

A AÇÃO INSTITUCIONAL DA MEDIAÇÃO SANITÁRIA, SEUS RESULTADOS ESTRUTURADORES NO ESTADO DE MINAS GERAIS E O FOMENTO À ATUAÇÃO RESOLUTIVA DO MINISTÉRIO PÚBLICO

Gilmar de Assis*

* Promotor de Justiça. Coordenador do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde de Minas Gerais – CAO-SAÚDE (período 2009/2017). Coordenador do Fórum Nacional de Saúde da Comissão de Defesa dos Direitos Fundamentais do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP). Presidente da Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (AMPASA).



1. Introdução

O desafio de efetivação do direito fundamental à saúde, conforme proposta constitucional, em face de seus princípios e diretrizes, em especial o da universalização do acesso e da integralidade do atendimento, impõe a todos os seus atores, em especial ao Ministério Público, defensor dos interesses sociais e individuais indisponíveis, papel destacado na busca da eficiência e eficácia desses serviços de relevância pública. Assim, é imperiosa a atuação resolutiva do Ministério Público, como intermediador da pacificação social, a fim de entregar à sociedade resultados socialmente relevantes.

2. Que é a Mediação Sanitária?

É uma ação institucional⁴ que visa à instituição/mobilização de uma rede de cooperação, para discutir os principais problemas coletivos de saúde (causas) no âmbito regional, com a necessária atuação resolutiva, coordenada e sistêmica do Ministério Público e a participação de atores do sistema judicial, da saúde e da sociedade. São criados espaços democráticos e compartilhados, com respeito aos diversos saberes, a fim de reduzir a tensão e o confronto entre eles, buscando como resultado a elaboração de políticas públicas de saúde universais, integrais e igualitárias. Essa estratégia

mostra-se compatível (recepção) com a atual Política Nacional de Fomento à Atuação Resolutiva do Ministério Público brasileiro, instituída pela Recomendação CNMP nº 54, de 28 de março de 2017, bem como com a “Carta de Brasília”, aprovada pelo conjunto das Corregedorias-Gerais do Ministério Público, durante o 7º Congresso Nacional de Gestão do Conselho Nacional do Ministério Público – CNMP, realizado em Brasília/DF, nos dias 21 a 23 de setembro de 2016.

3. O que levou o MPMG a criar a estratégia da Mediação Sanitária?

A criação da Mediação Sanitária é resultado do aumento da crítica generalizada, em âmbito nacional, ao fenômeno denominado judicialização da saúde, sobretudo por causa da atuação judicial reflexiva e demandista dos atores jurídicos, tendo grande efeito não somente nos custos orçamentários, mas principalmente influenciando de modo direto a lógica do planejamento coletivo em saúde. Outra razão foi a constatação de que era necessário (re)organizar as ações e serviços de saúde, de forma solidária (sistêmica) e não solitária, com participação democrática, e tendo por finalidade a elaboração do planejamento de saúde numa perspectiva integrada e regional, que garanta acesso mais qualitativo às ações e serviços de saúde.

⁴ Cf. Resolução PGJ nº 77, de 18 de setembro de 2012.

4. Principais fatores que justificaram a criação da estratégia da Mediação Sanitária em Minas Gerais

- I)** O vasto território mineiro, com 853 municípios;
- II)** As grandes diferenças demográficas e socioeconômicas;
- III)** O subfinanciamento público da saúde;
- IV)** A judicialização reflexiva da saúde;
- V)** A complexidade do conhecimento sanitário pelos seus atores jurídicos;
- VI)** A política partidária de viés municipal, em detrimento da perspectiva regionalizada;
- VII)** A concorrência entre os prestadores (hospitais), sem racionalização dos custos e definição de uma vocação (identidade) sanitária;
- VIII)** A falta de qualificação técnica dos gestores;
- IX)** A ausência de legislação de responsabilidade sanitária;
- X)** A ausência do planejamento regional da saúde;
- XI)** A ausência ou não expansão das Redes de Atenção à Saúde;
- XII)** A fragilidade do controle social do SUS;
- XIII)** Os fracos processos de regulação, monitoramento, fiscalização e auditoria;
- XIV)** A pressão pela incorporação tecnológica às avessas;
- XV)** A fragilidade da cidadania coletiva ativa na tutela do direito à saúde.

5. Por que a solução mediada na área da saúde é importante?

A solução mediada confere a todos os atores uma maior legitimação social e probabilidade de melhor organização dos serviços, a partir da democratização do processo coletivo de trabalho, permitindo-se a corresponsabilização geral em um Sistema Único de Saúde.

Mais importante que a responsabilização sem solução dos problemas é a solução dos problemas com responsabilização coletiva.

6. Por que o Ministério Público deve participar deste processo mediador?

O Ministério Público foi guindado constitucionalmente a órgão responsável por zelar por estes serviços de relevância pública, razão pela qual deve adotar as medidas necessárias para garanti-los. E aqui a expressão “zelar” vai além de simplesmente “promover”. A atuação do Ministério Público na busca da solução compartilhada representa uma participação institucional desejada socialmente, preventiva, resolutive e refletida, diferente do modelo reativo, demandista e reflexivo. Isso permite a todos os atores realizar uma agenda positiva, com planejamento regionalizado e serviços de saúde descentralizados. Dessa forma, o Ministério Públicoaju-

da, entre outras coisas, a superar o forte componente político-partidário que nos municípios estorva muitas vezes o melhoramento da região sanitária.

7. Como funciona a estratégia?

- I)** Acionamento do CAO-Saúde, com a apresentação do problema de saúde em questão, por qualquer um dos órgãos participantes da Rede de Cooperação, solicitantes da Mediação Sanitária, em especial dos membros do Ministério Público com atuação na Defesa da Saúde. Quando a solicitação não tem origem no Ministério Público, é necessária a prévia discussão com o Promotor de Justiça (natural), para que se obtenha a sua autorização e efetiva participação na resolução do problema;
- II)** Em seguida, é feito um levantamento dos indicadores de saúde ou estudo situacional dos principais problemas coletivos de saúde da região, considerados “causas”, nos seus aspectos de estruturação, financeiros e assistencial, a partir dos bancos de dados oficiais da SES-MG, Ministério da Saúde ou números da judicialização;
- III)** Elaboração da programação, com convite aos diversos atores, no âmbito federal, estadual e municipal. Conforme a natureza do problema, estrategicamente são convidados atores especiais do Sistema de Saúde, para efetiva discussão técnica;
- IV)** No dia da reunião, tomada a lista de presença, sob a coordenação do Ministério Público, são discutidos aqueles problemas coletivos de saúde, muitos dos quais tidos por causas da judicialização ou necessários para a reorganização assistencial, com ampla participação democrática de seus atores, na compreensão da existência de um Sistema Único de Saúde;
- V)** Construção de consensos (deliberações), com registro em ata, visando à corresponsabilização coletiva para uma ação programática construtiva;
- VI)** Dependendo da complexidade e dos desdobramentos programáticos, é criada uma Comissão de Trabalho Regional de Mediação Sanitária, de caráter permanente, com representação democrática dos órgãos/instituições regionais, coordenada pelo Ministério Público da comarca e da Gerência Regional de Saúde (GRS), apoiada pelo CAO-Saúde, a fim de promover cultura da intersetorialidade nas discussões e deliberações dos problemas de saúde. Esses assuntos e, mesmo essas deliberações, são levados para os consensos nas reuniões da Comissão Intergestores Regional – CIR⁵ (foro de negociação e pactuação entre gestores quanto aos aspectos operacionais e administrativos do SUS);
- VII)** Finalização da ata de reunião pelo CAO-Saúde, com a necessária publicidade, dando início à fase executiva das estratégias deliberadas;
- VIII)** Acompanhamento/monitoramento, pelo CAO-Saúde, dos resultados da mediação, para melhor apoio operacional dos órgãos de execução.

⁵ Cf. Lei Federal nº 12.466, de 24 de agosto de 2011.

8. Principais órgãos envolvidos na Mediação Sanitária

Ministério Público do Estado de Minas Gerais, Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Conselho Estadual de Saúde, Conselho Regional de Medicina, Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa, Comissão de Direito Sanitário da OAB/MG, Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais, Associação Mineira dos Municípios, Departamento Nacional de Auditoria do SUS, Comitê Executivo da Saúde de Minas Gerais instituído pelo CNJ, Fórum Permanente da Saúde (TJMG), Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS), Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais, Associação dos Municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Fundação Hemominas, Advocacia-Geral do Estado, prefeitos municipais, secretários municipais de Saúde, vereadores da Comissão de Saúde, conselheiros municipais de Saúde. A estratégia já foi apresentada para os Ministérios Públicos do Espírito Santo, do Ceará, do Rio de Janeiro e da Bahia.

9. Principais reconhecimentos e participações

- I)** Reconhecimento da estratégia da Mediação Sanitária do MPMG como “Boas Práticas Identificadas” pelo Plenário do TCU, unanimidade, Acórdão TC 018.739/2012-1, 27/11/2013;
- II)** Aprovação da tese da Mediação Sanitária no III Congresso Íbero-Americano – 2013, com publicação nos Cuadernos de Derecho Sanitário;
- III)** Divulgação da estratégia no XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, nos dias 1º a 3 de junho, em Serra/ES, no painel sobre Judicialização da Saúde: Iniciativas e experiências exitosas;
- IV)** Divulgação da estratégia na obra “Coleção para entender a gestão do SUS”, publicada pelo CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde, ano 2015.

10. Principais resultados e repercussões da estratégia da Mediação Sanitária em Minas Gerais

- I)** Elaboração de Diagnósticos Situacionais em cada uma das regiões de saúde;
- II)** Planejamento regional da saúde;
- III)** Criação de plano de expansão para melhoramentos da saúde em dada região;
- IV)** Financiamento das redes pela cooperação técnica e financeira entre os entes públicos da região, com previsão constitucional nos artigos 30, inciso VI, e 241 da Constituição Federal;
- V)** Verificação das condições de trabalho nas unidades de saúde;
- VI)** Crescimento vegetativo e progressivo da assistência nas regiões de saúde;
- VII)** Eliminação da concorrência entre os prestadores

(hospitais), com definição da vocação sanitária de cada um deles, a partir dos vazios assistenciais e das necessidades coletivas de saúde do Sistema;

VIII) Fusão operacional de prestadores (hospitais) na mesma base territorial, para racionalização de serviços da atividade-meio e melhor resolubilidade da atividade-fim;

IX) Intervenção administrativa ou judicial na gestão hospitalar de prestadores hospitalares que são referência para o SUS, nos casos justificados por prévio relatório de auditoria assistencial;

X) Criação do PRO-HOSP Gestão Compartilhada, PRO-HOSP Contingencial, PRO-HOSP Materno-Infantil, PRO-HOSP Urgência e Emergência, PRO-HOSP Incentivo, com o objetivo de promover a regionalização, reduzir os vazios assistenciais e fortalecer as Redes de Atenção à Saúde (RAS) prioritárias no Estado de Minas Gerais pela SES/MG;

XI) Criação do Grupo de Estudos para implantação de cargos e carreiras dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no âmbito regional;

XII) Aumento do número de leitos especializados (UTI) na região de saúde, por critérios técnicos;

XIII) Atualização e modernização, conforme exigências legais, dos estatutos e regimentos dos prestadores, com definição dos papéis de cada um dos atores;

XIV) Reuniões junto ao TRT-MG, para ponderação de valores constitucionais com aparente colidência (execuções trabalhistas versus manutenção das atividades de assistência hospitalar) nos casos de insolvência dessas unidades hospitalares de referência, com a finalidade de formar um fundo para esses pagamentos e reunir os processos de execução para a não penhora de bens e rendas;

XV) Otimização dos Comitês Gestores das Redes de Urgência e Emergência;

XVI) Criação do Núcleo de Atendimento das Demandas Judiciais (NAJs) pela SES/MG;

XVII) Revisão dos contratos de prestação de serviços médicos hospitalares, com indução para proposta de orçamentação global 100% SUS;

XIX) Redução da judicialização das demandas;

XX) Acesso ao banco de dados de regulação dos leitos assistenciais em todo o estado pelos Promotores de Justiça, por meio de login e senha, visando à atuação refletida nos casos concretos de solicitação de acesso aos serviços;

XXI) Fortalecimento da Atenção Básica a partir dos indicadores de saúde municipais, disponibilizados pelas Notas Técnicas (NT) e pela Sala de Situação de Saúde do Ministério da Saúde;

XXII) Reestruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) a partir da publicação da Política Estadual de Saúde Mental, com estratificação da rede em cada uma das regiões de saúde;

XXIII) Publicação de ato normativo pela Corregedoria-Geral do Ministério Público, para atuação priorizada coletiva dos órgãos de execução na tutela do direito à saúde;

XXIV) Criação da Câmara de Prevenção e Resolução de Conflitos, por ato conjunto do Estado de Minas Gerais e da Procuradoria-Geral de Justiça de Minas Gerais, presidida pelo Procurador-Geral de Justiça Adjunto Institucional, com participação obrigatória do CAO-Saúde, nos assuntos de maior relevância institucional;

XXV) Estratégia do cofinanciamento tripartite da Retaguarda Hospitalar de Urgência e Emergência, referência regional, com indução para o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, pelo custo real do serviço SUS, na proporção de 50% (Ministério da Saúde), 25% (Secretaria de Estado de Saúde) e 25% (conjunto de municípios da região), por meio do Termo de Cooperação Técnica e Financeira entre Entes Públicos (art. 30, inciso VI, e 241 da Constituição Federal), com participação de todos os Promotores de Justiça de Defesa da Saúde como intervenientes;

XXVI) Regulamentação do “vaga zero” pelo Sistema de Saúde, evitando-se as tensões entre os órgãos;

XXVII) Indução para operacionalização do complexo regulador único, integrado pela Rede-SAMU e pelas Centrais de Regulação Assistencial de Urgência e Emergência;

XXVIII) Regulamentação da “compra privada” de leitos hospitalares, na forma do Direito Administrativo Constitucional;

XXIX) Criação da Sala de Situação Municipal (portal eletrônico), pela SES-MG, com indicadores assistenciais e financeiros atualizados;

XXX) Fortalecimento da gestão associada, por meio dos consórcios de saúde, com indução para migração dos consórcios administrativos para públicos;

XXXI) Termo de Cooperação Técnica (TCT), celebrado pelo MPMG, pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, tendo como objeto o Curso de Especialização em Direito Sanitário, atualmente na 7ª edição, permitindo-se a capacitação, por meio da participação não onerosa de membros e de servidores do Ministério Público com atuação no direito à saúde;

XXXII) Estratégia de atuação, coordenada e operacional, dos membros do Ministério Público no combate ao *Aedes aegypti*, erigida à condição de Plano Geral de Atuação 2016-2017;

XXXIII) Articulação institucional com a Agência Nacional de Transporte Terrestre (ANTT), visando à participação das empresas concessionárias de rodovias federais no cofinanciamento da Retaguarda Hospitalar de Urgência e Emergência;

XXXIV) Articulação institucional com a Secretaria de Estado de Transporte e Obras Públicas de Minas Gerais, visando à participação das empresas concessionárias de rodovias estaduais no cofinanciamento da Retaguarda Hospitalar de Urgência e Emergência, bem como à inclusão dessas condicionalidades nos futuros editais de concessão;

XXXV) Criação da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, com participação do CAO-Saúde na sua

composição, visando à incorporação, exclusão e alteração dos medicamentos no âmbito do SUS/MG;

XXXVI) Criação do Núcleo de Apoio Técnico em Saúde (NATPRE), como estratégia de qualificação da atuação do Ministério Público, antecedente à judicialização, em que o conjunto dos municípios da comarca oferecem uma estrutura mínima, composta por um profissional médico e um farmacêutico. A estratégia, celebrada por Termo de Cooperação Técnica (TCT) com a Procuradoria-Geral de Justiça, com o CAO-Saúde e com a Promotoria de Justiça interessada, é instituída por decreto pelo prefeito municipal, acompanhada do termo obrigatório de “Inexistência de Conflito Ético” pelos profissionais de saúde da rede pública de Saúde, que serão disponibilizados para esse encargo. Cria-se a Rede NATPRE e o e-NATPRE, com indução de capacitação de seus profissionais pelo Telessaúde do Ministério da Saúde;

XXXVII) Criação das Coordenadorias Regionais de Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CRDS), em cada uma das 13 Regiões de Saúde Ampliadas, com funções e atribuições regulamentadas;

XXXVIII) Atualmente encontra-se em construção a estratégia do blitz da Saúde, que visa à celebração de Cooperação Técnica e Financeira dos consórcios públicos de saúde, em cada uma das regiões de saúde, visando, por meio de contrato de rateio, a disponibilizar às Coordenadorias Regionais de Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CRDS) estrutura mínima de veículo caracterizado, motorista e profissional médico auditor, para efetiva fiscalização, por meio de formulários eletrônicos, previamente elaborados, dos desvios ou iniquidades financeiras de saúde, inicialmente no nível hospitalar privado, contratado com o Sistema Único de Saúde (SUS), recebedores de recursos públicos de saúde, a qualquer título, dos fundos de saúde (federal, estadual e municipal).

11. Considerações finais

A Mediação Sanitária é uma estratégia que gera valor tanto para a sociedade, quanto para o sistema de saúde e judicial. Essa conclusão decorre dos muitos produtos de transformação da realidade social, resultantes das 116 reuniões de mediação sanitária já realizadas pelo MPMG/CAO-Saúde, desde sua criação, em 2012. Possui um fértil campo jurídico-sanitário para a atuação resolutiva, refletida, coordenada, solidária, operacional e sistêmica do Ministério Público, sobretudo pelos graves desafios na operacionalização prática do direito à saúde, concebido como um Sistema Único de Saúde de corresponsabilidades, guindado ao status de relevância pública constitucional. As diversidades regionais, a universalidade do acesso igualitário, a integralidade do atendimento e a participação qualificada da sociedade reforçam a instituição dessa estratégia democrática, diminuindo, como afirma Paulo Freire, “a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma, que num dado momento, a tua fala seja a tua prática”.

