

## COMUNICAÇÕES ORAIS / COMUNICACIONES ORALES

### 4. *Medição sanitaria / Mediación sanitaria*

#### 4.01

### **A ação institucional de mediação sanitária: Direito, saúde e cidadania.**

*The institutional action health mediation: Rights, health and citizenship.*

#### **Gilmar de Assis**

Especialista em Direito Público. Promotor de Justiça. Coordenador do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde de Minas Gerais. Coordenador Nacional do Grupo de Trabalho Proteção da Saúde da Comissão de Defesa dos Direitos Fundamentais do Conselho Nacional do Ministério Público. 2º Vice-presidente da Associação Nacional dos Membros do Ministério Público em Defesa da Saúde (Brasil).

**Resumo:** A ação institucional de mediação sanitária: Direito, Saúde e Cidadania, criada pela Administração Superior do Ministério Público do Estado de Minas Gerais, sob a coordenação do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde está regulamentada pela Resolução PGJ nº 78, de 18 de setembro de 2012. Sua criação é resultado, prioritariamente, de duas percepções político institucionais. A primeira, pelo aumento da crítica generalizada do denominado fenômeno da judicialização da saúde, sobretudo pela atuação judicial reflexiva e demandista dos atores jurídicos, como, exemplo, o próprio Ministério Público, com impactos não somente nos custos orçamentários, mas, sobretudo, forte influência direta na lógica do planejamento coletivo em saúde. A segunda, pela constatação da necessidade da (re) organização das ações e serviços de saúde, no âmbito regional, de forma solidária e não solitária, com participação democrática, visando a elaboração desse mesmo planejamento de saúde numa perspectiva integrada e regional. Os resultados práticos têm demonstrado o acerto da estratégia da mediação sanitária. Devido ao enfrentamento coletivo (solidário) dos problemas (causas) de saúde, os números comprovam efetivamente ser essa excelente estratégia para a redução da judicialização da saúde ou sua substituição, nos casos necessários, pela atuação refletida e resolutiva de seus atores. Dessa forma, é possível concluir que essa nova ferramenta possibilita a construção de um diálogo institucional permanente da tríade: Saúde, Direito e Cidadania.

**Palavras-chave:** Judicialização; mediação sanitária; Ministério Público; democracia.

**Key-words:** *Judicialization; Health Mediation; Public Ministry; Democracy.*

No Brasil, os direitos sociais, também conhecidos doutrinariamente como direitos de segunda geração ou dimensão – educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, assistência aos desamparados, proteção à maternidade e à infância – assim caracterizados por outorgarem aos indivíduos direitos obrigacionais pelo Estado, pela primeira vez, passaram a integrar espaço privilegiado na Constituição Federal, haja vista que expressamente inseridos no Título II da Carta Política que dispõe sobre direitos e garantias fundamentais.

E, no tocante ao direito à saúde, diferentemente de outros países, foi expressamente instituído na atual Constituição Federal como política permanente de Estado, alçado, não obstante discussões doutrinárias, à categoria de direito fundamental de proteção social, individual ou coletivo, balizado como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas.

Indissociável do primado do direito à vida – direito de primeira geração - e, por conseguinte do fundamento republicano pétreo da dignidade da pessoa humana, ambos como pontos centrais e irradiadores de efeitos para os demais princípios e garantias constitucionais, a saúde no Brasil deve ser garantida a todos, sem distinção de qualquer natureza, inclusive aos estrangeiros residentes no País. Aliás, por força de pacificado entendimento judicial interno, o direito à saúde é estendido até mesmo para os estrangeiros de passagem pelo País. Assim, não há no Brasil uma política pública diferenciada ou discriminatória de saúde, como sói acontecer em outros países em que o status da legalização ou não do estrangeiro é levada em conta para efeitos de redução ou de não proteção estatal sanitária.

O conceito de saúde adotado no Brasil é de direito na Constituição e não mais de misericórdia, benesse política, ou de serviço (exercício de atividade laboral). As ações e serviços de saúde no Brasil, pautados por princípios e diretrizes, estão previstas no âmbito constitucional e legal, podendo ser destacados, dentre outros, a universalidade de acesso, a integralidade da assistência em todos os níveis de atenção, a igualdade da assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie e a participação da comunidade. Portanto, nossa Constituição não adotou modelos de saúde, mas modelo único de saúde, cuja definição, diretrizes e princípios, estão expressamente catalogados no seu artigo 198.

Toda essa concepção constitucional de um modelo único de saúde, sem precedentes no cenário mundial, teve sua origem a partir da década de 1980, por

ocasião da redemocratização do País, através de um vigoroso movimento de reforma sanitária, com adesão de profissionais de saúde, docentes, estudantes, associações, dentre outros. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi decisiva na consolidação dessas propostas, com influências diretamente na própria Assembleia Nacional Constituinte, portanto, na redemocratização brasileira.

Jungida a essa ordem político constitucional, a saúde foi expressamente declarada, no campo de sua norma regulamentadora – lei federal nº 8.080/90 - como direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Aliás, a saúde é uma questão social de responsabilidade compartilhada entre Estado e cidadãos, haja vista que o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade, conforme dicção do artigo 2º, § 2º desse mencionado normativo legal. O sentido da expressão “Estado” não poderá ser restringido à atuação do Poder Executivo, devendo alcançar, por corolário lógico constitucional, o Poder Legislativo, Poder Judiciário e, ainda, as instituições constitucionalizadas essenciais à Justiça, como, exemplo, o Ministério Público.

Desta feita, o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

A mais alta corte de Justiça no País – Supremo Tribunal Federal – já decidiu que o direito à saúde, além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas, representa consequência constitucional indissociável ao direito à vida.

Sobreleva-se, também, a natureza de sua relevância pública, qualidade essa que reforça sua maior aproximação umbilical do direito à vida e a dignidade da pessoa humana, portanto, possuidor de caráter de fundamentalidade jurídica e social.

Essa característica da relevância pública do direito à saúde impõe a todos, notadamente ao poder público estatal, a priorização de sua atuação na formulação e execução de políticas sociais e econômicas que visem assegurar o seu pleno exercício. Mas, não somente isso. Significa dizer que eventual alteração de tal preceito exigiria um amplo e rígido processo legislativo.

Também, essa mesma relevância pública conferida à saúde é fator redutor da discussão interna de tratar-se o direito social da saúde norma constitucional de

eficácia plena. O fato de os direitos sociais serem normas programáticas não mais afasta a possibilidade da intervenção judicial, principalmente quando reconhecidos como direitos constitucionalizados. Essa tem sido a interpretação dada pelos tribunais, portanto com novos contornos hermenêuticos. No caso do direito à saúde, pelo seu reconhecimento constitucional de direito fundamental, de relevância pública, sua exigibilidade judicial não somente é possível, como diretamente dirigida ao Estado na sua obrigação positiva de dar prestações.

É bem verdade que, no âmbito interno e internacional, são fortes as discussões, com repercussão no campo jurídico-social, a respeito da natureza, características, eficácia, compreensão, interpretação, limites e área de atuação das normas definidoras de direitos sociais, portanto de formulação e execução programáticas. Contudo, conforme ressaltamos, no Brasil, em face da posição topográfica do direito à saúde na Constituição e seu reconhecimento expresso de relevância pública, impõe-se ao Estado seu dever de operacionalizá-lo, universalmente, mediante formulação e execução de adequadas políticas sociais e econômicas, sem interrupção.

A redução de riscos de doenças e de outros agravos, na perspectiva individual ou coletivizada, somente será possível no cenário prático se a formulação e execução dessas políticas possuírem o caráter de permanência, de forma a ressaltar o dever do Estado de prover as condições indispensáveis ao pleno exercício do direito à saúde para todos.

O maior desafio atual da saúde no Brasil reside no aspecto político, de forma a promover o adequado financiamento e necessária articulação entre os entes federativos e as instâncias da sociedade. Evidentemente que essa não é uma tarefa simples de execução operacional, haja vista a pluralidade dos indicadores e cenários nas regiões brasileiras, tais como os demográficos, políticos, territoriais, culturais, econômicos, sociais, bem como as determinantes e condicionantes da saúde (alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, transporte, lazer, acesso aos bens e serviços essenciais) que afetam diretamente essa busca de organização de um sistema único.

Trazer a sociedade para a defesa do SUS é fundamental para garantia de seus princípios e diretrizes constitucionais. Aliás, podemos afirmar que a sociedade brasileira ainda não se deu conta da importância do atual modelo de saúde, de forma

a exigir sua participação nas discussões, deliberações e aprovação das diretrizes em saúde, conforme assentado pelo legislador constitucional.

A efetiva mobilização e participação da sociedade nas questões da saúde pública têm o poder de construção qualitativa de um sistema público ideal.

A possibilidade de sinergia entre essas instâncias – Ministério Público e Conselhos de Saúde, assim como sua necessária aproximação com a sociedade, em muito qualifica sua atuação sanitária na visão compartilhada de uma política pública que resulte em efetividade social.

O modelo constitucional de direito à saúde no Brasil pressupõe uma democracia participativa, com estabelecimentos de instâncias, jurídicas e sociais, responsáveis por zelar pelos serviços de relevância pública – ações e serviços de saúde – de forma a adotar as medidas necessárias para sua promoção.

No tocante à fiscalização da gestão pública de saúde, no campo jurídico constitucional, coube ao Ministério Público essa importante tarefa, posto que guindado à garantia de instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, responsável pela defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis. Nesse sentido as suas atribuições, dentre outras, de zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública assegurados na Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia (artigo 129, II, CF).

Desta feita, o Ministério Público, enquanto instância jurídico-social, é um dos órgãos agente responsáveis pela observância da implantação, pelos gestores ou entes governamentais, nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), das ações e serviços de saúde (relevância pública), devendo, nos casos de omissão, ausência ou insuficiência, adotar as medidas necessárias para garantia de sua eficácia e efetividade social.

Contudo, a efetivação social do direito à saúde por esses atores estatais, principalmente pelo Poder Judiciário, responsável pelo exercício da jurisdição, constitui grave desafio jurídico-prático na hermenêutica estruturante do direito sanitário, posto que sem o adequado conhecimento técnico desses contornos científicos da saúde, enquanto ciência e política pública programática, cuja lacuna se deve a partir dos cursos de direito, nos concursos públicos para ingresso na magistratura e ministério público e, ainda, nos cursos de formação.

O Ministério Público tem se destacado nos últimos tempos na sua atuação extrajudicial, mediante criação de curadorias de saúde, atuando como importante ator na comunidade de intérpretes do direito à saúde, de modo a evitar a devolução do conflito para discussão judicial.

Nesse sentido, atua de modo resolutivo na solução das demandas coletivas, através de ferramentas como Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), Recomendações e Inquéritos Civis Públicos.

Ao contrário do que muitos pensam e da própria cultura institucional interna, a atuação do Ministério Público na área extrajudicial dos conflitos não é tarefa mais fácil do que sua atuação demandista (judicial). Na área do direito sanitário, essa atuação se torna mais complexa pelo desafio do conhecimento técnico especializado, da dinâmica da ciência médica, da incorporação de tecnologias, do financiamento, da gestão pública, dentre outros. A participação, direta ou indireta, dos variados atores sociais nesse sistema único de saúde, com suas atribuições e saberes próprios, tais como os gestores, comunidade, profissionais, prestadores, usuários e conselhos, incrementa esse fator de uma relação complexa.

Não foi por acaso a opção do legislador em dotar o Ministério Público da incumbência de zelar e não somente promover as ações e serviços de saúde. A idéia da promoção nos remete à ideia daquele que dá impulso a alguma coisa, da solicitação, da proposição, do requerimento etc. Zelar, por sua vez, é mais significativo, nos dá a idéia de cuidar com o maior interesse e solicitude.

E, nesse sentido, temos que o direito à saúde constitui-se bem jurídico constitucionalmente tutelado, indisponível, fundamental, individual ou coletivo, de forma que ao Ministério Público impõe-se, enquanto instância jurídica destacada, o dever legal de agir na efetividade social da política pública de saúde.

Todos esses fatores têm demonstrado que essa atuação extrajudicial tradicional não mais atende adequadamente determinados direitos sociais, como, exemplo, a saúde. Assim, na área do direito à saúde, aquelas ferramentas à disposição do Órgão de Execução já não são mais suficientes para uma resposta social adequada, com transformação das realidades. Exige-se dele uma nova postura institucional, transversal, de participação direta na construção social do direito à saúde, que vai muito além de seu papel de fiscalizador da gestão pública de saúde, mais próximo das realidades sociais coletivas, onde verdadeiramente nasce o direito,

tais como a criação das coordenadorias ou promotorias regionais de defesa da saúde, na lógica do desenho das regiões de saúde, estas criadas pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, compondo a teia organizativa do sistema único de saúde.

Destarte, o melhor exemplo dessa atuação moderna extrajudicial no direito à saúde é o exercício de seu papel de Ministério Público Mediador, no âmbito coletivo, regionalizado, capaz de promover a interação democrática dos diversos atores sociais.

Em Minas Gerais, a ação institucional de Mediação Sanitária: Direito, Saúde e Cidadania, criada pela Administração Superior do Ministério Público do Estado de Minas Gerais, sob a coordenação do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAOSAÚDE), está atualmente regulamentada pela Resolução PGJ nº 78, de 18 de setembro de 2012.<sup>1</sup>

Essa ação institucional nasceu da estratégia da construção de espaços democráticos, compartilhados, com respeito aos diversos saberes, que pudessem ser ocupados pelos diferentes atores sociais, protagonistas na implantação do direito fundamental da saúde, jurídicos ou não, no enfrentamento e resolução solidária das complexas demandas de saúde.

A percepção da crítica generalizada quanto ao aumento da judicialização da saúde, sobretudo pela atuação judicial reflexiva e demandista dos atores jurídicos, como, exemplo, o próprio Ministério Público, com impactos não somente nos custos orçamentários, mas, sobretudo, forte influência direta na lógica do planejamento em saúde, contribuiu para a criação dessa ação estratégica.

Outro motivo relevante da sua implantação foi o reconhecimento da necessidade da (re) organização das ações e serviços de saúde, no âmbito regional, de forma solidária e não solitária, transversal, visando a implantação das diversas Redes de Atenção à Saúde (RAS), conforme diretrizes do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

O fator político (partidário) heterogêneo nos municípios em dada Região de Saúde, o perfil dissociado dos gestores de saúde e a crença de que fazer saúde é

---

<sup>1</sup> Embora sua criação data de 18/09/2012, a ação institucional já era desenvolvida nas 75 Regiões de Saúde e 13 Macrorregiões de Saúde em todo o estado de Minas Gerais. A 1ª Reunião de Mediação Sanitária: Direito, Saúde e Cidadania ocorreu no dia 12/04/2012, no município de Belo Horizonte.

responsabilizar-se com exclusividade pelo seu território são desafios sistêmicos, discutidos e superados na lógica da Mediação Sanitária.

Essa questão política (partidária), heterogênea na maioria dos territórios regionais sanitários, reforçada pelo status da autonomia político administrativa dos municípios, essa conferida pela atual constituição federal, constitui-se em um dos fatores mais significativos para a fragmentação do processo construtivo de políticas públicas inter-regional, com grave comprometimento dos fluxos assistenciais e da humanização no atendimento.

Dessarte, um dos principais objetivos da Mediação Sanitária consiste em discutir os diversos problemas coletivos de saúde, no âmbito micro ou macrorregional, de modo a permitir uma interação democrática entre os participantes.

Suas práticas estabelecem sinergias, aproximação de saberes e vivência institucional, reduzindo as tensões e conflitos, promovendo a revisão das ideias, a encampação do conhecimento técnico, jurídico e social e a ação criativa estruturante no campo decisório.

A busca pelas soluções mediadas na área da saúde confere a todos maior legitimação social e maior probabilidade de acerto na organização dos serviços a partir da democratização do processo coletivo de trabalho. O essencial é a busca da solução dos problemas coletivos de saúde pela responsabilização coletiva, ao invés da responsabilização sem a solução dos problemas.

A construção de políticas públicas de saúde (norma programática), de forma permanente, justa e igualitária, já não é mais possível no ambiente solitário de seus atores sociais, quer seja no campo processual, técnico ou social, mas pelo somatório dessa tríade de forças, especialmente em ambientes dialogados ou mediados.

Destarte, são muitos os fatores adversos, internos ou externos, na área da saúde que reforçam a estratégia da mediação sanitária como uma das melhores ferramentas dessa atuação moderna extrajudicial, contribuindo para o esperado processo criativo e da consolidação das políticas de saúde. A esse respeito: 1) o vasto território sanitário; 2) as grandes diferenças demográficas, políticas, sociais, econômicas e culturais; 3) financiamento público da saúde insuficiente; 4) o perfil sanitário dissociado dos gestores de saúde; 5) a ausência de planejamento a partir das necessidades coletivas de saúde; 6) os vazios assistenciais; 7) pressão pela incorporação tecnológica; 8) ausência do conhecimento técnico especializado; 8) a judicialização

reflexiva da saúde; 9) controle social deficiente e mal estruturado; 10) inexistência de uma cidadania ativa coletiva.

Na prática, a ação de Mediação Sanitária se dá de ofício ou por provocação. No primeiro caso, de natureza preventiva, faz-se um planejamento estratégico para atuação solidária, em cada uma das regiões de saúde, no propósito da (re) organização das ações e serviços de saúde, no enfrentamento dos problemas coletivos de saúde e no fortalecimento regional. Na forma provocada, que poderá ser solicitada por quaisquer dos atores sociais, leva-se em consideração principalmente as especificidades do problema que, normalmente já se encontra consolidado, em processo de tensão ou conflito, às vezes já judicializado, dependente de emergencial interação articulada, democrática, por todos seus participantes.

Quando se discute, por exemplo, efetividade assistencial de determinado prestador hospitalar, público ou privado conveniado ao SUS, são levantados alguns importantes indicadores disponibilizados nos sistemas públicos. Desta forma, é possível discutir, democraticamente, no propósito saneador dos problemas causas, temas como: a) porte e ocupação hospitalar (taxa de ocupação, taxa de permanência efetiva, leitos SUS, leitos SUS efetivamente ocupados); b) produção hospitalar (internações totais, internações efetivas, internações desnecessárias totais, limite aceitável de internações desnecessárias); c) internações por clínica básica (cirúrgica, obstétrica, médica, pediátrica e demais especialidades); d) índice de renovação de leitos e tempo médio de permanência; e) partos (cesarianos, normais); f) mortalidade institucional; g) mortalidade infantil hospitalar; h) internações de referência (própria e referência); i) adequação da contratualização; j) equilíbrio econômico financeiro da relação jurídica; k) eliminação de dupla porta; l) atualização regimento interno; m) papel dos planos de saúde; n) plantões médicos; o) obrigação de prestação de serviços ao SUS por todos os profissionais de saúde.

Uma das possíveis deliberações coletivas, no exemplo acima, pode ser pelo fortalecimento financeiro dessa referência hospitalar, às vezes com mudanças da natureza do objeto contratual, deixando de remunerá-lo por produção para disponibilidade dos serviços ou, ainda, pela orçamentação global. Essa decisão passa necessariamente pelas etapas do reconhecimento uníssono de seu papel na região de saúde, sua importância para o sistema, sua boa densidade tecnológica, seu papel assistencial, sua série histórica, suas dificuldades no equilíbrio econômico-financeiro, etc. Para

tanto, a prática da mediação tem experimentado a metodologia da gestão associada, prevista no artigo 241 da Constituição Federal, como um bom exemplo de superação desse problema-causa, mediante a celebração de Convênio de Cooperação ou Termo de Compromisso Entre Entes Públicos (TCEP), verdadeiro COAP<sup>2</sup> Temático ou COAP do prestador, reclamando a participação financeira tripartite (Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Municípios da região).

Portanto, a estratégia da ação de Mediação Sanitária promove encontros em todo o território mineiro, fomentando debates com a participação de juízes, promotores de justiça, defensores públicos, prefeitos municipais, secretários municipais de saúde, representantes dos conselhos municipais de saúde, prestadores e trabalhadores de serviços de saúde, representantes do Conselho Regional de Medicina, Secretaria Estadual de Saúde, Ministério da Saúde, COSEMS (Colegiado de Secretários Municipais de Saúde), OAB (Ordem dos Advogados do Brasil, Seção Minas Gerais), Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa, Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais, Associação Mineira dos Municípios, Associação dos Hospitais de Minas Gerais, Departamento Nacional de Auditoria do SUS, dentre outros.

As reuniões de Mediação Sanitária têm gerado resultados altamente positivos, conforme indicadores e depoimentos dados pelos diversos atores sociais. Ao final de cada uma dessas reuniões, os assuntos são deliberados e registrados em ata, para responsabilidade coletiva na sua execução, inclusive, pelo Ministério Público, verdadeiro “auto-TAC”. O Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAOSAÚDE), no nível centralizado, é um dos responsáveis pelo monitoramento da execução das deliberações aprovadas, sem prejuízo dessa atuação conjunta com a Secretaria Estadual de Saúde.

A operacionalização dessas deliberações é feita, portanto, no âmbito regional, por uma comissão de trabalho de mediação sanitária, micro ou macrorregional, de caráter permanente, especialmente criada ao final de cada reunião, cujos integrantes são

---

<sup>2</sup> Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde – acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde. (art. 1º, Decreto nº 7.508, e 28 de junho de 2011).

escolhidos democraticamente, sob a coordenação da Superintendência Regional da Saúde/Gerência Regional da Saúde e participação do Ministério Público com atuação na sede da micro ou macrorregião de saúde.

Todos os promotores de Justiça com atuação na defesa da saúde, abrangidos pelas comarcas inseridas na Região de Saúde, são convidados a participar dessa comissão de trabalho, inclusive o Ministério Público Federal.

Para consecução da logística é cedido um veículo oficial utilitário da Mediação Sanitária, identificado com logomarca de cada um dos órgãos participantes da estratégia, visando a realização do transporte dos membros da comissão, de modo que possam elaborar visitas in loco em cada um dos municípios de sua micro/macrorregião, identificando deficiências, fragilidades, ineficiências e potencialidades, enfim (re) organizando as ações e serviços de saúde regionalmente.

Oportunamente, esses diagnósticos são compilados, discutidos e aprovados, sem prejuízo de sua apresentação, para validação, nas instâncias colegiadas (CIR e CIB)<sup>i</sup>. Aliás, os membros que compõem esse órgão colegiado praticamente são os mesmos da ação itinerante da Mediação Sanitária, daí a inexistência de conflitos de interesse ou funções.

Os trabalhos de campo, realizados por essas comissões de mediação sanitária, no âmbito micro ou macrorregional, possuem, como metodologia operacional, uniforme, as mesmas exigências mínimas para instituição das Regiões de Saúde, conforme artigo 5º do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, ou seja, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, vigilância em saúde e atenção hospitalar.

Atualmente, foram realizadas 53 (cinquenta e três) reuniões de mediação sanitária, micro e macrorregional, sob a coordenação do CAOSAÚDE, sem prejuízo daquelas realizadas pelas Comissões de Trabalho de Mediação Sanitária, de natureza micro ou macrorregional. Nesse sentido, com destaques para: Belo Horizonte, Oliveira, Divinópolis, Varginha, Manhuaçu, Caratinga, Lagoa da Prata, João Monlevade, Bom Despacho, Betim, Conselheiro Lafaiete, Timóteo, Cataguases, Ipatinga, Santa Luzia, Barbacena, Divinópolis, Conceição do Mato Dentro, Carmópolis de Minas, Pará de Minas, Nova Serrana, Pedra Azul, Bambuí, Uberaba, Sacramento, Matozinhos, Capitão Enéas, Ribeirão das Neves, Mantena, Congonhas, Santa Luzia, Sabará, Passos, Araxá, Brasília de Minas, Montes Claros, Contagem e Betim.

Podemos afirmar que essa experiência tem sido muito exitosa não somente para cada um dos órgãos participantes, mas fundamentalmente para a sociedade, posto que destinatária das ações e serviços de saúde adequados, com acesso universal e igualitário, com atendimento integral e humanizado.

No tocante ao Ministério Público, essa ação institucional proporciona-lhe maior dinamismo, resolutividade e efetividade laboral, permitindo-lhe sua interação democrática com os demais atores. Participa, portanto, ativamente das discussões, deliberações e resoluções dos principais problemas (causas) coletivos de saúde. Desta forma, há verdadeira otimização do seu papel de órgão fiscalizador da gestão pública de saúde, com ressonância diretamente para a diminuição do “varejo” das demandas e da própria judicialização.

Sabemos que a implantação (construção) desse fundamental direito à saúde, do dogma para a prática, ou da norma abstrata para a concretude social, impõe a todos nós a superação de gigantescos desafios, principalmente quando consideramos o direito ao acesso universal da saúde pela população brasileira acima de 200.000.000 habitantes, hoje a 5ª maior população mundial, daí a tarefa complexa, porém possível, do exercício dessa engenharia coletiva, desde que participativa e integrada por todos os seus atores sociais.

Esse deve ser o papel do contemporâneo Ministério Público, também denominado pela doutrina nacional de Ministério Público Social, que se situa como *tertium* entre o Estado e a Sociedade, de forma a ser agente transformador das realidades sociais, portanto um agente orgânico, comprometido com a tomada de consciência e a prática de posturas positivas socialmente.

E, portanto, a ação da Mediação Sanitária, na sua tríade Direito, Saúde e Cidadania, pela sua experimentação coletiva empírica, tem demonstrado ser proposta reformadora, moderna, democrática, solidária e de necessidade evidente na construção do direito à saúde, de forma integral, universal, igualitária e humanizada.

---

<sup>i</sup> As Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) foram criadas pela Lei federal nº 12.466, de 24 de agosto de 2011. CIR significa Comissão Intergestores Regional, portanto, presente em cada uma das Regiões de Saúde em Minas Gerais.