou seja, o aprendizado diante de uma situação conflituosa, permitindo que esse indivíduo possa dirimir seus conflitos futuros com mais destreza.

Bush e Folger (1994, p. 201) lecionam com maestria a esse respeito:

Devem ser considerados como objetivos da autocomposição e, indiretamente, de um sistema processual, a capacitação (ou empoderamento) das partes (i. e. educação sobre técnicas de negociação) para que essas possam, cada vez mais, por si mesmas compor seus futuros conflitos. Desta forma, proporciona ao jurisdicionado efetivos meios de aprendizado quanto à resolução de disputa, obtendo-se também o reconhecimento mútuo de interesses e sentimentos, o que gera uma aproximação real das partes e consequente humanização do conflito decorrente da empatia.

Esse empoderamento significa uma mudança drástica na mentalidade de todos os atores do cenário jurídico-social. Faz-se mister atenuar as expectativas que existem em relação à sentença de um juiz, advertindo que ela pode não resolver a celeuma e, ao revés, criar novos problemas.

Diante desse estado de coisas, enxergar a mediação somente como coadjuvante do Judiciário é terrivelmente perigoso, tornando mais difícil a superação do paradigma da judicialização.

Mediar é mais do que desafogar o Poder Judiciário, mais do que evitar o engessamento da justiça estatal, mais do que amenizar o demandismo exagerado, representa dar às pessoas a chance de se sentirem satisfeitas com a resolução dos seus problemas que, inexoravelmente, aparecerão.

Mediar, revela, antes de tudo, a capacidade que o ser humano detém de ser o senhor do seu próprio destino, resolvendo seus conflitos da melhor maneira possível. Atravessando o movediço terreno dos problemas através da negociação (integrativa), discutindo suas posições e interesses.

É nesse “espetáculo” da vida em sociedade que a mediação deve ser colocada na posição que lhe é pertinente, não simplesmente como coadjuvante, auxiliadora, alternativa, mas como protagonista da ingrata, porém sublime e recompensadora, tarefa de pacificar e concretizar direitos.

### **3.3 Os princípios que regem o acesso à saúde no Brasil**

Os princípios fundamentais que delineiam o Sistema Único de Saúde no Brasil – universalidade, integralidade e equidade – mostram-se como imperativos na prática dos serviços de saúde.

A universalidade demonstra a importância de todo o cidadão, que passa a ter direito de acesso aos serviços públicos de saúde. A integralidade, por sua vez, é o reconhecimento, na prática, que os serviços ao indivíduo, ou seja, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, não podem ser compartimentalizadas. Já a equidade refere-se à necessidade de atendimento ao cidadão de acordo com as suas necessidades, muito embora até o limite suportável pelo sistema.

Jonh Rawls (2008, p. 143) afirma que a justiça deve ser equitativa. E equidade deve ser entendida como a disposição de atender igualmente o direito de cada um (PITTA; DALLARI, 1992, p. 19).

A esse respeito, é sabido que os princípios acima estão sempre presentes nos estudos da área de saúde, notadamente quando se analisa o acesso a ela, já que eles estão intimamente associados à ideia de justiça para todos e a cada um dos cidadãos.

Como tal, devemos partir da equidade para tentar entender os motivos pelos quais os serviços de saúde carecem de efetividade, inclusive alguns objetivos que viraram “letra morta” em instrumentos normativos, por não terem sido transformados em ação concreta.

Nesse prisma, segundo Sen (2010, p. 45), qualquer discussão sobre equidade na saúde deve se configurar como sendo de grande importância uma vez que representa um aspecto central da justiça.

Assim, o autor citado prossegue dizendo ser possível que os cidadãos em determinada esfera social não disponham de oportunidades para a obtenção de uma boa saúde em razão de arranjos sociais inadequados. Ou seja, a equidade vai além do atendimento de saúde e de serviços oportunistas, pois pode compreender fatores como renda, predisposição genética, hábitos alimentares e estilo de vida, assim como o ambiente epidemiológico e as condições de trabalho.

Portanto, além de não se ater apenas ao atendimento de saúde, a equidade nesta área deve levar em conta o modo como a alocação de recursos e os arranjos sociais se interligam à saúde e a outros aspectos da organização da sociedade.

Por tal razão, as desigualdades sociais nas condições de saúde e no acesso e utilização de serviços de saúde podem resultar em situações de injustiça social, ou seja, em verdadeiras iniquidades.

Sen (2010, p. 46) finaliza dizendo ser sabido que as condições de saúde refletem dimensões sociais de renda, moradia, saneamento básico e, nesse aspecto, ao cotejarmos as classes mais e as menos privilegiadas, é fácil deduzir que as últimas têm maiores chances de intercorrências na saúde uma vez que se encontram desprovidas de direitos e serviços básicos.

Sendo assim, eventuais modificações positivas nas características de oferta do sistema de saúde podem alterar as desigualdades sociais em longo prazo.

Quando um cidadão decide procurar algum serviço de saúde ele o faz na esperança de que será atendido e, em consequência, o serviço utilizado trará uma melhora na sua condição de bem-estar. Ocorre que, segundo estimativa, desde 1980 um terço da população mundial não tem acesso, por exemplo, a medicamentos, cujo maior impedimento é o seu custo. As limitações econômicas da maioria da população impossibilitam a aquisição e o conhecimento de novos medicamentos, diagnósticos e tratamento (FROST; REICH, 2008, p. 94).

A esse respeito, os autores acima afirmam que o acesso às tecnologias que permeiam a prática médica, tais como medicamentos, vacinas e diagnósticos, tem sido sistematicamente discutido pelos governos de países ricos e em desenvolvimento. Tanto que, desde 1975, por exemplo, a OMS já afirmava que seria necessário delinear o que configura a essencialidade diante de recursos escassos e um aparato tecnológico ainda ausente em países da África e da América Latina.

Eles prosseguem dizendo que equidade em saúde não representa apenas modos de reprodução de um cuidado médico e toda a sua infraestrutura correlata. Isto porque medicamentos, vacinas e tecnologias devem acompanhar políticas de saneamento e de atenção à saúde, ou seja, de condições básicas para viver.

Frost e Reich (2008, p. 97) finalizam dizendo que o direito ao acesso à saúde apresenta-se sobre várias perspectivas. A primeira tem relação com o custo-efetividade, segundo princípios utilitários, no qual os governos são responsáveis em maximizar a saúde garantindo a disponibilização dos tratamentos. A segunda diz respeito aos mercados que devem colocar preços que reflitam o poder de compra do usuário. A terceira baseia-se na teoria da igualdade, segundo a qual o governo deve disponibilizar acesso às tecnologias para os menos favorecidos.

Ocorre que, simplesmente disponibilizar os recursos não garante o acesso, pois existem barreiras financeiras, organizacionais, informacionais, culturais, dentre outras, facilitando ou obstruindo a capacidade dos cidadãos utilizarem serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 193).

As barreiras geográficas, segundo as autoras supra, decorrem da resistência que o espaço impõe ao deslocamento dos potenciais usuários dos serviços, já que, quanto mais distante um serviço de saúde for, será muito mais difícil o acesso do cidadão. Já as barreiras financeiras manifestam-se na equação preço dos serviços de saúde e a sua utilização. Nesse caso, as pessoas mais pobres sofrem restrições de acesso se tiverem que despender recursos vultosos para o tratamento.

Já as barreiras organizacionais decorrem da forma de organização dos serviços e a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos que facilitam ou limitam o seu uso por parte do usuário. Ou seja, a oferta na especialidade profissional, o processo de humanização e as medidas de acolhimento podem indicar melhoria na infraestrutura e permitir uma relação custo X benefício, satisfatória.

Por fim, o pouco conhecimento sobre o sistema de saúde leva o usuário a não vislumbrar alternativas terapêuticas e facilidades para o seu tratamento. Em suma, a informação é tão importante que tem o potencial de impactar a percepção de saúde das pessoas, bem como no seu acesso aos serviços de saúde.

Em que pese as barreiras elencadas, de acordo com Pochmann (2014, p. 23), as regiões Norte e Nordeste do Brasil apresentam desempenho econômico mais dinâmico que as regiões Sul e Sudeste devido ao incentivo governamental para a instalação de indústrias, como por meio do Programa de Aceleração do Crescimento, resultando no aumento da participação da região Nordeste no Produto Interno Bruto nacional em 8,1%. Porém, apesar do crescimento econômico, os piores indicadores de exclusão social continuam nestas regiões.

Para justificar tal assertiva, o autor faz uso do conceito de exclusão social o qual se sustenta em sete variáveis principais, a saber: a) exposição ao risco de vida pela presença da violência; b) do ser enquanto condição de autorreconhecimento da própria personalidade; c) de estar pertencendo socialmente; d) do realizar tarefas e ocupações com posição social; e) do criar, assumindo iniciativas e compreendendo o próprio mundo em que vive; f) do saber com acesso à informação e capacidade cultural; g) do ter rendimento que insere ao padrão de consumo aceitável social e economicamente.

Segundo ele, quanto mais próximo de zero maior o grau de exclusão social percebido, com pior condição possível para o conjunto do sistema econômico e social. Dessa forma, Alagoas, Maranhão e Pará – todos com índice 0,46 – figuram como os estados com os piores indicadores de exclusão social no ano de 2010. Por outro lado, Santa Catarina, São Paulo e Rio Grande do Sul apresentaram índices, respectivamente, de 0,74; 0,72; e 0,70.

E acrescenta que, no Maranhão 80,6% dos municípios estão em condições de elevado grau de exclusão social.

A propósito, de acordo com Silva (2007, p. 168), o Maranhão já apresentava a maior proporção de pobres na sua zona urbana, sendo que em 2005 esse percentual era de 52,4%.

Portanto, é notório que não há que se falar em efetiva equidade em saúde no contexto do Estado do Maranhão uma vez que os seus arranjos sociais, ao longo de anos de desigualdades sociais, todas excludentes, perpassam muito aquém do que se pensou como sendo direito à saúde.

A propósito, a Organização Mundial de Saúde, órgão da Organização das Nações Unidas, define saúde não apenas como a ausência de doença, mas sim como uma situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Essa definição, apesar de moderna para o momento em que foi construída, mostra-se hoje irreal, por não ser algo definível, além de ultrapassada, por que ainda faz destaque entre o físico, o mental e o social. (SEGRE; FERRAZ, 1997, p. 539)

É sabido que o homem sempre teve uma necessidade de se abrigar e de ter saúde, porém essas terminologias não são uniformes e dependerão da organização social e da consciência individual de cada um. (DALLARI, 1988, p. 58)

Logo, torna-se inegável que a saúde não poderá ser entendida como uma forma objetiva válida para todos, pois, de acordo com Scliar (2007, p. 31):

[...] os cuidados primários de saúde, adaptados às condições econômicas, socioculturais e políticas de uma região deveriam incluir pelo menos: educação em saúde, nutrição adequada, saneamento básico, cuidados materno-infantis, planejamento familiar, imunizações, prevenção e controle de doenças endêmicas e de outros frequentes agravos à saúde, provisão de medicamentos essenciais. Deveria haver uma integração entre o setor de saúde e os demais, como agricultura e indústria.

A saúde, enquanto um direito social, faz parte do conteúdo dos chamados direitos fundamentais, e estes são inseridos no contexto dos direitos humanos, fazendo surgir a necessidade de se fazer um registro da evolução histórica dos direitos sociais no Brasil, uma vez que “[...] o Direito sempre é produto da vida organizada enquanto manifestação de relações sociais provenientes de necessidades humanas”. (WOLKMER, 2005, p. 45)

Os direitos fundamentais, bem como o fenômeno da sua constitucionalização, decorrem de variações e pretensões da sociedade em cada momento, superando a noção de individualismo, inerente ao pensamento liberal, e na ideia de direitos não somente em desfavor do Estado, mas através deste. (MATEUS, 2008, p. 143)

A nossa Carta Constitucional de 1824 fez referência à saúde com a finalidade apenas de proteção da atividade profissional, e não como garantia de direito à saúde do indivíduo (SILVA, 2007, p. 168). Somente na Constituição de 1934 houve referência a este último, ainda de forma tímida.

Já na Constituição de 1946 houve um progresso, em razão da onda de redemocratização que aconteceu em virtude do pós-guerra (MATEUS, 2008, p. 144), com a previsão de que a atribuição era da União, na defesa e promoção da saúde.

Porém, a efetiva consagração de direitos sociais no ordenamento constitucional brasileiro ocorreu a partir da promulgação da CF de 1988, com uma ampla proteção dos direitos humanos em um plano geral e a proteção dos direitos fundamentais de forma particular. (FIGUEIREDO, 2007, p. 124)

A atual Constituição apresenta, em seu artigo 6º, que “são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados [...]”. (BRASIL, 2014, p. 10)

E não é somente nesse ponto em que se fala sobre a matéria de saúde, já que a CF traz, dentro do título da ordem social, uma segunda seção, apenas com essa temática, mais precisamente nos seus artigos 196 a 200, além de vários outros espalhados ao longo do seu texto.

E, muito embora a CF vigente não proponha um conceito de saúde, enquanto direito fundamental, ela afirma, em seu artigo 196, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”.

A propósito, no bojo das inovações trazidas pela constituição atual, há de se destacar a localização dos direitos fundamentais, que estão situados logo no seu início, antes mesmo da organização do Estado, o que, além de aprofundar um rigor lógico, ressaltou um padrão hermenêutico dos direitos fundamentais e os valores de ordem superior de toda constituição, alinhado à melhor tradição do constitucionalismo nessa esfera. (SARLET, 2009, p. 272)

Nesse sentido, para Canotilho (1998, p. 45), “[...] o processo de fundamentalização, constitucionalização e positivação dos direitos fundamentais colocou o indivíduo, o homem, a pessoa, como centro da titularidade de direitos”.

Parece óbvio que a base dos direitos fundamentais é a dignidade da pessoa humana, tanto é assim que isso está elencado como um dos fundamentos da República Federativa Brasileira, e seria, para Sarlet (2009, p. 273):

[...] a qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão dos demais seres humanos, mediante o devido respeito aos demais seres que integram a rede da vida.

Pois bem, se a saúde também é um direito fundamental, como já evidenciado, vale a pena ouvi-lo, mais uma vez, afirmar que:

Na verdade, parece elementar que uma ordem jurídica constitucional que protege o direito à vida e assegura o direito à integridade física e corporal, evidentemente, também protege a saúde, já que onde esta não existe e não é assegurada, resta esvaziada a proteção prevista para a vida e integridade física.

Logo, a exigibilidade judicial dos direitos fundamentais sociais, com enfoque no conteúdo da dignidade humana, introduz, ainda que de forma não intencional, a problemática da afirmação de existir anseios que se originam dos direitos fundamentais sociais, uma vez que exigíveis do Estado. (FIGUEIREDO, 2007, p. 130)

Como tal, ao poder público é reservada a atribuição de formular e programar políticas prestacionais dos direitos sociais, categoria esta em que se inserem os direitos de saúde. O Estado deve, portanto, ser o verdadeiro promotor de ações na saúde, assegurando o acesso universal e igualitário à assistência desta. Dessa forma, ele não poderá demonstrar-se indiferente aos seus problemas.

## **4 MÉTODOS**

### **4.1 Tipo de estudo**

O método utilizado no presente delineamento é o dedutivo. A metodologia adotada é qualitativa por se tratar de um estudo analítico através de procedimento técnico de levantamento de dados e posterior análise documental com dados primários.

Os dados principais foram: quantidade total de ações, procurador do beneficiário da ação (se advogado privado, defensor público ou promotor de justiça) e qual a demanda (internação, medicamento, procedimento cirúrgico etc.), e foram retirados de registros constantes de documentos fornecidos pela própria Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, conforme requerimento e resposta respectiva, que correspondem ao anexo E e anexo F, respectivamente.

Tais dados foram analisados, em dois momentos, para demonstrar os aspectos mais relevantes do Portal de Atenção à Saúde em relação à judicialização da saúde e, principalmente, se essa forma de mediação causou alguma mudança evidente, para ratificar ou retificar as conclusões parciais.

### **4.2 Aspectos éticos**

Como este trabalho não envolve a pesquisa com seres humanos, já que limitado a análise documental de dados que constam de sistemas de acesso público, dos Poderes Judiciário Estadual e Federal, ratificados pelo Poder Executivo Estadual, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade CEUMA, que dispensou a sua autorização, conforme declaração constante do anexo G.

## 5 RESULTADOS E SUA ANÁLISE

Os dados do Ministério da Saúde, relativos ao período de 2005 a 2012, demonstram com clareza o abrupto crescimento dos investimentos destinados ao cumprimento das determinações judiciais quando na concessão de medicamentos, tratamentos, insumos, realização de exames, cirurgias e outros serviços relacionados à saúde. (BRASIL, 2012)

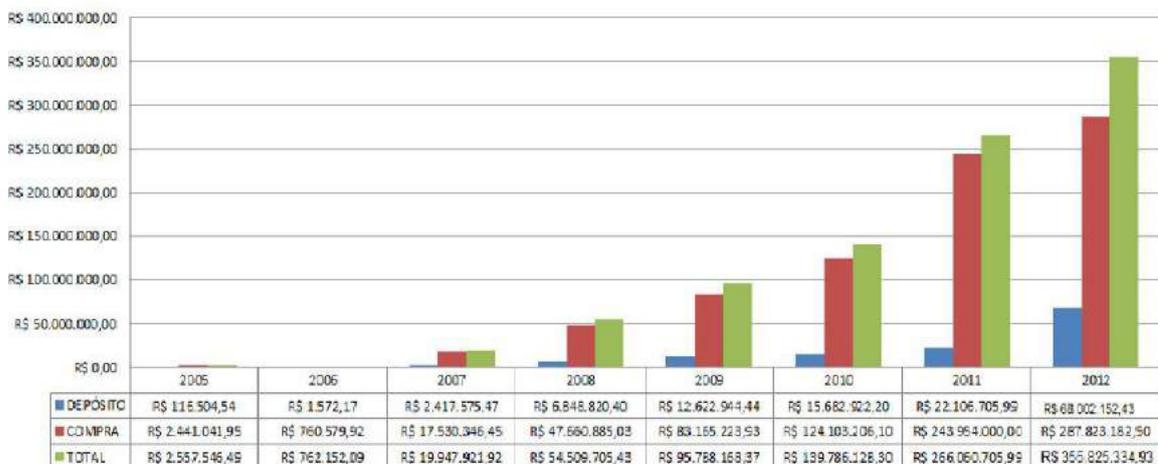
O que se observa é que no ano de 2005, marco inicial da tabela, foram gastos um pouco mais que 2,5 milhões de reais; em 2006 houve uma redução para menos de oitocentos mil reais; em 2007 subiu para quase vinte milhões de reais; em 2008 subiu para mais de 54,5 milhões de reais; em 2009 subiu para quase 96 milhões de reais; em 2010 subiu para quase 140 milhões de reais; em 2011 subiu para um pouco mais de 266 milhões de reais; e em 2012, marco final da tabela, subiu para quase 356 milhões de reais.

Portanto, nessa série histórica, só houve um momento de queda, no ano de 2006, já que no ano anterior haviam sido gastos pouco mais de 2,5 milhões de reais e houve um recuo, em 2006, para cerca de um terço a menos, ou seja, em torno de oitocentos mil reais.

E para finalizar, se compararmos o primeiro ano da medição, ou seja, 2005, com gastos da ordem de mais de 2,5 milhões de reais, com o último ano, que foi 2011, com gastos da grandeza de quase 356 milhões de reais, verificamos uma absurda elevação percentual de 14.140%.

**Tabela 1: Valores destinados ao cumprimento de decisões judiciais relacionadas à saúde**

### • GASTOS TOTAIS



Fonte: Advocacia Geral da União.

Vejam, agora, o número total de processos de judicialização da saúde, existentes nos tribunais brasileiros, nos anos de 2011 e de 2014, únicos momentos em que tais dados foram levantados pelo Conselho Nacional de Justiça. (BRASIL, 2011/2014)

**Tabela 2 – Recursos, das ações decorrentes da judicialização da saúde, no Brasil**

<b>TRIBUNAL</b>	<b>2011</b>	<b>2014</b>	<b>VARIAÇÃO</b>
Tribunal de Justiça do Acre	7	7	0%
Tribunal de Justiça de Alagoas	145	6.303	+4.246,9%
Tribunal de Justiça do Amazonas	(não informou)	(não informou)	–
Tribunal de Justiça do Amapá	76	76	0%
Tribunal de Justiça da Bahia	781	841	+7,7%
Tribunal de Justiça do Ceará	8.344	8.344	0%
Tribunal de Justiça do Distrito Federal	1.914	2.575	+34,5%
Tribunal de Justiça do Espírito Santo	5.181	8.991	+73,5%
Tribunal de Justiça de Goiás	309	309	0%
Tribunal de Justiça do Maranhão	66	668	+912,1%
Tribunal de Justiça de Minas Gerais	7.915	66.751	+743,4%
Tribunal de Justiça do Mato Grosso do Sul	357	1.081	+202,8%
Tribunal de Justiça do Mato Grosso	2.919	6.664	+128,3%
Tribunal de Justiça do Pará	19	19	0%
Tribunal de Justiça da Paraíba	(não informou)	(não informou)	–
Tribunal de Justiça do Paraná	2.609	2.609	0%
Tribunal de Justiça de Pernambuco	(não informou)	(não informou)	–
Tribunal de Justiça do Piauí	153	229	+49,7%
Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro	25.234	46.883	+85,8%
Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte	452	452	0%
Tribunal de Justiça de Rondônia	595	595	0%
Tribunal de Justiça de Roraima	64	64	0%
Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul	113.953	113.953	0%
Tribunal de Justiça de Santa Catarina	5.395	18.188	+237,1%
Tribunal de Justiça de São Paulo	44.690	44.690	0%
Tribunal de Justiça de Sergipe	189	189	0%
Tribunal de Justiça de Tocantins	56	149	+166%
Tribunal Regional Federal da 1ª Região	203	5.608	+2.662,6%
Tribunal Regional Federal da 2ª Região	6.486	1.567	-75,8%
Tribunal Regional Federal da 3ª Região	4.705	1.579	-66,4%
Tribunal Regional Federal da 4ª Região	8.152	11.058	+35,7%
Tribunal Regional Federal da 5ª Região	11	4	-63,7%
<b>TOTAL</b>	<b>240.980</b>	<b>350.446</b>	<b>+45,4%</b>

Fonte: Conselho Nacional de Justiça

A maior demanda de 2011, confirmando a quase óbvia proporcionalidade populacional, foi do tribunal do Rio Grande do Sul (113.953), seguida por São Paulo (44.690) e Rio de Janeiro (25.234). Já a menor foi do tribunal do Acre (sete).

Já em 2014 o tribunal mais demandado continuou sendo o do Rio Grande do Sul, com o mesmo número anterior (113.953), seguido pelo de Minas Gerais (66.751), que superou o de São Paulo, com o do Rio de Janeiro continuando em terceiro, com um número aumentado de recursos (46.883). A demanda menor passou a ser a do tribunal regional federal da 5ª região, que superou o tribunal do Acre nesse quesito, com apenas quatro recursos.

Focando no nosso tribunal, ou seja, o do Estado do Maranhão, percebemos que no ano de 2011 ele informou a existência de apenas 66 recursos relativos a processos da área da saúde, enquanto que, em 2014, teriam passado para 668, ou seja, mais de dez vezes superior.

Enfim, o que se percebe da análise final da tabela em questão, é que a regra é o crescimento, tanto é assim que, em 2011 foram 240.980 recursos, enquanto que, em 2014 foram 350.446, ou seja, aumento um pouco superior a 45%.

A propósito, as maiores variações percentuais foram, nesta ordem, nos tribunais de Alagoas (4.246,9%), regional federal da 1ª região (2.662,6%) e do Maranhão (912,1%).

É oportuno frisar que os dados acima referem-se apenas aos recursos que chegaram a esses tribunais, fruto das demandas propostas nas varas de primeiro grau de jurisdição, ou seja, considerando a possibilidade, viável, de que nem todos os perdedores tenham recorrido, esses números seriam ainda maiores, se consideradas as ações propostas.

Portanto, o evidente e exponencial crescimento do número de ações judiciais envolvendo questões de saúde sinalizou que o modelo de atuação dos órgãos do sistema de justiça deveria se adequar a essa nova realidade, porque evidenciado que o processo judicial, embora impusesse aos entes públicos obrigações de entrega de medicamentos, internação e a realização de procedimentos, por exemplo, não conseguia atender a dinâmica e a urgência de tratamentos médicos contínuos.

Tornou-se claro, assim, que o sistema de justiça deveria criar incentivos para a melhoria da atuação administrativa e não apenas reprimir as suas falhas e, acima de tudo, estruturar rotinas extrajudiciais capazes de solucionar os conflitos sanitários.

A massificação das demandas judiciais de saúde resultou, por exemplo, em um processo de concessão indiscriminada de medicamentos, sem que o Sistema Único de Saúde pudesse avaliar os riscos sanitários das ordens judiciais e o impacto nas políticas públicas em curso.

Nesse cenário, adornado por mandados de prisão de gestores de saúde e ordens judiciais com imposição de multa e até o bloqueio judicial das contas públicas ou as pessoais dos gestores, e o pior, em que os interesses do paciente acabavam não atendidos, buscou-se uma rápida aproximação institucional dos atores envolvidos nesses litígios.

O Portal de Atenção à Saúde é, pois, o resultado dessa necessária aproximação institucional, para evitar o crescente, oneroso e demorado ajuizamento de ações, potencializando o intercâmbio de informações e tornando, assim, mais eficiente o atendimento dos pacientes.

Considerando que o Portal de Atenção à Saúde (PAS) passou a funcionar a partir de 21/02/2015, vamos demonstrar e fazer uma preliminar análise, inicialmente dos cem primeiros dias de 2015, ou seja, cinquenta dias antes e cinquenta dias depois do seu funcionamento, para perceber se houve alguma possível mudança.

**Tabela 3 – Ações propostas antes e depois do PAS em 2015**

	CEM DIAS DE 2015	
	CINQUENTA A <i>PRIORI</i>	CINQUENTA A <i>POSTERIORI</i>
	Trinta e oito ações recebidas	Vinte e seis ações recebidas
Defensores Públicos	19	10
Advogados Privados	10	6
Promotores de Justiça	9	10

Fonte: adaptada do anexo F

A primeira constatação é de que houve uma redução no número de ações propostas. Antes do PAS foram 38 e depois dele foram 26, ou seja, uma queda em torno de 31,6% que representa quase um terço a menos.

Também se observa que antes do PAS a maior demandante era a defensoria pública, com dezenove ações propostas, o que corresponde a exatamente a metade da soma dos outros dois demandantes, que são os advogados privados, com dez ações propostas, e os representantes do ministério público, com nove ações.

Já no período posterior ao PAS, tivemos uma redução no número de ações propostas por defensores públicos, de dezenove para dez. Bem assim os advogados privados também propuseram menos – de dez para seis – enquanto os promotores de justiça uma a mais, ou seja, de nove para dez. Ressalte-se que estes últimos ainda não integram o PAS, até os dias atuais, inclusive.

A propósito, segundo matéria publicada no site da Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro, em 10/12/2013, a inspiradora do PAS, ou seja, a Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS), fruto da união, como destacado anteriormente, de várias entidades públicas visando à mediação dos casos que envolvam a saúde da população do Estado do Rio de Janeiro, em setenta dias de funcionamento reduziu em 38% o número de novos processos na Justiça. (BRASIL, 2013)

“Os resultados dos primeiros setenta dias de funcionamento demonstram o potencial dessa nova interface do sistema de justiça com o sistema de saúde. A solução administrativa de 38% das demandas, além de propiciar um ganho de efetividade na tutela da saúde da população, confirma a necessidade de maior interlocução entre os atores judiciais e sanitários e suscita a reflexão sobre o modelo ideal de solução de conflitos de saúde”, destacou Ciro Grynberg, Procurador-Chefe da Procuradoria de Serviços de Saúde.

E ele prosseguiu apontando outro benefício gerado pela CRLS: “Esse novo arranjo institucional, com a incorporação de métodos consensuais de resolução de litígios, contribui, ainda, para a formação de uma base de dados dos focos de litigiosidade, servindo de instrumento para a melhoria da prestação de serviços sanitários”. E mais, “Desde que começou a funcionar, o órgão tem facilitado o atendimento das demandas por medicamentos ou tratamentos de saúde das pessoas que buscam a rede pública. Esse esforço resulta na rápida solução administrativa desses casos e evita a perda de tempo e os prejuízos causados com ações judiciais”.

**Tabela 4 – Demandas antes e depois do PAS em 2015**

<b>DEMANDAS PRINCIPAIS</b>		
	<b>ANTES DO PAS</b>	<b>DEPOIS DO PAS</b>
Medicamentos	10	6
Tratamento fora do domicílio	7	4
Tratamento médico	6	4
Procedimento cirúrgico	5	3
Leito	4	6
Internação compulsória (usuários de drogas)	3	1
Prótese	2	1
“Home care”	1	-
Leito Especial	-	1

Fonte: adaptada do anexo F

A demanda principal, antes dos PAS, foi de medicamento, em pouco mais de um quarto, ou seja, 26,32% do total de demandas. Seguida por tratamento fora do domicílio (sete), tratamento médico (seis), procedimento cirúrgico (cinco), leito (quatro), prótese (dois), “home care” (um).

Já depois do PAS, a principal demanda continuou sendo medicamento, só que, junto com leito, ainda na ordem de um quarto cada uma, ou seja, 23,1%. Seguidas por tratamento fora do domicílio e tratamento médico (ambas com quatro); procedimento cirúrgico (três); e internação compulsória de usuário de drogas, prótese e leito especial (com uma cada).

**Tabela 5 – Ações propostas um ano depois do PAS**

<b>CINQUENTA DIAS DE 2016</b>	
Vinte e seis ações recebidas	
Defensores Públicos	8
Advogados Privados	5
Promotores de Justiça	13

Fonte: adaptada do anexo F

Curiosamente, nos cinquenta primeiros dias de 2016, tivemos o mesmo número de ações propostas após o início de funcionamento do PAS no ano anterior, ou seja, 26.

O maior demandante passou a ser o ministério público, com metade do total de ações propostas, ou seja, treze. Repita-se que os promotores de justiça ainda continuam fora do programa.

Já os defensores públicos propuseram oito ações e os advogados privados propuseram cinco.

**Tabela 6 – Demandas um ano depois do PAS**

<b>DEMANDAS PRINCIPAIS</b>	
Medicamentos	9
Tratamento fora do domicílio	-
Tratamento médico	2
Procedimento cirúrgico	5
Leito	8
Internação compulsória (usuários de drogas)	-
Prótese	-
“Home care”	-
Leito Especial	2

Fonte: adaptada do anexo F

Com relação às demandas principais, neste último período, um ano depois do PAS, a solicitação por medicamento continuou em primeiro lugar, embora com uma redução mínima, de dez para nove casos, correspondendo a um terço do total do período sob análise (34,6%); leito aumentou de seis para oito casos, correspondendo a um terço (30,8%); procedimento cirúrgico aumentou de três para cinco casos, correspondendo a quase um quinto (19,2%); tratamento médico e leito especial, com dois casos cada, correspondem a 7,7% – sendo que o primeiro diminuiu e o segundo aumentou.

Em contrapartida, é possível observar que, nos últimos anos, o fenômeno da judicialização acabou estimulando também o investimento em novas tecnologias para a saúde pública do país, tanto é que o médico reumatologista, Morton Scheinberg, a definiu como sendo “um mal necessário”. (SCHEINBERG, 2009)

Portanto, muito embora sejam expressivos os valores destinados às demandas individuais durante os últimos anos, nota-se que simultaneamente ao período de ascensão da judicialização da saúde houve também um aumento expressivo do investimento na aquisição de novos medicamentos para serem disponibilizados pela rede pública e também incorporação de novas tecnologias.

A propósito, segundo o Ministério da Saúde, em 2010 eram disponibilizados 550 tipos de medicamentos, enquanto atualmente esse número é de 844 tipos. E mais, além da lista de medicamentos disponíveis, com o crescimento das demandas relacionadas à saúde, o Ministério ampliou também a oferta gratuita de medicamentos, tendo em vista que os gastos para disponibilização de remédios pela rede pública aumentou 78% nos últimos anos. (BRASIL, 2015)

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procuramos demonstrar o difícil equilíbrio, que as vezes parece impossível, ainda mais em tempos de crise econômica, como a que o nosso País enfrenta neste momento, entre a universalidade proposta pelo Sistema Único de Saúde e o seu financiamento, exclusivamente público.

Como evidenciado, essa complicada equação – universalidade X financiamento – é agravada pelas judicializações, tanto é assim que a Secretaria de Estado da Saúde precisou criar uma Secretaria Adjunta de Assuntos Jurídicos em sua estrutura orgânica, onde um dos seus departamentos é voltado exclusivamente para o tema, inclusive com funcionamento 24 horas, mediante escala de plantões.

Ademais, a Secretaria de Estado da Saúde ainda teve que firmar uma parceria com a Procuradoria Geral do Estado, para obter a presença constante, de um procurador do Estado, ou seja, advogado daquele ente público, para atender as muitas demandas decorrentes.

O certo é que, aproveitando a moderna “teoria do conflito”, e sua contribuição, por meio, principalmente, de autores como o aqui citado, que apresenta uma releitura dos processos de resolução de disputas, tornando-os mais construtivos, percebemos uma redefinição do significado de conflito, com as implicações decorrentes, posto que se percebeu ser ele um componente inevitável das relações humanas, mas com potencial para contribuir positivamente nelas, a contrário de como sempre foram encarados, já que, se conduzido de forma construtiva, o conflito pode proporcionar crescimento pessoal, profissional e organizacional. (DEUTSCH, 2000, p. 37)

A propósito, com base em construções teóricas de caráter multidisciplinar corroboradas por projetos-piloto existentes no Brasil, na área da saúde, como o do Rio de Janeiro e o do Maranhão, este aqui analisado, pode-se concluir que o conflito permite, se conduzido com a técnica adequada, se tornar importante meio de conhecimento, amadurecimento e aproximação de seres humanos, impulsionando relevantes alterações quanto à ética e à responsabilidade profissional.

Semelhantes alterações ocorreram em meados do século XIX, período no qual muitos médicos ainda vestiam, no exercício de seus ofícios, pesados casacos de pele e roupa preta como sinal de distinção.

Nessa época o médico húngaro Ignaz Semmelweis ao perceber que muitos profissionais saíam da sala de autópsia para a sala de parto do Hospital Geral de Viena sem trocar de roupa ou sequer lavar as mãos, concluiu que algum desconhecido “material cadavérico” causava a elevadíssima taxa de mortalidade em parturientes de aproximadamente 13%. (V. RISSE; Semmelweis. 1980. P. 135)

Ao propor que os médicos lavassem as mãos com uma solução a base de cloro, Semmelweis constatou queda de aproximadamente 85% na taxa de mortalidade reduzindo esta para dois por cento dos casos.

Posteriormente, quando voltou para a Hungria e conseguiu persuadir colegas médicos a abandonarem os trajes de peles escuras e utilizarem roupas brancas, alcançou nova redução do índice de mortalidade de cerca de 60%, chegando a níveis de letalidade de 0,85% dos casos.

As ideias acerca da transmissibilidade de microorganismos patogênicos (germes) por intermédio dos médicos foram recebidas com muito ceticismo na Áustria onde Semmelweis desenvolveu tal teoria. Em parte, muitos médicos resistiram à ideia de terem de mudar diversas convenções sociais e utilizarem roupas brancas – vestimentas inusitadas para a época. Por outro lado, muitos não acreditavam que poderiam estar servindo como meio de transmissão de doenças.

Semelhantemente à relação de médicos com agentes patológicos, no Direito moderno, em especial diante do conceito apresentado por Morton Deutsch de processos construtivos de resolução de disputas, constata-se que em grande parte o ordenamento jurídico processual, que se dirige predominantemente à pacificação social, organiza-se, em especial, na sua feição pública, ou seja, o processo judicial, em torno de processos destrutivos lastreados em procedimentos fundados, em regra, somente na aplicação do direito positivo, ou seja, das leis postas.

Pode-se afirmar que, mesmo nas iniciativas extrajudiciais, como na utilização da mediação ou da arbitragem, em função da falta de preparo técnico e desnecessária judicialização desses processos ainda há, com frequência, processos destrutivos.

As partes, quando buscam, para solução de seus conflitos, auxílio do Judiciário ou de entes privados – arbitragem – ou mesmo que mantidos pelo Estado – conciliação e mediação – que servem para resolver litígios, frequentemente têm o conflito acentuado ante procedimentos que abstratamente se apresentam como brilhantes modelos de lógica jurídica-processual, mas que na prática acabam por se mostrar ineficientes e frequentemente enfraquecem os relacionamentos sociais preexistentes entre as partes em conflito.

Nesse sentido, claramente nota-se a transição de um sistema público de resolução de disputas em que as normas processuais seriam os principais fatores estruturantes – como a espinha dorsal é para o corpo humano – para um novo sistema em que a efetiva solução dos conflitos, como estes são vistos pelo jurisdicionado, passa a ser um dos principais fatores estruturantes.

Em tal modelo, as normas processuais são instrumentos para o alcance ou a realização dessas soluções. Dessa forma, o foco na efetiva solução de conflitos sob o prisma do usuário constitui a espinha dorsal de todo sistema (pluri)processual – sem isso não se mostra possível permanecer ereto.

Torna-se claro que o conflito, em muitos casos, não pode ser completamente resolvido tão somente por abstrata aplicação da técnica de subsunção. Ao considerar que sua função consiste somente em examinar quais fatos encontram-se demonstrados para em seguida indicar o direito aplicável à espécie (subsunção) o operador do direito muitas vezes deixa de fora um componente fundamental ao conflito e sua resolução: o ser humano.

Em um moderno sistema processual, constata-se que o operador do direito, e em especial o mediador, deve, dentre outras coisas, passar a um modelo preventivo de conflitos e preocupar-se não só com a pacificação social em si, mas numa maior humanização do conflito, por meio, por exemplo, da compreensão recíproca.

Por outro lado, a adequada sistematização e desenvolvimento de mecanismos voltados a aumentar a eficiência desses processos e o estímulo para que estes se tornem processos construtivos é marcante tendência do direito processual, na medida em que “vai ganhando corpo a consciência de que, se o que importa é pacificar, torna-se irrelevante que a pacificação venha por obra do Estado ou por outros meios, desde que eficientes”. (GRINOVER *et al.* 2011. p. 29.)

Ao se proceder alegoricamente ao conceito de higiene pessoal apresentado por Semmelweis, conclui-se que se de um lado os operadores da área de saúde têm a responsabilidade profissional voltada ao prolongamento da vida, por outro, os operadores da área do direito estão deontologicamente ligados à pacificação social e à preservação e aperfeiçoamento de relações sociais.

Ainda, da mesma forma com que muitos médicos, principalmente no passado, a despeito da evidente boa intenção de preservar a vida infectavam pacientes com agentes patológicos, operadores do direito – na maior parte das vezes muito bem intencionados – têm grandes dificuldades, por falta de treinamento técnico, em auxiliar as partes em disputa a construtivamente resolverem seus conflitos.

Aos diligentes e engenhosos operadores de tais processos, tal como feito por Semmelweis na área de saúde, compete examinar com muita atenção o quanto suas atuações e técnicas estão produzindo resultados construtivos – ao aproximar as partes em disputa e melhorar a relação social entre estas existentes – ou destrutivos – ao aplicar cruamente as normas processuais a ponto de eventualmente permitir que entre as partes em conflito subsista litigiosidade após a prolação de uma sentença o que seguramente produz o enfraquecimento da relação social que vincula as partes.

Diante da teoria de conflito existente, não cabe mais ao operador desses processos de resolução de disputas, ou seja, principalmente magistrados, advogados ou promotores, se posicionarem atrás de togas escuras e agir sob um manto de tradição para permitir que partes, quando busquem auxílio, do Estado ou de uma instituição que atue sob seus auspícios, para a solução de conflitos recebam tratamento que não seja aquele voltado a estimular maior compreensão recíproca, humanização da disputa, manutenção da relação social e, por consequência, maior realização pessoal, bem como mais vida.

Pelos números colhidos e analisados na presente pesquisa, o Portal de Atenção à Saúde (PAS) está atendendo suas finalidades principais – redução da judicialização, mediante um atendimento administrativo mais ágil, barato e satisfativo – tanto que um dos principais atores da judicialização e do PAS, a defensoria pública, reduziu sua atuação na esfera do Judiciário. Contudo, as demandas principais da judicialização continuam sendo o fornecimento de medicamentos e a obtenção de leitos para internação, antes e depois do PAS.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, Gustavo. **Direito, escassez e escolha**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

BARROSO, Luís Roberto. **Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo**. 4ª ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

\_\_\_\_\_. **O controle de constitucionalidade no direito brasileiro: exposição sistemática da doutrina e análise crítica da jurisprudência**. 6ª ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2012.

BONAVIDES, Paulo. **Ciência Política**. 21ª ed. São Paulo: Malheiros, 2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 2014.

BUSH, R.A.; FOLGER, J.P. **The promise of mediation: responding to conflict through empowerment and recognition**. San Francisco: Jossey-Bass, 1994.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portal da saúde. **MS apresenta ao STF argumentos contra a judicialização da oferta de medicamentos e insumos**. 2009. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/noticias-antiores-agencia-saude/3550>>. Acesso em: 20 abr. 2015

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portal da saúde. **Em cinco anos, mais de R\$ 2,1 bilhões foram gastos com ações judiciais**. 15 out. 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/20195-em-cinco-anos-mais-de-r-2-1-bilhoes-foram-gastos-com-acoes-judiciais>>. Acesso em: 25 out. 2015

\_\_\_\_\_. Advocacia Geral da União. Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde. **Intervenção judicial na saúde pública**. 2012. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/Panorama-da-judicializa----o---2012---modificado-em-junho-de-2013.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2016

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Justiça. Fórum da Saúde. **Quantidade de demandas nos tribunais**. 2011/2014. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/programas-e-acoeforum-da-saude/quantidade-de-demandas-nos-tribunais>>. Acesso em: 21 nov. 2016

\_\_\_\_\_. Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro. **Câmara de Resolução de litígios de saúde tem resultado positivo**. 2013. Disponível em: <<http://www.rj.gov.br/web/pge/exibeconteudo?article-id=1886157>>. Acesso em: 21 nov. 2016

CANOTILHO, Gomes JJ. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. 2ª ed. Coimbra, Portugal: Livraria Almedina, 1998.

CAPPELLETTI, Mauro. **Juízes Legisladores?** Porto Alegre: Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (BRASIL). **Nova análise do Conselho Federal de Medicina aponta queda acentuada de leitos do SUS desde 2010.** Pediatria, psiquiatria e obstetrícia foram as áreas mais comprometidas. Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=25153:em-quatro-anos-sus-perde-147-mil-leitos-de-internacao&catid=3](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25153:em-quatro-anos-sus-perde-147-mil-leitos-de-internacao&catid=3)>. Acesso em: 25 jun. 2015.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. **Rev. Saúde Pública**, vol. 22, nº 1. São Paulo, Fev. 1988. ISSN 0034-8910.

DEUTSCH, Morton. *The Handbook of Conflict Resolution: Theory and Practice*. São Francisco: Ed. Jossey-Bass, 2000.

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Direito fundamental à saúde**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

FROST, Laura; REICH, Michael R. *Acess: how do good health technologies get to people in poor countries? Library of Congress Cataloging*, 2008.

GONÇALVES, Cláudia Maria da Costa. **Direitos fundamentais sociais: releitura de uma constituição dirigente**. Curitiba: Juruá, 2006.

GRINOVER, Ada Pellegrini; DINAMARCO, Cândido Rangel; CINTRA, Antonio Carlos de Araújo. **Teoria Geral do Processo**. São Paulo: Malheiros, 2011.

HOLMES, Stephen; SUNSTEIN, Cass R. **El costo de los derechos: Por qué la libertad depende de los impuestos**. 1ª ed. Buenos Aires: SigloVeintiuno Editores, 2011.

KOERNER Andrei. Ativismo Judicial? Jurisprudência constitucional e política no STF pós-88. **Novos estud. – CEBRAP**, nº 96, São Paulo, July, 2013. Dossiê: 25 anos da Constituição de 1988.

MANCUSO, Rodolfo de Camargo. **Acesso à justiça: condicionantes legítimas e ilegítimas**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

MADISON, J.; HAMILTON, A.; JAY, J.. **O Federalista**. Brasília: UNB, 1984.

MATEUS, Cibele Gralha. **Direitos fundamentais sociais e relações privadas: o caso do direito à saúde na Constituição Brasileira de 1988**. Porto Alegre: Livraria dos Advogados, 2008.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo: Saraiva, 2014.

PEREIRA, Faíse dos Santos; NELSON, Rocco Antonio Rangel Rosso. **A Constitucionalização do direito à saúde e sua concretização via aplicação da Norma Constitucional**. 2012. Disponível em: <<file:///C:/Users/prof/Downloads/3930-27604-1-PB.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2015.

PIÇARRA, Nuno. **A separação dos Poderes como doutrina e princípio constitucional: um contributo para o estudo das suas origens e evolução**. Coimbra: Coimbra, 1989

PITTA, Ana Maria Fernandes; DALLARI, Sueli Gandolfi. A cidadania dos doentes mentais no Brasil. **Saúde em Debate**. v. 36. 1992

POCHMANN, Márcio. **A pobreza e as perspectivas para o Maranhão**. Disponível em: <[http://www.gaepf.ufma.br/boletim/images/ctj/PDF/Boletim\\_2016\\_4/entrevista.pdf](http://www.gaepf.ufma.br/boletim/images/ctj/PDF/Boletim_2016_4/entrevista.pdf)>. Acesso em: 25 out. 2015.

RAMOS, Edith Maria Barbosa; DINIZ, Isadora Moraes; SENA, Jaqueline Prazeres de. O conselho nacional de justiça e o direito à saúde: breves anotações sobre o fórum nacional do judiciário para monitoramento e resolução de demandas de assistência à saúde. **Cadernos ibero-americanos de direito sanitário**. v. 2, nº 2 (2013). Disponível em: <<file:///D:/DOWNLOADS/23-83-4-PB.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2015.

RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. **O Conceito de Constituição em Ferdinand Lassale**. – Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Ed. 2012.

RAWLS, John. **Uma Teoria da Justiça**. Rev. Técnica Álvaro de Vita. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

\_\_\_\_\_. **Liberalismo Político**. Rev. Técnica Álvaro de Vita. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

SALES, Lília Maia de Moraes. **Justiça e mediação de conflitos**, Belo Horizonte: Del Rey, 2004.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional**. 10ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009.

\_\_\_\_\_. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre, Liv. do Advogado, 2001.

SCHEINBERG, Morton. Demora na inclusão leva demanda ao Judiciário. **Conjur**. 23 fev. 2009. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2009-fev-23/demora-incluir-remedio-gratuito-sus-leva-demanda-judiciario>>. Acesso em: 6 nov. 2015.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03>>. Acesso: 05 set. 2015.

SEGRE, Marco e FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Revista de saúde pública**, vol. 31, nº 5, São Paulo, oct. 1997.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SERPA, Maria de Nazareth. **Teoria e prática da mediação de conflitos**. Rio de Janeiro: *Lumen Juris*, 1999.

SILVA, José Afonso da Silva. **Poder Constituinte e Poder Popular: estudos sobre a Constituição**. 1ª ed. 3ª tir. São Paulo, Malheiros, 2007, p. 168.

TASSINARI, Clarissa. **Jurisdição e Ativismo Judicial**: limites da atuação do Judiciário. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2013.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup. 2: S190-S198, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2015.

VIANNA, Luiz Werneck; BURGOS Marcelo Baumann; SALLES, Paula Martins. Dezesete anos de judicialização da política. **Tempo soc.** [online]. 2007, vol. 19, n° 2, pp. 39-85. ISSN 0103-2070. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ts/v19n2/a02v19n2.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2015.

V. RISSE, G. B.; SEMMELWEIS, Ignaz Philipp. *Dictionary of Scientific Biography* (C.C. Gillespie, ed.). New York: Charles Scribner's Sons, 1980.

YARN, Douglas E. “**Dictionary of Conflict Resolution**”. San Francisco, California, USA: Jossey-Bass Inc., 1999.

ZAULI, Eduardo Meira. Judicialização da Política, poder judiciário e comissões parlamentares de inquérito no Brasil. **Rev. Sociol. Polit.** Vol. 19 n° 40, Curitiba, Oct. 2011. ISSN 0104-4478

WOLKMER, Antônio Carlos (Org.). **Fundamentos da História do Direito**. 3ª ed. Belo Horizonte, MG: Del Rey, 2005.

**ANEXO A – PORTARIA CNJ Nº 650/2009***Conselho Nacional de Justiça*

PORTARIA Nº 650, DE 20 DE Novembro DE 2009.

Cria grupo de trabalho para estudo e proposta de medidas concretas e normativas para as demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde.

O PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, no uso de suas atribuições, e

**CONSIDERANDO** os resultados da audiência pública nº 4 pelo Supremo Tribunal Federal, em abril e maio de 2009, na qual foram discutidas questões relativas às demandas judiciais relacionadas à assistência à saúde, quando foram ouvidos 50 (cinquenta) especialistas na matéria;

**CONSIDERANDO** o número de ações judiciais sobre o tema e a conseqüente necessidade de aprofundar estudos com vistas à prevenção de litígios e à adequada gestão dos processos em tramitação;

**CONSIDERANDO** o papel do CNJ de propulsor de políticas institucionais para o Poder Judiciário;

**RESOLVE:**

A large, stylized handwritten signature in black ink, consisting of a large loop and a trailing line.

Art. 1º Instituir, no âmbito do Conselho Nacional de Justiça, Grupo de Trabalho, para elaborar estudos e propor medidas concretas e normativas referentes às demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde.

Art. 2º O Grupo de Trabalho será composto por:

I. Manoel Ricardo Calheiros D'ávila, Juiz da 5ª Vara da Fazenda Pública do Estado da Bahia,

II. Valéria Pachá Bichara, Juíza da 10ª Vara da Fazenda Pública do Estado do Rio de Janeiro,

III. Jorge André de Carvalho Mendonça, Juiz da 5ª Vara Federal de Pernambuco;

IV. Marga Inge Barth Tessler, Desembargadora do Tribunal Regional Federal da 4ª Região;

V. Ana Paula Carvalhal, especialista em direito sanitário.

Parágrafo único. O Grupo de Trabalho poderá contar com o auxílio de autoridades e especialistas com atuação em área correlata.

Art. 3º O Grupo de Trabalho instituído por esta Portaria terá o prazo de 60 (sessenta) dias, a partir da publicação do ato de sua instituição, prorrogáveis por mais (30) trinta dias, para apresentar seus resultados ao Presidente do Conselho Nacional de Justiça.

Art. 4º O Grupo de Trabalho será coordenado pela Comissão Permanente de Relacionamento Institucional e Comunicação, presidida pelo Conselheiro Milton Nobre.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Ministro **GILMAR MENDES**



**ANEXO B – RECOMENDAÇÃO CNJ Nº 31/2010***Conselho Nacional de Justiça***RECOMENDAÇÃO Nº 31 DE 30 DE MARÇO DE 2010**

Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde.

**O PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA – CNJ**, no uso de suas atribuições, e

**CONSIDERANDO** o grande número de demandas envolvendo a assistência à saúde em tramitação no Poder Judiciário brasileiro e o representativo dispêndio de recursos públicos decorrente desses processos judiciais;

**CONSIDERANDO** a relevância dessa matéria para a garantia de uma vida digna à população brasileira;

**CONSIDERANDO** que ficou constatada na Audiência Pública nº 4, realizada pelo Supremo Tribunal Federal para discutir as questões relativas às demandas judiciais que objetivam o fornecimento de prestações de saúde, a carência de informações clínicas prestadas aos magistrados a respeito dos problemas de saúde enfrentados pelos autores dessas demandas;

A blue ink signature, appearing to be a stylized 'S' or similar character, is written over the bottom right portion of the page.

**CONSIDERANDO** que os medicamentos e tratamentos utilizados no Brasil dependem de prévia aprovação pela ANVISA, na forma do art. 12 da Lei 6.360/76 c/c a Lei 9.782/99, as quais objetivam garantir a saúde dos usuários contra práticas com resultados ainda não comprovados ou mesmo contra aquelas que possam ser prejudiciais aos pacientes;

**CONSIDERANDO** as reiteradas reivindicações dos gestores para que sejam ouvidos antes da concessão de provimentos judiciais de urgência e a necessidade de prestigiar sua capacidade gerencial, as políticas públicas existentes e a organização do sistema público de saúde;

**CONSIDERANDO** a menção, realizada na audiência pública nº 04, à prática de alguns laboratórios no sentido de não assistir os pacientes envolvidos em pesquisas experimentais, depois de finalizada a experiência, bem como a vedação do item III.3, "p", da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde;

**CONSIDERANDO** que, na mesma audiência, diversas autoridades e especialistas, tanto da área médica quanto da jurídica, manifestaram-se acerca de decisões judiciais que versam sobre políticas públicas existentes, assim como a necessidade de assegurar a sustentabilidade e gerenciamento do SUS;

**CONSIDERANDO**, finalmente, indicação formulada pelo grupo de trabalho designado, através da Portaria nº 650, de 20 novembro de 2009, do Ministro Presidente do Conselho Nacional de Justiça, para proceder estudos e propor medidas que visem aperfeiçoar a prestação jurisdicional em matéria de assistência à saúde;

**RESOLVE:**

I. Recomendar aos Tribunais de Justiça dos Estados e aos Tribunais Regionais Federais que:

a) até dezembro de 2010 celebrem convênios que objetivem disponibilizar

apoio técnico composto por médicos e farmacêuticos para auxiliar os magistrados na formação de um juízo de valor quanto à apreciação das questões clínicas apresentadas pelas partes das ações relativas à saúde, observadas as peculiaridades regionais;

b) orientem, através das suas corregedorias, aos magistrados vinculados, que:

b.1) procurem instruir as ações, tanto quanto possível, com relatórios médicos, com descrição da doença, inclusive CID, contendo prescrição de medicamentos, com denominação genérica ou princípio ativo, produtos, órteses, próteses e insumos em geral, com posologia exata;

b.2) evitem autorizar o fornecimento de medicamentos ainda não registrados pela ANVISA, ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei;

b.3) ouçam, quando possível, preferencialmente por meio eletrônico, os gestores, antes da apreciação de medidas de urgência;

b.4) verifiquem, junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisas (CONEP), se os requerentes fazem parte de programas de pesquisa experimental dos laboratórios, caso em que estes devem assumir a continuidade do tratamento;

b.5) determinem, no momento da concessão de medida abrangida por política pública existente, a inscrição do beneficiário nos respectivos programas;

c) incluam a legislação relativa ao direito sanitário como matéria individualizada no programa de direito administrativo dos respectivos concursos para ingresso na carreira da magistratura, de acordo com a relação mínima de disciplinas estabelecida pela Resolução 75/2009 do Conselho Nacional de Justiça;

d) promovam, para fins de conhecimento prático de funcionamento, visitas dos magistrados aos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, bem como às unidades de saúde pública ou conveniadas ao SUS, dispensários de

medicamentos e hospitais habilitados em Oncologia como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - CACON;

II. Recomendar à Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados – ENFAM, à Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados do Trabalho – ENAMAT e às Escolas de Magistratura Federais e Estaduais que:

a) incorporem o direito sanitário nos programas dos cursos de formação, vitaliciamento e aperfeiçoamento de magistrados;

b) promovam a realização de seminários para estudo e mobilização na área da saúde, congregando magistrados, membros do ministério público e gestores, no sentido de propiciar maior entrosamento sobre a matéria;

Publique-se e encaminhe-se cópia desta Recomendação a todos os Tribunais.

Ministro **GILMAR MENDES**



**ANEXO C – RESOLUÇÃO CNJ Nº 107/2010***Conselho Nacional de Justiça***RESOLUÇÃO Nº 107, DE 6 ABRIL DE 2010**

Institui o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde

**O PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA**, no uso de suas atribuições constitucionais e regimentais, e,

**CONSIDERANDO** o elevado número e a ampla diversidade dos litígios referentes ao direito à saúde, bem como o forte impacto dos dispêndios decorrentes sobre os orçamentos públicos;

**CONSIDERANDO** os resultados coletados na audiência pública nº 04, realizada pelo Supremo Tribunal Federal para debater as questões relativas às demandas judiciais que objetivam prestações de saúde;

**CONSIDERANDO** o que dispõe a Recomendação nº 31 do Conselho Nacional de Justiça, de 30 de março de 2010;

**CONSIDERANDO** o deliberado pelo Plenário do Conselho Nacional de Justiça na 102ª Sessão Ordinária, realizada em 6 de abril de 2010, nos autos do ATO 0002243-92.2010.2.00.0000;

A large, stylized handwritten signature in black ink, consisting of a single continuous line that forms a shape resembling a large 'S' or a similar cursive mark.

**RESOLVE:**

**Art. 1º** Fica instituído, no âmbito do Conselho Nacional de Justiça, o Fórum Nacional para o monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde, com a atribuição de elaborar estudos e propor medidas concretas e normativas para o aperfeiçoamento de procedimentos, o reforço à efetividade dos processos judiciais e à prevenção de novos conflitos.

**Art. 2º** Caberá ao Fórum Nacional:

I - o monitoramento das ações judiciais que envolvam prestações de assistência à saúde, como o fornecimento de medicamentos, produtos ou insumos em geral, tratamentos e disponibilização de leitos hospitalares;

II - o monitoramento das ações judiciais relativas ao Sistema Único de Saúde;

III - a proposição de medidas concretas e normativas voltadas à otimização de rotinas processuais, à organização e estruturação de unidades judiciárias especializadas;

IV - a proposição de medidas concretas e normativas voltadas à prevenção de conflitos judiciais e à definição de estratégias nas questões de direito sanitário;

V - o estudo e a proposição de outras medidas consideradas pertinentes ao cumprimento do objetivo do Fórum Nacional.

**Art. 3º** No âmbito do Fórum Nacional serão instituídos comitês executivos, sob a coordenação de magistrados indicados pela Presidência e/ou pela Corregedoria Nacional de Justiça, para coordenar e executar as ações de natureza específica, que forem consideradas relevantes, a partir dos objetivos do artigo anterior.



Parágrafo único. Os relatórios de atividades do Fórum deverão ser apresentados ao Plenário do CNJ semestralmente.

**Art. 4º** O Fórum Nacional será integrado por magistrados atuantes em unidades jurisdicionais, especializadas ou não, que tratem de temas relacionados ao objeto de sua atuação, podendo contar com o auxílio de autoridades e especialistas com atuação nas áreas correlatas, especialmente do Conselho Nacional do Ministério Público, do Ministério Público Federal, dos Estados e do Distrito Federal, das Defensorias Públicas, da Ordem dos Advogados do Brasil, de universidades e outras instituições de pesquisa.

**Art. 5º** Para dotar o Fórum Nacional dos meios necessários ao fiel desempenho de suas atribuições, o Conselho Nacional de Justiça poderá firmar termos de acordo de cooperação técnica ou convênios com órgãos e entidades públicas e privadas, cuja atuação institucional esteja voltada à busca de solução dos conflitos já mencionados precedentemente.

**Art. 6º** O Fórum Nacional será coordenado pelos Conselheiros integrantes da Comissão de Relacionamento Institucional e Comunicação.

**Art. 7º** Caberá ao Fórum Nacional, em sua primeira reunião, a elaboração de seu programa de trabalho e cronograma de atividades.

**Art. 8º** As reuniões periódicas dos integrantes do Fórum Nacional poderão adotar o sistema de videoconferência, prioritariamente.

**Art. 9º** Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Ministro **GILMAR MENDES**



## ANEXO D – CONVÊNIO PAS



GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO

CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO Nº 001/2015

VISANDO A CRIAÇÃO DO PORTAL DE ATENÇÃO À SAÚDE (PAS)

Os entes e/ou órgãos públicos a seguir, cujos dados são do conhecimento de todos, a saber: o **ESTADO DO MARANHÃO (ESTADO)**, por seu Governador, FLÁVIO DINO DE CASTRO E COSTA; a **PROCURADORIA GERAL DO ESTADO (PGE)**, por seu Procurador-Geral, RODRIGO MAIA ROCHA; a **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (SES)**, por seu Secretário, MARCOS ANTÔNIO BARBOSA PACHECO; a **DEFENSORIA PÚBLICA GERAL DO ESTADO (DPE)**, por sua Defensora Pública-Geral, MARIANA ALBANO DE ALMEIDA; o **MUNICÍPIO DE SÃO LUIS (MUNICÍPIO)**, por seu Prefeito, EDIVALDO HOLANDA JÚNIOR; a **PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO (PGM)**, por seu Procurador-Geral, MARCOS LUIS BRAID RIBEIRO SIMÕES; a **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SEMUS)**, por sua Secretária HELENA MARIA DUALIBI FERREIRA; e a **DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO (DPU)**, pelo Defensor Público-Chefe do Maranhão, JOVINO BENTO JÚNIOR, autorizado pelo Defensor Público-Geral Federal RESOLVEM firmar este instrumento, com fulcro nos arts. 25 e 116 da Lei nº 8.666/93 e/o no art. 241 da Constituição Federal (CF), mediante as cláusulas a seguir, e CONSIDERANDO que:

- a) a PGE e a PGM cumprem atuar judicial e extrajudicialmente na defesa dos interesses do ESTADO e do MUNICÍPIO, respectivamente, a propor medidas em assuntos pertinentes à proteção dos direitos humanos, nos termos da CF, e em cooperação a administração da Justiça;
- b) a DPU e a DPE patrocinam e assistem a maior parte das demandas dirigidas ao ESTADO e ao MUNICÍPIO para satisfação do dever de saúde pública;
- c) parcela significativa das demandas ajuizadas é solucionada antes da sentença, com o fornecimento, mediante cadastro, de medicamentos incorporados aos programas públicos do Sistema Único de Saúde (SUS) e a realização do exame ou procedimento cirúrgico pleiteado;
- d) os atendimentos realizados pela DPU e DPE na área de saúde requerem, na maior parte dos casos, medidas urgentes para salvaguardar o direito do paciente o que a complexidade da estrutura do SUS e o desconhecimento dos programas de saúde pública, por vezes, dificultam a satisfação administrativa do interesse;
- e) a SES e a SEMUS cumprem formular e implantar as políticas de saúde, executando ações para sua promoção;
- f) a PGE e a PGM são reconhecidas como instituições essenciais à função jurisdicional do Estado.

### PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1 O PAS reunirá Defensores Públicos, Procuradores do Estado, Procuradores do Município e representantes da SES e SEMUS, com o escopo de promover o atendimento de partes assistidas pela DPE e pela DPU e que demandam prestação de serviço de saúde, de modo a evitar o ajuizamento de ações, buscando solução administrativa para oferta de medicamento, agendamento de procedimento cirúrgico, exame médico e outras demandas, nos limites e forma especificados adiante, bem como no Regimento a ser elaborado pelos convenentes, de forma unânime.



GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO

SEGUNDA – DO FUNCIONAMENTO E PROCEDIMENTO

- 2.1 O atendimento ao público pelo PAS funcionará de segunda à sexta, das 8h às 17h.
- 2.2 O PAS também funcionará em regime de plantão, utilizando, para tanto, os horários e a estrutura da DPE e da DPU, de maneira que todos os envolvidos na sua composição deverão estar preparados para atender as demandas que acortecerem nesse caso.
- 2.3 A DPE e a DPU realizarão o atendimento inicial e, verificando que a parte é hipossuficiente, econômica e/ou organizacional, e porta laudo médico e receita emitidos por profissional habilitado vinculado ao SUS, com especificação do medicamento, exame, cirurgia, insumo, utensílio, aparelho, ou qualquer outro procedimento médico, encaminharão o assistido ao órgão técnico da SEMUS e SES para análise técnica da pretensão, adotando-se as seguintes providências, bem assim as previstas no Regimento:
- 2.3.1 A SES e/ou a SEMUS, em atenção ao laudo e receita médica apresentados pelo assistido da DPE/DPU, informarão ao assistido:
- a) se o medicamento, material médico ou insumo são padronizados pelo SUS, se são fornecidos para tratamento da patologia descrita no laudo médico e se estão disponíveis; e
  - b) a existência de alternativa terapêutica disponível e incorporada ao SUS, caso se trate de medicamento, material médico ou insumo não padronizados.
- 2.3.2 Na hipótese da alínea "a" do item 2.3.1, a SES e/ou a SEMUS encaminharão o assistido ao local para retirada do medicamento, material médico ou insumo, ou inscrição no programa público, orientando-o, se for o caso, sobre a necessidade de sanar eventual pendência no cadastro.
- 2.3.3 A guia de encaminhamento será entregue, desde que sanadas as pendências de cadastro, e será instruída com, no mínimo:
- a) o nome completo do assistido, identidade, residência, telefone ou outro meio de contato;
  - b) receita médica, com a descrição do material médico, insumo, ou medicamento.
- 2.3.4 Caso o medicamento, material médico ou insumo, embora padronizados, não estejam com o estoque regularizado, a SES e/ou a SEMUS abrirão processo de compra, informando à DPE/DPU da previsão de entrega, ou justificarão a não possibilidade da realização do ato.
- 2.3.5 As pendências de cadastro, caso não sanadas pelo assistido, serão informadas, por escrito, à DPE/DPU que poderão:
- a) orientar o paciente a atender as exigências técnicas; ou
  - b) suscitar a instauração do procedimento previsto no item 2.4 para exame do órgão administrativo.
- 2.3.6 Inexistindo pendências para entrega, a dispensação do medicamento, material médico ou insumo será feita realizada no prazo previsto no Regimento Interno do PAS, informando-se a DPE/DPU por escrito.
- 2.3.7 Na hipótese da alínea "b" do item 2.3.1, a SES e/ou a SEMUS enviarão à DPE/DPU a notícia da indisponibilidade do medicamento, material médico ou insumo pleiteados, mas registrarão a existência de terapia substitutiva incorporada ao SUS, anexando formulário para exame clínico da substituição.
- 2.3.8 Diante da informação da SES e/ou da SEMUS, a DPE e/ou a DPU orientarão o assistido sobre a disponibilidade do medicamento, material médico ou insumo alternativos, solicitando à SES e à SEMUS, se for do interesse da parte, o agendamento de consulta médica, a qual deverá ser comunicada em prazos definidos no Regimento do PAS, conforme a especialidade, para avaliação da possibilidade de alteração da terapia, com a prescrição do medicamento padronizado pelo SUS, ou indicação da sua ineficácia ao paciente.
- 2.3.9 Caso a alteração seja admitida, será adotado o procedimento nos itens 2.3.5 a 2.3.8, com o laudo e requerimento do medicamento, insumo e/ou material médico prescritos na nova consulta.
- 2.3.10 Na hipótese de inexistência da alternativa terapêutica, ou de impossibilidade de utilização dos medicamentos incorporados ao SUS, a SES e/ou a SEMUS poderão, com base em parecer técnico, instaurar processo de compra para atendimento da pretensão, na forma do item 2.4.
- 2.3.11 A SES e/ou a SEMUS, em atenção ao laudo e receita médica apresentados pelo assistido da DPE/DPU, informarão:
- a) se o exame e/ou a cirurgia de rotina/eletiva são realizados no âmbito do SUS, verificando se o paciente já está inscrito no sistema de regulação e a data prevista para sua realização;



GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO

- b) se há exame ou procedimento cirúrgico alternativo, caso o exame ou a cirurgia de rotina/eletiva não estejam disponíveis na rede.
- 2.3.12 Na hipótese da alínea "a" do item 2.3.11, a SES e/ou a SEMUS realizarão o agendamento do procedimento, inserindo o paciente no sistema de regulação, caso ainda não realizado pela unidade solicitante.
- 2.3.13 As requisições de exames e/ou cirurgias que não forem inseridas no sistema de regulação pela unidade solicitante, sem prejuízo do procedimento descrito no item anterior, serão remetidas aos órgãos competentes da SES e da SEMUS, nos termos definidos em atos próprios do Regimento do PAS.
- 2.3.14 As guias de encaminhamento serão instruídas, para exames, com no mínimo, a identificação completa do paciente (nome, identidade, CPF, endereço completo) e a indicação do problema e, para internação/cirurgia eletiva, com a identificação completa do paciente e laudo médico.
- 2.3.15 Os agendamentos serão realizados conforme a disponibilidade de datas das unidades de execução do serviço.
- 2.3.16 Na hipótese da alínea "b" do item 2.3.11, a SES e/ou a SEMUS enviarão a DPE/DPU a notícia da não-realização do exame e/ou cirurgia, mas registrarão a existência de procedimento alternativo disponível, anexando formulário para exame clínico de substituição.
- 2.3.17 Diante da informação da SES e/ou da SEMUS, a DPE e/ou a DPU orientarão o assistido sobre a existência de procedimento alternativo, solicitando à SES e/ou à SEMUS, se for do interesse da parte, o agendamento de consulta médica, com duração de nove dias, a qual deverá ser marcada em prazos definidos no Regimento do PAS, conforme a especialidade, para avaliação da possibilidade de alteração, com a prescrição do exame e/ou cirurgia disponível no SUS, ou indicação da sua ineficácia ao paciente.
- 2.3.18 Caso a alteração seja admitida, será adotado o procedimento dos itens 2.3.12 a 2.3.16, com o laudo e requerimento do exame e/ou cirurgia prescritos na nova consulta.
- 2.3.19 Na hipótese de inexistência de procedimento alternativo, ou de contraindicação ao procedimento incorporado ao SUS, a SES e/ou a SEMUS deverão, com base em parecer técnico, e no prazo regimental, informar acerca da impossibilidade do processo de contratação para atendimento da pretensão.
- 2.3.20 A SES e/ou a SEMUS, em atenção ao laudo médico apresentado pelo assistido da DPE/DPU, verificarão se o paciente já está inserido no sistema de regulação, no prazo máximo de sete dias, e informarão sobre a disponibilidade de vaga, conforme apuração e captação junto às centrais de regulação de leitos, respeitando-se os critérios de prioridade para tratamento intensivo.
- 2.3.21 Caso a SES e/ou a SEMUS identifiquem que o paciente não foi inserido no sistema de regulação pela unidade de origem, será realizada a inserção no sistema respectivo, assim como comunicado o fato ao órgão competente da SES e da SEMUS.
- 2.4 A qualquer tempo as partes signatárias poderão suscitar a imediata inatuação de reunião no PAS, instruído com o formulário de análise clínica de substituição e do parecer técnico da SES e/ou SEMUS, com representação de todos os órgãos signatários, com o escopo de solucionar as dúvidas na rotina de atendimento dos assistidos e de avaliar a legitimidade da resistência pela SES e/ou SEMUS no atendimento da pretensão.
- 2.5 A DPE, DPU, PGE, PGM, SES e SEMUS poderão suscitar, ainda que já exista ação para tutela da pretensão, a inauguração dos procedimentos previstos nesse instrumento, a fim de solucionar eventual entrave na satisfação da ordem judicial, ou adequar o tratamento às alterações da condição clínica do paciente.

TERCEIRA - DAS ATRIBUIÇÕES DOS SIGNATÁRIOS

- 3.1 O presente convênio não contempla qualquer espécie de repasse financeiro, fixando-se as atribuições dos signatários da seguinte forma:
- 3.1.1 Caberá à PGE:
- Designar procuradores e estagiários para atuarem em conjunto necessário, nas reuniões do PAS;
  - A orientação jurídica da SES, quando necessária, sobre as posturas administrativas a serem adotadas para cumprir o objeto deste convênio.
- 3.1.2 Caberá à SES e à SEMUS:



GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO

- a) Manter servidores para cumprimento das atribuições que lhes cabe, conforme previsão da cláusula segunda, assegurando bens e serviços para funcionamento de sua estrutura no PAS;  
 b) Assegurar a entrega dos medicamentos e a realização dos exames e dos procedimentos médicos e cirúrgicos que forem encaminhados pelo PAS, observando-se os prazos fixados, bem como justificar eventuais impossibilidades de demandas solicitadas;  
 c) Instaurar, conforme definido nas reuniões do PAS, e consoante a natureza da pretensão de saúde, nos termos definidos pela Lei nº 8.080/90 e definições do Ministério da Saúde, procedimento de compra/contratação para satisfação das demandas respectivas.

3.1.3 Caberá à DPE:

- a) Manter defensores públicos, servidores e estagiários para atendimento dos assistidos em demandas de saúde, assegurando bens e serviços para funcionamento de sua estrutura do PAS;  
 b) Concentrar o atendimento de demandas em saúde, na Capital, junto ao núcleo de primeiro atendimento em funcionamento no PAS.

3.1.4 Caberá à DPU:

- a) Manter defensores públicos, servidores e estagiários para atendimento dos assistidos em demandas de saúde, assegurando bens e serviços para funcionamento de sua estrutura no PAS;  
 b) Concentrar o atendimento de demandas em saúde, na Capital, junto ao núcleo de primeiro atendimento em funcionamento no PAS.

3.1.5 Caberá à PGM:

- a) Designar procuradores e estagiários para atuarem, quando necessário, nas reuniões do PAS;  
 b) A orientação jurídica da SEMUS, quando necessária, sobre as posturas administrativas a serem adotadas para cumprimento do objeto deste convênio.

QUARTA – DO LOCAL DE FUNCIONAMENTO

4.1 O PAS funcionará em imóvel da DPE, situado na Rua da Estrela, nº 421, Praia Grande, Centro, nesta cidade, nos horários já estabelecidos na cláusula segunda.

QUINTA – DA VIGÊNCIA

5.1 O presente convênio vigorará por 48 meses, a contar da data de sua publicação no Diário Oficial do Estado (DOE), admitindo-se a sua prorrogação, mediante a celebração de termo aditivo, para assegurar o integral cumprimento do objeto.

SEXTA – DA DENÚNCIA

6.1 As partes poderão denunciar, por escrito e a qualquer tempo, o presente convênio, mantidas, entretanto, as responsabilidades das obrigações assumidas durante a vigência da cooperação.

SÉTIMA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1 Os partícipes estabelecem, ainda, as seguintes condições:

- a) Todas as comunicações relativas a este convênio serão consideradas como regularmente efetuadas se entregues mediante protocolo e/ou e-mail funcional dos membros participantes do PAS;  
 b) Serão agendadas reuniões ordinárias trimestrais entre os partícipes, como forma de avaliação e tomadas de providências das principais ocorrências mensais, tendo ainda como escopo obter um panorama sobre as melhorias nas políticas públicas na área de saúde.

oitava – DO FORO

8.1 Para dirimir quaisquer dúvidas, casos omissos ou quaisquer questões oriundas do presente convênio, que não sejam resolvidas pela mediação administrativa, os partícipes elegem o foro de São Luís, Capital do Estado do Maranhão.



GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO

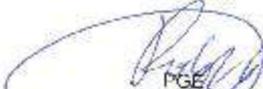
NONA - DA PUBLICAÇÃO

9.1 Extrato do presente instrumento será publicado no DCE, no prazo máximo de vinte dias, a contar de sua assinatura.

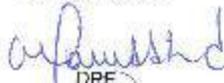
E, por assim estarem plenamente de acordo, as partes obrigam-se ao total e irrenunciável cumprimento dos termos do presente instrumento, em seis vias de igual teor e forma, para um só efeito, que vão assinadas pelos partícipes e duas testemunhas abaixo identificadas, para que produza os efeitos legais e jurídicos.

São Luis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

  
ESTADO  
Flávio Dino

  
PGE  
Rodrigo Maia

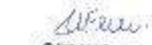
  
SES  
Marcos Pacheco

  
DPE  
Mariana Almeida

  
MUNICÍPIO  
Edivaldo Holanda Junior

  
RSM  
Marcos Braid

  
DPU  
Jovino Bento Júnior

  
SEMUS  
Helena Dualibi

## ANEXO E – REQUERIMENTO À SES (2015)



• **HERALDO MOREIRA** •  
 www.heraldomoreira.com.br  
 heraldomoreira@moreiraeteixeira.com.br  
 (98) 3227.2752/99974.4241

ILUSTRÍSSIMA SENHORA CHEFE DO DEPARTAMENTO JURÍDICO CONTENCIOSO  
 DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO.

1

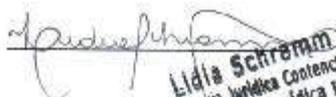
HERALDO ELIAS NOGUEIRA NUNES, mais conhecido como **HERALDO MOREIRA**, mestrando do programa de pós-graduação em Gestão de Programas e Serviços de Saúde da Universidade CEUMA, cuja dissertação tem como título "A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO ESTADO DO MARANHÃO: antes e depois do Portal de Atenção à Saúde", vem requerer que lhe seja fornecida uma planilha, até 09/11/2015, contendo os seguintes dados: todas as ações propostas em face da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão sobre o tema, no período de 01/01 a 12/04/2015, especificando quem é o procurador do beneficiário da ação e qual a demanda.

E. Deferimento.

São Luís, 09 de outubro de 2015.

  
**HERALDO MOREIRA**

Recebido em: 09/10/2015.

  
**Lidia Schreinem**  
 Assessora Jurídica Contenciosa  
 Assessora Jurídica I

**ANEXO F – RESPOSTA DA SES (2015)****ESTADO DO MARANHÃO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SECRETARIA ADJUNTA DE ASSUNTOS JURÍDICOS  
DEPARTAMENTO JURIDICO CONTENCIOSO**

São Luís (MA), 09 de novembro de 2015.

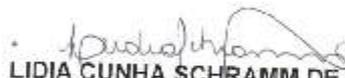
Ilm<sup>o</sup> Sr. Mestrando  
Heraldo Moreira  
EM MÃOS

Ref.: Requerimento de 09/10/2015.

Senhor Mestrando,

Segue a planilha anexa, com os dados solicitados no requerimento em epígrafe.

Atenciosamente,

  
**LIDIA CUNHA SCHRAMM DE SOUSA**  
Chefe do DJC/SAAJ/SES

<b>Nº</b>	<b>Nº CNJ</b>	<b>PROCURADOR</b>	<b>DEMANDA PRINCIPAL</b>
1	46-76.2015.8.10.0044	DEFENSOR PÚBLICO	TRATAMENTO MÉDICO
2	3569-34.2015.8.10.0000	DEFENSOR PÚBLICO	MEDICAMENTO
3	440-49.2014.8.10.0002	DEFENSOR PÚBLICO	TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO
4	5520-60.2015.8.10.0001	DEFENSOR PÚBLICO	TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO
5	64070-28.2014.4.01.3700	ADVOGADO PRIVADO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO
6	6227-28.2015.8.10.0001	DEFENSOR PÚBLICO	TRATAMENTO MÉDICO
7	3006-18.2014.8.10.005	DEFENSOR PÚBLICO	INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA
8	37501-44.2014.8.10.0001	PROMOTOR DE JUSTIÇA	TRATAMENTO MÉDICO
9	1614-4949.2014.8.10.0049	DEFENSOR PÚBLICO	INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA
10	481-19.2015.8.10.0022	DEFENSOR PÚBLICO	TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO
11	4635-89.2015.4.01.3700	DEFENSOR PÚBLICO	LEITO
12	41-63.2015.8.10.0041	PROMOTOR DE JUSTIÇA	MEDICAMENTO
13	523-65.2014.8.10.0001	DEFENSOR PÚBLICO	MEDICAMENTO
14	3089-34.2014.8.10.0051	PROMOTOR DE JUSTIÇA	LEITO
15	369-18.2014.8.10.0044	ADVOGADO PRIVADO	MEDICAMENTO
16	3969-16.2014.8.10.0022	PROMOTOR DE JUSTIÇA	INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA
17	2083-95.2014.8.10.0049	PROMOTOR DE JUSTIÇA	TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO
18	110-18.2015.8.10.0002	DEFENSOR PÚBLICO	TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO
19	29-72.2015.8.10.0001	ADVOGADO PRIVADO	PRÓTESE
20	28359-16.2014.8.10.0001	PROMOTOR DE JUSTIÇA	TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO
21	61193-72.2014.8.10.0001	DEFENSOR PÚBLICO	LEITO
22	45976-86.2014.8.10.0001	DEFENSOR PÚBLICO	HOME CARE
23	3849-07.2012.8.10.0001	ADVOGADO PRIVADO	PRÓTESE
24	49740-80.2014.8.10.0001	DEFENSOR PÚBLICO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO
25	2123-90.2015.8.10.0001	ADVOGADO PRIVADO	LEITO
26	23755-80.2012.8.10.0001	PROMOTOR DE JUSTIÇA	MEDICAMENTO
27	625-67.2014.8.10.0041	PROMOTOR DE JUSTIÇA	MEDICAMENTO
28	25346-09.2014.8.10.0001	ADVOGADO PRIVADO	MEDICAMENTO
29	42994-02.2014.8.10.0001	ADVOGADO PRIVADO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO
30	15175-32.2010.8.10.0001	ADVOGADO PRIVADO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO
31	11445-37.2015.8.10.0001	ADVOGADO PRIVADO	TRATAMENTO MÉDICO
32	55232-53.2014.8.10.0001	DEFENSOR PÚBLICO	MEDICAMENTO
33	59212-08.2014.8.10.0001	ADVOGADO PRIVADO	TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO
34	56088-17.2015.8.10.0001	DEFENSOR PÚBLICO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO
35	61179-88.2014.8.10.0001	DEFENSOR PÚBLICO	TRATAMENTO MÉDICO
36	PLANTÃO JUDICIAL	PROMOTOR DE JUSTIÇA	MEDICAMENTO
37	PLANTÃO JUDICIAL	DEFENSOR PÚBLICO	MEDICAMENTO
38	541-55.2015.8.10.0001	DEFENSOR PÚBLICO	TRATAMENTO MÉDICO

<b>Nº</b>	<b>Nº CNJ</b>	<b>PROCURADOR</b>	<b>DEMANDA PRINCIPAL</b>
1	8273-87.2015.8.10.0001	ADVOGADO PRIVADO	MEDICAMENTO
2	18186-39.2015.4.01.3700	DEFENSOR PÚBLICO	MEDICAMENTO
3	5521-45.2015.8.10.0001	DEFENSOR PÚBLICO	TRATAMENTO MÉDICO
4	0800049-30.2015.8.10.0001	DEFENSOR PÚBLICO	MEDICAMENTO
5	45-03.2015.8.10.0041	PROMOTOR DE JUSTIÇA	MEDICAMENTO
6	8446-14.2015.8.10.0001	ADVOGADO PRIVADO	LEITO
7	45-23.2015.8.10.0002	PROMOTOR DE JUSTIÇA	LEITO
8	0800021-62.2015.8.10.0001	DEFENSOR PÚBLICO	MEDICAMENTO
9	141-18.2015.8.10.0041	PROMOTOR DE JUSTIÇA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO
10	PLANTÃO JUDICIAL	DEFENSOR PÚBLICO	LEITO
11	4103-18.2015.4.01.3700	DEFENSOR PÚBLICO	TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO
12	8357-88.2015.8.10.0001	DEFENSOR PÚBLICO	INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA
13	11872-34.2015.8.10.0001	ADVOGADO PRIVADO	TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO
14	351-37.2015.8.10.0084	PROMOTOR DE JUSTIÇA	TRATAMENTO MÉDICO
15	9016-97.2015.8.10.0001	ADVOGADO PRIVADO	LEITO
16	10149-77.2015.8.10.001	DEFENSOR PÚBLICO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO
17	182-42.2015.8.10.0022	PROMOTOR DE JUSTIÇA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO
18	76-23.2015.8.10.0041	PROMOTOR DE JUSTIÇA	LEITE ESPECIAL
19	1747-30.2015.8.10.0058	DEFENSOR PÚBLICO	TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO
20	36-32.2015.8.10.0044	PROMOTOR DE JUSTIÇA	TRATAMENTO MÉDICO
21	98-81.2015.8.10.0041	PROMOTOR DE JUSTIÇA	TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO
22	080035-46.2015.8.10.0001	DEFENSOR PÚBLICO	MEDICAMENTO
23	11.733-82.2015.8.10.0001	ADVOGADO PRIVADO	LEITO
24	8825-95.2015.4.01.3700	ADVOGADO PRIVADO	PRÓTESE
25	13396-66.2015.8.10.0001	PROMOTOR DE JUSTIÇA	LEITO
26	6527-87.2015.8.10.0001	PROMOTOR DE JUSTIÇA	TRATAMENTO MÉDICO

## ANEXO G – REQUERIMENTO À SES (2016)



• **HERALDO MOREIRA** •  
 www.heraldomoreira.com.br  
 heraldomoreira@moreiraeteixeira.com.br  
 (98) 3227.2752/99974.4241

ILUSTRÍSSIMA SENHORA CHEFE DO DEPARTAMENTO JURÍDICO CONTENCIOSO  
 DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO.

1

HERALDO ELIAS NOGUEIRA NUNES, mais conhecido como **HERALDO MOREIRA**, mestrando do programa de pós-graduação em Gestão de Programas e Serviços de Saúde da Universidade CEUMA, cuja dissertação tem como título "A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO ESTADO DO MARANHÃO: antes e depois do Portal de Atenção à Saúde", vem requerer que lhe seja fornecida uma planilha, contendo os seguintes dados: todas as ações propostas em face da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão sobre o tema, no período de 01/01 a 20/02/2016, especificando quem é o procurador do beneficiário da ação e qual a demanda.

E. Deferimento.

São Luís, 22 de fevereiro de 2016.

  
**HERALDO MOREIRA**

Recebido em: 22/02/2016.

  
**Lidia Schramm**  
 Assessora Jurídica Contenciosa  
 Assessora Jurídica I

## ANEXO H – RESPOSTA DA SES (2016)



**ESTADO DO MARANHÃO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**SECRETARIA ADJUNTA DE ASSUNTOS JURÍDICOS**  
**DEPARTAMENTO JURÍDICO CONTENCIOSO**

---

São Luís (MA), 23 de fevereiro de 2016.

Ilmº Sr. Mestrando  
Heraldo Moreira  
EM MÃOS

Ref.: Requerimento de 22/02/2016.

Senhor Mestrando,

Segue a planilha anexa, com os dados solicitados no requerimento em epígrafe.

Atenciosamente,

  
**LIDIA CUNHA SCHRAMM DE SOUSA**  
Chefe do DJCSAD/SES  
Lidia Schramm de Sousa  
Assessoria Jurídica Contenciosa  
Assessora Jurídica I

Nº	Nº CNJ	BENEFICIÁRIO	PROCURADOR	DEMANDA PRINCIPAL
1	1855-45.2016.4.01.3700	IZA MARIA LOPES PIRES	PROMOTOR DE JUSTIÇA	LEITO
2	63-10.2016.8.10.0002	MARCUS VINICIUS CARDOZO CORTES	PROMOTOR DE JUSTIÇA	LEITO
3	517-36.2016.4.01.3700	MARYLIA ISIS DOS REIS DE SOUSA	PROMOTOR DE JUSTIÇA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO
4	35-42.2016.8.10.0002	ANDRE DA SILVA DE FRANÇA	PROMOTOR DE JUSTIÇA	MEDICAMENTO
5	PLANTÃO	LUAN ANTÔNIO SOUSA DA SILVA	ADVOGADO PRIVADO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO
6	1850-23.2016.4.01.3700	MARIA JOSÉ COSTA SOUSA	PROMOTOR DE JUSTIÇA	TRATAMENTO MÉDICO
7	0002409-22.2016.4.01.0000	MARIA DO SOCORRO DE FREITAS NOGUEIRA DE OLIVEIRA	PROMOTOR DE JUSTIÇA	MEDICAMENTO
8	0800781-74.2016.8.10.0001	DOMINGOS JORGE GONÇALVES MENDES	DEFENSOR PÚBLICO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO
9	21-58.2016.8.10.0002	LUCAS RAVI DE SOUSA VAZ	PROMOTOR DE JUSTIÇA	LEITE ESPECIAL
10	22.43.2016.8.10.0002	ENZO MATEUS DE SOUSA VAZ	PROMOTOR DE JUSTIÇA	LEITE ESPECIAL
11	0800798-13.2016.8.10.0001	EVANDRO FREITAS PEREIRA FILHO	DEFENSOR PÚBLICO	LEITO
12	0801301-34.2016.8.10.0001	ANTÔNIO ISMAEL CARDOZO	ADVOGADO PRIVADO	MEDICAMENTO
13	0800875-22.2016.8.10.0001	ROCHILENY PEREIRA DA SILVA	ADVOGADO PRIVADO	MEDICAMENTO
14	0802060-95.2016.8.10.0001	MARIA SILVA DOS SANTOS	PROMOTOR DE JUSTIÇA	LEITO
15	182-18.8.10.0051	LOURIVAL FERREIRA DA SILVA	DEFENSOR PÚBLICO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO
16	PLANTÃO	PATRICIA PATRÍCIO BATISTA	DEFENSOR PÚBLICO	LEITO
17	PLANTÃO	JOSETH LUIZA PINHEIRO COSTA	DEFENSOR PÚBLICO	LEITO
18	0802420-30.2016.8.10.0001	MARIA RODRIGUES DOS SANTOS	ADVOGADO PRIVADO	MEDICAMENTO
19	0002072-88.2016.4.01.3700	MARCIO ARTHUR SILVA CARDOSO	ADVOGADO PRIVADO	MEDICAMENTO
20	0803623-27.2016.8.10.0001	MARIA EDUARDA SANTOS RIBEIRO	DEFENSOR PÚBLICO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO
21	PLANTÃO	LUÍS JOSÉ ESTANDISLAU BOUERES	DEFENSOR PÚBLICO	LEITO
22	107-29.2016.8.10.0002	FERNANDA SILVA PARENTE	PROMOTOR DE JUSTIÇA	MEDICAMENTO
23	PLANTÃO	ADALTO SILVA DE SOUSA	DEFENSOR PÚBLICO	LEITO
24	PLANTÃO	OSVALDINA MARIA CAYRES DO NASCIMENTO	PROMOTOR DE JUSTIÇA	TRATAMENTO MÉDICO
25	4-22.2016.8.10.0002	ALICIA RAFAELA SOUSA LIRA	PROMOTOR DE JUSTIÇA	MEDICAMENTO
26	114-21.2016.8.10.0002	GABRIEL SOUSA RIBEIRO	PROMOTOR DE JUSTIÇA	MEDICAMENTO

## ANEXO I – DECLARAÇÃO DO CEP



Universidade do CEUMA - UNICEUMA  
REITORIA  
Gerência de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão  
Comitê de Ética em Pesquisa

### DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins, que o Projeto de Pesquisa intitulado **A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO ESTADO DO MARANHÃO: antes e depois do Portal de Atenção à Saúde** a ser desenvolvido pelo discente **HERALDO ELIAS NOGUEIRA NUNES**, sob orientação da Profa. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta não será realizada com seres humanos, portanto não há necessidade de análise e aprovação do CEP.

São Luis (MA), 23 de novembro de 2015.

**CEUMA**  
UNIVERSIDADE  
*Prof. Dr. Eduardo Durans Figueredo*  
Prof. Dr. Eduardo Durans Figueredo  
Coordenador

**CAMPUS REASCENÇA**

Rua José Montello, nº 7, Referência II  
CEP 65.015-120 – São Luis, MA  
Fone (98) 3214-4777

**CAMPUS COHAMA**

Av. Jerônimo de Albuquerque, nº 500,  
Cohama  
CEP 65.060-645 – São Luis, MA,  
Fone (98) 3242-8277

**CAMPUS ANIL**

Av. Edison Brandão, s/n, Anil  
CEP 65.145-280 – São Luis/MA  
Fone (98) 3243-3115, 3113

**CAMPUS BACABAL**

Rua Dias Câmara, nº 1748  
CEP 65.100-307 – Bacabal, MA  
Fone (98) 3621-8102/2525

**CAMPUS IMPERATRIZ**

Rua Seno do Rio Branco, quadra  
12, nº 100, Maranhão Nova –  
Imperatriz/MA

**ANEXO J – CERTIDÃO DA SES/SAAJ**

**ESTADO DO MARANHÃO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SECRETARIA ADJUNTA DE ASSUNTOS JURÍDICOS**

---

**CERTIDÃO**

Certifico, e dou fé, atendendo a requerimento verbal do interessado, e conforme informações obtidas junto ao setor responsável (Assessoria Jurídica Contenciosa), que no ano de 2015 tramitaram 4.423 processos administrativos sobre demandas jurídicas da saúde.

São Luís, 04 de janeiro de 2016.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Heraldo Moreira', with a horizontal line extending to the right and a vertical line extending downwards.

**Heraldo Moreira  
Secretário Adjunto  
Matrícula nº 2476133**

**APÊNDICE A – FOLHA DE IDENTIFICAÇÃO DO ARTIGO CIENTÍFICO****A prática da mediação e a  
(des)judicialização da saúde no Maranhão**

MOREIRA, Heraldo – Autor

Mestrando em Gestão de Programas e Serviços de Saúde  
(submetido à Revista de Saúde Pública. Fator de impacto 0.3081. Qualis A2)



**A PRÁTICA DA MEDIAÇÃO E A (DES)JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO MARANHÃO**

Journal:	<i>Revista de Saúde Pública</i>
Manuscript ID	RSP-2016-0388
Manuscript Type:	Original Article
Keyword – Go to <a href="http://decs.bvs.br/" target="blank">DeCS</a> to find your keywords.:	Direito à Saúde; Judicialização da Saúde; Mediação.

SCHOLARONE™  
Manuscripts

View Only

30/11/2016

Gmail - Revista de Saúde Pública - Manuscript ID RSP-2016-0388



Heraldo Moreira &lt;prof.heraldo.moreira@gmail.com&gt;

**Revista de Saúde Pública - Manuscript ID RSP-2016-0388**

1 mensagem

Revista de Saúde Pública &lt;onbehalf+rspline+fsp.usp.br@manuscriptcentral.com&gt; 30 de novembro de 2016 22:37

Responder a: rspline@fsp.usp.br

Para: heraldomoreira@moreiraeteixeira.adv.br, prof.heraldo.moreira@gmail.com

Cc: heraldomoreira@moreiraeteixeira.adv.br, prof.heraldo.moreira@gmail.com, mmmarco@terra.com.br

30-Nov-2016

Dear Ms. Moreira:

Your manuscript entitled "A PRÁTICA DA MEDIAÇÃO E A (DES)JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO MARANHÃO" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Revista de Saúde Pública.

Your manuscript ID is RSP-2016-0388.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/rsp-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/rsp-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the Revista de Saúde Pública.

Sincerely,  
Revista de Saúde Pública Editorial Office