



## Atuação resolutiva do Ministério Público na efetivação da assistência integral sanitária: acesso a tratamentos eletivos

*The Decisive Role of the Public Prosecutor's Office in Implementing Comprehensive Health Care: Access to Elective Treatments*

Mariana Cantelmo<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0009-0005-4374-2287>

Marcelo Paulo Maggio<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-5284-5417>

<sup>1</sup>Fundação Escola do Ministério Público do Estado do Paraná (FEMPAR). Curitiba/PR, Brasil.

### Correspondência:

Mariana Cantelmo  
marianacantelmo21@gmail.com

Recebido: 09/05/2024.

Aprovado: 31/07/2024.

### Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

### Contribuição dos autores:

Os autores são responsáveis por todo o desenvolvimento do artigo.

### Copyright:

Esta licença permite compartilhar — copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato; adaptar — remixar, transformar, e criar a partir do material para qualquer fim, mesmo que comercial.



### RESUMO

Este artigo teve como propósito analisar, por meio de revisão bibliográfica, como a atuação extrajudicial do Ministério Público contribui para a efetivação da assistência integral à saúde, em tempo razoável, dos pacientes que se encontram em filas de espera para tratamentos eletivos. Utilizando o método dedutivo, o trabalho focou no estudo doutrinário e normativo acerca do Direito Sanitário, diferenciando os níveis de complexidade de tratamentos adotados no Sistema Único de Saúde, bem como, os critérios de classificação de riscos de urgência, emergência e eletividade. Partindo dessa distinção, o estudo mostra que os pacientes eletivos são relativizados em detrimento dos casos urgentes e emergentes, pois são encaminhados a uma fila única de espera, onde aguardam o agendamento de consultas especializadas, cirurgias e exames laboratoriais, sem uma previsão de atendimento. Em razão do lapso temporal, a saúde dos pacientes deteriora-se, o que pode acarretar consequências irreversíveis às suas vidas, contrariando o dever estatal de garantia do direito fundamental. Para tanto, os usuários do sistema buscam o Ministério Público, ente legitimado para atuar em juízo (viés demandista) ou fora dele (viés resolutivo), para coibir o poder público a executar os serviços de saúde. Foi possível concluir que há preferência pela utilização de atos resolutivos, como inquéritos civis, audiências públicas, termos de ajustamento de conduta e conselhos de saúde, para a mediação dos conflitos envolvendo as demandas apresentadas. Concluiu-se ainda que, por meios extrajudiciais, o Ministério Público pode atuar como mediador e auxiliar na criação de estratégias para a efetivação do direito à saúde, em tempo hábil para a recuperação dos pacientes.

**Palavras-chave:** Direito à Saúde; Direito Sanitário; Ministério Público; Tratamentos Eletivos.

### ABSTRACT

The purpose of this article was to analyze, through a literature review, how the extrajudicial action of the Public Prosecutor's Office contributes to the provision of comprehensive health care, within a reasonable timeframe, to patients who are on waiting lists for elective treatments. Using the deductive method, the work focused on the doctrinal and normative analysis of Health Law and differentiated the levels of complexity of treatments adopted in the Brazilian Public Health System, as well as the criteria for classifying urgent, emergency and elective cases. Based on this distinction, the study pointed out that elective patients are deprioritized compared to urgent and emergency cases, as they are sent to a single waiting list, where they await the scheduling of specialized consultations, surgeries and laboratory tests, without an expected service date. Due to the time lapse, patients' health deteriorates, which can have irreversible consequences for their lives, contradicting the state's duty to guarantee fundamental rights. Thus, users of the system look to the Public Prosecutor's Office, an entity authorized to act in court (litigation approach) or outside of it (resolution approach), to restrain the public authorities from executing health services. It was possible to conclude that there is a preference for the use of resolute acts, such as civil inquiries, public hearings, conduct adjustment agreements and health guidance, to mediate conflicts involving the demands presented. Furthermore, through extrajudicial means, the Public Prosecutor's Office can act as a mediator and assist in the creation of strategies for the implementation of the right to health, in time for the recovery of patients.

**Keywords:** Right to Health; Health Law; Public Prosecutor's Office; Elective Treatments.

## Introdução

O direito à saúde é consagrado como um direito fundamental, de cunho social, nos artigos 6º e 196 da Constituição Federal de 1988 (CF/88) (Brasil, 1988). O aspecto social deste direito significa que o Estado (*lato sensu*) possui o dever de garantir, por meio de políticas públicas positivas, o acesso à saúde a todo o cidadão brasileiro, independentemente de contribuição financeira e de discriminação.

Ocorre que nem sempre a realidade foi essa. O reconhecimento do direito ao acesso universal à saúde é fruto de mudanças históricas, comunitárias e políticas. Os esforços conjuntos da população, que se manifestou por meio de conselhos e conferências de saúde, culminaram no movimento da Reforma Sanitária e na promulgação da atual Constituição Federal (Paim, 2008).

A partir de então, o direito da população ao acesso universal à saúde foi reconhecido pela legislação nacional, que colocou em prática os princípios e diretrizes discutidos na VIII Conferência Nacional da Saúde e criou o Sistema Único de Saúde (SUS) como principal política pública sanitária (Cunha, 2017). Previsto no artigo 198 da CF/88 e na Lei n. 8.080/1990, tem como principal objetivo prestar assistência por meio de ações que promovam, protejam e recuperem a saúde (Brasil, 1990).

Para tanto, as características da descentralização, da integralidade do atendimento e da participação da comunidade foram instituídas como essenciais à origem e funcionamento do sistema sanitário brasileiro. A fim de promover eficácia à assistência demandada, criou-se critérios para dividir os níveis de complexidade e classificar a prioridade no atendimento, como forma de organização.

Desta feita, as ações e serviços são prestados pelo SUS levando em consideração a profundidade do caso, sendo que o paciente pode ingressar no nível básico, médio ou de alta complexidade. Ainda, uma subdivisão é realizada no momento do primeiro contato do usuário com os profissionais da saúde, denominada classificação de riscos (Pereira; Ferreira, 2020).

Esse outro critério considera a urgência, emergência ou eletividade da situação apresentada. Este trabalho discorre sobre a diferenciação destas classes, dando enfoque aos encaminhamentos realizados aos pacientes agrupados como eletivos. Explica-se que os tratamentos considerados eletivos – que podem aguardar para a concretização, em vista da ausência de situação de emergência ou urgência – acabam sendo preteridos em relação aos demais. Os pacientes são incluídos em uma fila de espera, muitas vezes sem previsão de atendimento para as consultas, encaminhamentos especializados e tratamentos cirúrgicos.

Embora não sejam consideradas situações de risco, muitas doenças classificadas como eletivas são degenerativas e resultam em sequelas irreversíveis à saúde do paciente. O fator temporal acaba sendo extremamente relevante à cura ou, pelo menos, ao controle das mazelas e o Ministério Público tem papel fundamental no amparo da população que possui o direito à saúde ameaçado ou lesado, conforme preconizam os artigos 127, e 129, inciso II, da CF/88 (Brasil, 1988).

Dessa forma, tendo em vista que a saúde é um direito social indisponível, o Ministério Público passou a atuar em prol da salvaguarda das políticas públicas sanitárias em favor dos cidadãos que, de alguma maneira, sofrem com a ausência da assistência sanitária em tempo razoável. A instituição ministerial contribui, portanto, para a busca da equidade no alcance à saúde (Globekner, 2015).

Torna-se extremamente relevante a discussão acerca de como o Ministério Público pode contribuir, extrajudicialmente, para a efetivação do direito à saúde em tempo razoável ao cidadão, visando a evitar os efeitos negativos advindos das longas filas de espera para os tratamentos eletivos e buscando esquivar-se da judicialização.

Para tanto, este artigo utilizou o método dedutivo, baseado na construção doutrinária e normativa, mediante a realização de uma pesquisa bibliográfica de livros, artigos científicos e dados coletados em pesquisas publicadas, acerca do direito sanitário e dos pacientes em condições eletivas de saúde.

Objetivando explicar como a atuação resolutiva do Ministério Público pode contribuir para a diminuição das filas de espera para consultas especializadas, exames clínicos e cirurgias eletivas, este trabalho explana acerca do funcionamento da rede de atenção à saúde do sistema sanitário brasileiro, diferenciando os níveis de complexidade da organização e discorrendo sobre a classificação de riscos, distinguindo a urgência, emergência e a eletividade.

Outrossim, aponta quais as causas e conseqüências decorrentes da demora no atendimento eletivo no sistema público sanitário, destacando a busca pela intervenção judicial. Em continuidade, esclarece a legitimidade do Ministério Público em atuar na defesa do direito à saúde e discrimina o meio demandista do resolutivo.

Por fim, especifica quais são as formas de atuação ministerial extrajudicial e como podem contribuir para que os pacientes eletivos aguardem pela concretização do seu direito à saúde, por um tempo aceitável, nas filas de espera, a fim de que não sofram as conseqüências da desorganização e da ausência de planejamento adequado do poder público estatal.

## **I A diferenciação de complexidade de tratamentos no SUS: urgência, emergência e eletividade**

Primeiramente, é imprescindível explanar acerca do funcionamento da rede de atenção à saúde do sistema sanitário brasileiro que, visando atender à demanda e cumprir o caráter descentralizador, foi subdividida em três níveis de complexidade: básico, intermediário e alto. A Portaria n. 4.279/2010 do Ministério da Saúde organizou a rede, estruturando-a em centros de comunicação, pontos de atenção secundários e terciários e sistemas de apoio, logística e governança (MS, 2010).

Os centros de comunicação, também denominados de atenção básica, buscam atender aos casos de baixa complexidade. São de suma importância, pois possibilitam o primeiro contato dos indivíduos com o sistema de saúde, por meio de uma unidade básica de saúde (UBS) ou de uma unidade de pronto atendimento (UPA) (Araújo; Araujo; Araujo, 2020).

Entretanto, como não são suficientes para atender às necessidades da comunidade, também existem os pontos secundários e terciários, que efetivam ações ambulatoriais e hospitalares, de forma especializada nos níveis de média e alta complexidade (MS, 2010).

Em consonância com o guia de informações emitido pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde, a média complexidade diz respeito a serviços especializados prestados nos hospitais e ambulatorios, por exemplo, em áreas de pediatria e oncologia, entre outras especialidades (Vasconcelos, 2023).

Em contrapartida, na alta complexidade, as situações são as mais graves ou as consideradas incomuns, de tal forma que demandam uma tecnologia mais desenvolvida. Para tanto, os serviços são prestados em hospitais de grande porte, que possuam leitos de UTI e nas Santas Casas. Por fim, os centros de apoio, logística e governança constituem as assistências farmacêuticas, o sistema de referência e contrarreferência de pessoas e produtos e a gestão da rede sanitária (MS, 2010).

Dessa forma, pode ser concluído que:

Na organização dos serviços de saúde o acesso poderá se concretizar a partir de uma porta de entrada que teoricamente seria a Atenção Básica, e caso não encontre a resposta desejada ao seu problema nesse nível de atenção, o usuário 'caminharia' pela média e pela alta complexidade buscando resolvê-lo (Araújo; Araujo; Araujo, 2020, p. 70).

Em cada nível de complexidade também há uma subdivisão interna que objetiva ordenar a assistência médica, denominada classificação de riscos. Conceituada no artigo 5º, inciso V, da Portaria n. 3.390/2013 do Ministério da Saúde, tem como escopo a priorização do suporte em consonância com a necessidade do paciente e não com a ordem de chegada (MS, 2013).

Com essa diferenciação, é identificado se o paciente demanda atendimento imediato ou se poderá aguardar, evitando a desassistência dos casos urgentes e emergentes. Também possibilita o encaminhamento ao serviço das médias e altas complexidades, nos casos em que for identificada necessidade de acompanhamento especializado.

Explica-se que:

A rede é constituída pelo hospital, unidade básica de saúde, unidades de atenção intermediária, centro de enfermagem, atenção domiciliar, hospital/dia, ambulatórios especializados, governança, sistema de logística e sistema de apoio operacional. Em qualquer um desses lugares da rede será realizada na Classificação de Risco, e a após essa classificação, será visto a necessidade ou não do encaminhamento para o Hospital ou outro nível de atendimento (Pereira; Ferreira, 2020, p. 4).

Visando a consolidar a organização da estrutura desse atendimento e a averiguação da possibilidade de espera e encaminhamento dos pacientes, o sistema sanitário adotou o conceito criado na Resolução n. 1.451/1995, do Conselho Federal de Medicina (CFM) que, no artigo 1º, parágrafos primeiro e segundo, descreve as situações de urgência e emergência, que deverão ter prioridade de suporte sobre os casos considerados eletivos.

Veja-se:

Artigo 1º – Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado.

Parágrafo Primeiro – Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Parágrafo Segundo – Define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato (CFM, 1995).

Em conformidade com a descrição legislativa, as situações emergentes são aquelas nas quais o paciente corre risco de vida, demandando um atendimento imediato. Urgentes são os casos que, embora não apresentem risco de vida ao paciente, poderão evoluir para um quadro clínico fatal.

Em contrapartida, a classificação dos quadros eletivos pode ser encontrada no artigo 2º, inciso III, alínea "a" da Resolução n. 34/2017 do Ministério da Saúde, que os define como passíveis de atendimento, mediante agendamento prévio, visto que não apresentam riscos de vida imediato ou posterior (MS, 2017a).

Desta feita, conclui-se que os pacientes serão atendidos em conformidade com a ordem de prioridade, ou seja, segundo a gravidade do quadro clínico. Essa organização foi elaborada visando à promoção dos princípios e diretrizes básicas do SUS, a fim de atender, ao máximo, à demanda populacional.

Segundo explicam Kely Pereira e Wellington Ferreira (2020, p. 1):

A classificação de riscos é um instrumento que procura não apenas humanizar o atendimento, mas sim acelerar o processo, organizar a instituição e oferecer um atendimento adequado frente a situação exposta pelos clientes que estão buscando os serviços.

De fato, é inegável que o método da classificação de riscos em substituição da ordem de chegada contribuiu para o avanço da organização e para a celeridade da assistência dos casos urgentes e emergentes. No entanto, a efetividade das demandas eletivas passa por dificuldades, em razão da alta procura social e da demora do suporte clínico hospitalar.

De acordo com o que vimos anteriormente, um paciente ingressa no nível básico de assistência do SUS, onde passará pela triagem de risco. Quando catalogado em uma situação eletiva, que necessita de acompanhamento médico ambulatorial, será encaminhado à consulta especializada (nível médio de complexidade). Posteriormente, ainda poderão ser direcionados a tratamentos domiciliares ou cirurgias, a depender do caso.

O maior dilema encontra-se no fato de que todos esses encaminhamentos seguem uma fila que, diferentemente do sistema de classificação de riscos, é organizada pela ordem de chegada dos pacientes. Essa contradição do sistema causa inúmeros problemas, tendo em vista que, embora eletivas, muitas doenças causam consequências irreversíveis à vida do paciente, que aguarda sem o tratamento adequado.

Reconhecendo as dificuldades enfrentadas, o Ministério da Saúde publicou a Portaria n. 1.294/2017, que cria uma estratégia de ampliação do acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos (MS, 2017b). Entretanto, apesar do progresso, o referido documento ainda menciona a necessidade de agendar e concretizar os procedimentos segundo uma fila única estadual, mediante ordem de ingresso e, excessivamente, alguns casos clínicos seriam priorizados.

Ocorre que, independentemente da gravidade, a busca pelo acesso ao atendimento público sanitário aumentou significativamente, em decorrência da democratização do acesso ao atendimento público sanitário. Outrossim, a maneira de organizar a rede de assistência e outros aspectos influenciam para a ausência do atendimento célere aos tratamentos eletivos.

Esses fatos acarretam consequências fáticas, como a preterição dos casos eletivos diante da urgência e emergência, além de agravos na saúde dos usuários do sistema sanitário brasileiro, conforme expõe-se a seguir.

## **II Consequências decorrentes da demora no atendimento eletivo**

Embora a criação do sistema único seja um inquestionável avanço na promoção da saúde aos cidadãos, também é inegável que ainda enfrenta diversos obstáculos para sua efetivação prática, em conformidade com os princípios e diretrizes da universalidade de atendimento e da cobertura integral (Oliveira; Andrade; Milagres, 2015).

Em consonância com o exposto, há uma diferenciação na assistência prestada aos usuários, dependendo da gravidade do seu quadro clínico e da classificação de riscos. Em que pese o regramento tenha beneficiado alguns, não atende, suficientemente, à demanda de outros, causando dificuldades na execução da política pública proposta.

Nesse sentido:

O estudo do direito à saúde no Brasil leva a concluir que os problemas de eficácia social desse direito fundamental devem-se muito mais a questões ligadas à implementação e manutenção das políticas públicas de saúde já existentes – o que implica também a composição dos orçamentos dos entes da Federação – do que à falta de legislação específica. Em outros termos, o problema não é de inexistência, mas de execução (administrativa) das políticas públicas pelos entes federados (Mendes, 2018, p. 1.059).

De acordo com o resultado do Sistema de Indicadores de Percepção Social do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), elaborado no ano de 2011, os entrevistados apontaram a falta de médicos e problemas relativos ao tempo de espera para conseguir acesso a determinados serviços, como os maiores problemas do SUS (Schiavinatto, 2011).

Em consonância com os resultados do estudo, 58,1% das respostas apontaram para a deficiência de profissionais médicos, enquanto 35,4% indicaram a demora do atendimento em postos de saúde e hospitais e 33,8% citaram a morosidade em obter uma consulta com especialista (Schiavinatto, 2011).

Foi possível concluir ainda que a preocupação com a falta de médicos está diretamente relacionada ao tempo de espera, visto que este poderia ser consideravelmente diminuído se houvesse maior número de profissionais qualificados e disponíveis ao atendimento. Dessa forma, a demora da assistência ao paciente é uma grande dificuldade enfrentada pelo sistema sanitário brasileiro (Schiavinatto, 2011).

De acordo com a explicação de Bruna Barbosa e Mayara Jorge (2022), os fatores determinantes para o aumento das listas e tempos de espera estão relacionados:

[...] à oferta assistencial, como capacidade instalada (leitos hospitalares e salas de centro cirúrgico), tecnologia disponível, recursos humanos (cirurgião e equipe capacitada) e orçamentários e formas de pagamento, quanto à aspectos relacionados à demanda, como fila com entrada única, adiamento por medo da cirurgia e qualificação/estratégias de priorização (tempo julgado adequado segundo a demanda, gravidade e tipo de problema) (Barbosa; Jorge, 2022, p. 12).

Assim, mais uma vez, no que diz respeito ao aumento da demanda populacional pela busca de assistência sanitária, a fila única e a estratégia de priorização de atendimentos, em conformidade com a classificação de riscos, são apontadas como causas agravantes à longa espera dos pacientes.

Explica-se que, embora as normas objetivem o atendimento integral e célere, “o mau gerenciamento público na organização das filas de espera, o qual carece de transparência sobre seu funcionamento, hierarquia na classificação de risco, quantidade de pacientes inscritos e o tempo até a cirurgia” (Barbosa; Jorge, 2022, p. 12) são dilemas enfrentados pelo poder executivo, o que dificulta a eficiência do direito sanitário dos usuários.

A ausência de eficiência é, ao lado do subfinanciamento e da injustiça de acesso, apontada pela doutrina, como o segundo grande desafio a ser enfrentado para o fortalecimento do SUS e da correção das políticas públicas de saúde e decorre de uma gama de fatores: ausência de controle adequado, falta de sistema informatizado para análise de dados, o de tipo de sistema de pagamento, falta de transparência, baixo apoio populacional ao desenvolvimento do SUS, são fatores que somados contribuem para a formação de filas de espera, e para um dos problemas mais graves de nossa sociedade: a ausência de acesso de boa parte da população aos serviços de saúde. Tais fatores demandam

correção, seja no âmbito macrosocial seja no âmbito microssocial ou ainda nos processos adotados para atingir os fins colimados (Sousa, 2020, p. 46).

Como outrora exposto, os casos residuais, não considerados emergentes ou urgentes, são classificados como eletivos e, portanto, avaliados como passíveis de aguardar o atendimento. Explica-se, no estudo do IPEA, que “em relação aos serviços de urgência e emergência, cabe lembrar que não há marcação de consultas. Ou seja, nesse caso, não existe a dimensão de tempo de espera entre marcação e realização da consulta” (Schiavinatto, 2011, p. 89).

Logo, os pacientes encaminhados para tratamentos eletivos representam a parcela considerável da população que mais aguarda em filas, tendo em vista que são preteridos em razão da ausência do caráter de emergência ou urgência. Alguns procedimentos, quando não efetuados em determinado período, podem ocasionar consequências gravíssimas e irreversíveis à saúde de alguns enfermos, como os que possuem doenças degenerativas.

Os problemas nos atendimentos eletivos estão relacionados à excessiva demora e às consequências para a vida do paciente. Nessas situações em que o serviço é ofertado pelo SUS, mas em quantidade muito inferior à demanda, essa deficiência conduz a “filas” longas e muitas vezes o usuário não recebe qualquer perspectiva de atendimento. Isso notadamente ocorre com consultas, exames e cirurgias. Essa demora no atendimento muitas vezes impõe aos pacientes enormes consequências, como meses ou anos de sofrimento, dor, dúvidas, incapacidade laboral, dificuldades de locomoção, uso excessivo de analgésicos, entre outras decorrentes da excessiva espera por atendimento (Freitas Filho; Sant’Ana, 2016, p. 77).

Explica-se que as consequências podem ser desfavoráveis tanto ao paciente e sua família, como ao profissional, ao hospital e ao sistema de saúde, atingindo a sociedade como um todo. Ao paciente, a espera poderá causar agravamentos de saúde e até levá-lo à morte, além de causar uma grande angústia, pois não sabe quando receberá o atendimento (Bittencourt *et al.*, 2020).

De mesmo modo, o lapso temporal desde o agendamento até a efetivação da consulta especializada e/ou do procedimento cirúrgico, poderá alterar o desfecho clínico do paciente. Com a ampliação da doença, o tratamento será mais complexo e afetará diretamente no trabalho do profissional e no custo ao hospital (Bittencourt *et al.*, 2020).

Outrossim, “o tempo e a fila funcionam para boa parte dos usuários do SUS como barreiras de acesso, isso porque para um cidadão que não consegue acesso a uma consulta não há sequer indicação de tratamento” (Sousa, 2020, p. 44). Desta feita, não há como curar pacientes que sequer são diagnosticados, em razão da demora da fila ao atendimento médico especializado.

Embora não exista um consenso médico com relação ao tempo adequado de espera dos pacientes eletivos, o Enunciado n. 93, da III Jornada de Direito da Saúde, elaborada pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2019, p. 20), definiu que:

Nas demandas de usuários do Sistema Único de Saúde – SUS por acesso a ações e serviços de saúde eletivos previstos nas políticas públicas, considera-se excessiva a espera do paciente por tempo superior a 100 (cem) dias para consultas e exames, e de 180 (cento e oitenta) dias para cirurgias e tratamentos.

Entretanto, esses números não correspondem à prática nacional. Em uma pesquisa elaborada pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, que levantou

dados em três hospitais universitários, acerca da qualidade de vida e tempo de espera para cirurgias de colecistectomia (considerada eletiva, pois é relativa à retirada da vesícula biliar), foi possível constatar que: “o tempo de espera entre diagnóstico e cirurgia foi de 26 meses no hospital do Sul, 21,1 meses no Sudeste e 20,7 meses no Norte” (Custódio, 2023, s.p).

Dessa forma, é possível verificar que os períodos correspondem a cerca de 780 dias na região Sul, 630 dias na região Sudeste e 600 dias na região Norte, o que vai muito além dos 280 dias considerados como tempo limite pelo CNJ. É importante destacar que os dados são recentes, visto que a pesquisa foi realizada entre os anos de 2020 e 2022 (Custódio, 2023).

Em decorrência da ausência de efetividade da assistência pública e das inúmeras transgressões ao direito à saúde, os cidadãos que aguardam nas longas filas de espera começaram a buscar no Poder Judiciário a garantia desse direito fundamental. É o que se denomina judicialização da saúde, veja-se:

A judicialização funciona como verdadeira reclamação dos cidadãos pelo direito material não prestado, já que muitas vezes, percorrem menos barreiras de acesso aos órgãos do sistema de justiça do que para conseguirem reivindicar, no sistema de saúde, o atendimento de sua pretensão. Carece o SUS, portanto, de mecanismos para a resolução individual de demandas e para a reavaliação das solicitações, o que se reflete diretamente na judicialização da saúde (Sousa, 2020, p. 53).

Ressalta-se aqui o caráter social do direito à saúde, que deve ser garantido pelo Estado (*lato sensu*) com prestações positivas aos indivíduos. Quando isso não ocorre, os usuários do sistema sanitário rogam ao Poder Judiciário uma solução que coíba o poder público estatal a cumprir a normativa constitucional (Carvalho, 2022).

Gilmar Mendes (2018, p. 106) explica que o Poder Judiciário tem a função de “verificar se as políticas eleitas pelos órgãos competentes atendem aos ditames constitucionais do acesso universal e igualitário”. Assim, quando os cidadãos demandam a atuação judicial, deverá ocorrer a averiguação do motivo pelo qual a administração pública não está prestando a devida assistência, possibilitando a determinação de efetivação em tempo adequado.

Conclui-se, portanto, que o problema da delonga no atendimento dos tratamentos eletivos e suas consequências negativas, muitas vezes irreversíveis à saúde dos pacientes, acarretam a lesão do direito fundamental social na obstaculização do acesso universal à política pública sanitária e no aumento da judicialização.

Para além do viés judicial, as alternativas extrajudiciais podem auxiliar no controle da garantia do direito sanitário aos cidadãos, pela administração pública. O enfoque deste trabalho é justamente a aplicação dessas medidas pelo Ministério Público, considerando que a judicialização não se mostra a melhor opção, conforme será exposto em seguida.

### III A atuação demandista e resolutiva do Ministério Público

Algumas funções do Ministério Público foram elencadas nos artigos 127, *caput* e 129, inciso II da CF/88 (Brasil, 1988) e na Lei Orgânica n. 8.625/1993, sendo que o artigo 25, inciso IV dessa legislação menciona a promoção da ação civil pública e do inquérito civil como meios de tutelar e reparar os interesses individuais indisponíveis, dentre os quais está o direito à saúde dos cidadãos (Brasil, 1993).

Assim, a instituição pode e deve agir de maneira extrajudicial e judicial para garantir que as políticas públicas sanitárias sejam promovidas em tempo razoável à população.

Sendo que: “no primeiro caso, refere-se à apreciação das relações sociais e à mediação de conflitos e tensões sob enfoque jurídico. No segundo, refere-se à utilização da ação judicial como forma de exigir a efetividade do direito” (Oliveira; Andrade; Milagres, 2015, p. 148).

Essas duas formas de atuação do órgão ministerial também são denominadas demandista e resolutiva e correspondem, respectivamente, ao procedimento judicial e extrajudicial (Oliveira; Andrade; Milagres, 2015, p. 148). Caryna Moura de Oliveira Cavalcanti (2017) explica que o *Parquet* é uma instituição essencial à justiça, que, por meio do viés demandista, provoca o Poder Judiciário a agir em prol da efetivação da saúde aos cidadãos. Portanto, atua como um agente processual, ajuizando as ações civis públicas ou como fiscal da lei (*custus legis*), intervindo em determinados processos.

Como resultado da enorme fila de espera, as pessoas procuram o Ministério Público para ingressar no Judiciário e obter, de maneira mais célere, o atendimento dos tratamentos sanitários. Marcelo Paulo Maggio (2018, p. 183) explica que “a proteção do direito à saúde está sempre dentre as reivindicações mais submetidas à apreciação do Ministério Público”.

Conseqüentemente, a demanda judicial em busca da efetivação dos procedimentos de saúde aumenta, o que acarreta diversas conseqüências negativas. Podemos citar como exemplo o desequilíbrio de ordem financeira aos entes federativos que mantêm um planejamento de custeio do SUS (Oliveira; Andrade; Milagres, 2015, p. 155-156).

Ocorre que a atuação demandista, muitas vezes, não consegue auxiliar, de forma suficiente, na solução da morosidade do atendimento à saúde de que o paciente necessita. Isto porque um processo judicial também passa por etapas e atrasos no julgamento, contrariando o compromisso social de garantir a celeridade do acesso ao serviço público sanitário.

Com isso, chegou-se também à conclusão no sentido de que a demora no processo diminui ou aniquila com a satisfação do bem da vida, vez que o atraso excessivo na conclusão do feito afeta diretamente a efetividade do direito, não só por privar alguém “daquilo que é seu”, mas, também, pela angústia da própria espera. Fala-se, a propósito, em um “dano marginal”, como sendo aquele que sobrevém ao do descumprimento do dever jurídico pela parte faltosa e é causado ou agravado pela falta de zelo com o tempo de duração do processo (Zenkner, 2016, p. 209).

Embora algumas ações civis públicas promovam resultados muito positivos aos cidadãos que buscam assistência do Ministério Público, quando não há concessão judicial de pedido liminar, a efetividade do direito à saúde do paciente também fica à mercê da mora processual e dos conseqüentes agravos clínicos.

A judicialização inicia-se pelo clamor do povo pedindo por seus direitos ante a ineficácia do Estado, e vem resultando em uma enxurrada de ações individuais, que apesar de ser a concretização do acesso à justiça, tem trazido prejuízos a efetivação do direito à saúde. Pois considerando que a saúde é direito de toda a coletividade, se todos individualmente recorrerem ao Judiciário por meio de ações repetitivas, este ficará sobrecarregado e não conseguirá atuar de forma eficaz, tornando o provimento judicial moroso, oneroso e ineficaz (Silva; Santos; Zanotelli, 2020, p. 10).

Ademais, a judicialização fere o princípio da igualdade de atendimento quando uma decisão judicial implica a imediata concretização da prestação sanitária ao paciente, independente da fila de espera. Dessa forma, tem-se dado preferência à atuação extrajudicial para que sejam realizadas tentativas de efetivação do direito requisitado

pelo paciente, visando a evitar as decorrências da ausência de atendimento em tempo razoável e da judicialização (Oliveira; Andrade; Milagres, 2015, p. 149).

Marcelo Paulo Maggio (2018) explica que, anteriormente ao protocolo da demanda judicial, devem ser realizados alguns procedimentos administrativos, a fim de averiguar a situação fática e tentar solucionar o problema de maneira resolutiva. Somente quando não é possível, o membro do Ministério Público ingressa com um pedido perante o Judiciário, ou seja, é preferível que a atuação demandista seja a última opção.

O Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) tem um posicionamento favorável à atuação mediadora, o que pode ser observado na Resolução n. 118/2014, que incentiva a utilização da autocomposição como meio de solução dos litígios, visto que:

[...] a negociação, a mediação, a conciliação, as convenções processuais e as práticas restaurativas são instrumentos efetivos de pacificação social, resolução e prevenção de litígios, controvérsias e problemas e que a sua apropriada utilização em programas já implementados no Ministério Público têm reduzido a excessiva judicialização e têm levado os envolvidos à satisfação, à pacificação, a não reincidência e ao empoderamento (CNMP, 2014).

É possível observar que esses meios extrajudiciais estão diretamente relacionados com a autocomposição. Dessa forma, a atuação resolutiva pode ser utilizada pelo membro como forma de reduzir as filas de espera e auxiliar na resolução das demandas da população, em contrapartida com as dificuldades administrativas do sistema único, conforme será melhor exposto no próximo tópico.

#### **IV Atuação extrajudicial do Ministério Público voltada à efetividade dos tratamentos eletivos**

Seguindo a linha de raciocínio, a preferência institucional tem sido direcionada às práticas resolutivas das demandas de saúde, visto que possuem o condão de solucionar grande parte dos problemas de ineficácia das políticas públicas e de reduzir a excessiva judicialização.

Como meio extrajudicial de atuação investigatória, o artigo 27, parágrafo único, inciso IV da Lei n. 8.625/1993 menciona a promoção de audiências públicas e a emissão de relatórios e recomendações aos órgãos e entidades responsáveis pela omissão ou lesão ao bem jurídico tutelado (Brasil, 1993). Outrossim, o artigo 5º, parágrafo 6º da Lei n. 7.347/1985, dispõe a possibilidade de elaboração do termo de ajustamento de conduta às exigências legais (Brasil, 1985).

Desse modo, por meio dos inquéritos civis, das audiências públicas, dos relatórios, das recomendações, dos termos de ajustamento de conduta e da participação em conselhos e conferências de saúde, o Ministério Público atua como mediador dos conflitos e procura garantir o direito sanitário, sem que necessite se valer da seara judicial.

No âmbito civil, por exemplo, a Instituição Ministerial não deve ficar na dependência das decisões judiciais, mas sim privilegiar a solução direta dos problemas que envolvam os interesses sociais, coletivos e difusos. Os procedimentos administrativos e inquéritos civis devem ser instrumentos hábeis para esse objetivo. O *Parquet* precisa esgotar todas as possibilidades administrativas e políticas de resolução diante das questões que lhe são postas, tendo o Poder Judiciário como espaço excepcional de atuação, sempre no sentido de assegurar os valores democráticos e efetivar os direitos sociais, dentre eles o direito à saúde (Cavalcanti, 2017, p. 172).

Em consonância com o entendimento doutrinário:

A atuação extrajudicial do MP, calcada no diálogo e na construção de soluções compartilhadas, contribui para tornar horizontais as relações entre Estado e sociedade. Ao mesmo tempo, essa aproximação do MP da sociedade permite que sua atuação seja revestida de maior legitimidade social (Oliveira; Andrade; Milagres, 2015, p. 157).

Veja-se que, a partir de conselhos e conferências de saúde, o *Parquet* atua como um intermediador dos contratempos do sistema e das reclamações da comunidade (Pereira; Chai; Dias, 2019). A bandeira democrática da Reforma Sanitária e a consequente instituição da participação da comunidade como uma diretriz do sistema único, culminaram na criação destes meios de possibilitar a democracia participativa, com a intervenção direta da população na gestão local (Pereira; Chai; Loyola *et al.*, 2019).

Assim, os conselhos e conferências de saúde promovem o exercício da diretriz da participação da comunidade, porém, importa destacar suas principais diferenças práticas. As conferências de saúde são utilizadas para a apresentação de demandas sociais e para a definição de orientações destinadas às políticas de saúde, enquanto os conselhos visam à prática das estratégias adotadas e à fiscalização de sua implementação (Guizardi *et al.*, 2004).

Com relação às conferências, explica-se que são:

[...] espaço público de deliberação coletiva sobre as diretrizes que devem guiar a estruturação e condução do SUS, sendo que nelas o princípio da participação da comunidade assume explicitamente um caráter decisório acerca da configuração do sistema (Guizardi *et al.*, 2004, p. 16).

Michelle Sousa (2020, p. 53) leciona que “os conselhos de saúde possuem caráter permanente ao passo que as conferências possuem previsão para realização a cada 4 anos”. Ressalte-se que os cidadãos participam dos conselhos, formando um “ente representativo da comunidade e fiscalizador das atividades do Executivo” (Sousa, 2020, p. 54).

Marcelo Paulo Maggio (2018, p. 103) esclarece que o papel do Ministério Público é investigar e verificar se a lei que criou os conselhos e seus regimentos internos está sendo cumprida. Além do mais, averiguar se as reuniões ocorrem regularmente e se cumprem a função de criação de estratégias e execução das políticas públicas sanitárias, bem como, se as decisões estão sendo homologadas adequadamente.

Isto porque, em caso de descumprimento ou irregularidades encontradas, o *Parquet* pode:

[...] utilizar dos instrumentos colocados à sua disposição – procedimentos, recomendações, termos de ajustamento de conduta, ações judiciais -, para acabar com as impropriedades ou ilegalidade. Do mesmo modo, atuar para garantir aos conselheiros suas contínuas capacitações, a fim de que a argumentação e as deliberações resultantes possam ser externadas com maior igualdade e propriedade entre os segmentos que compõe. Ainda, influir para que a estrutura de pessoal e física colocada à disposição dos conselhos seja consentânea ao exigido para que desempenhem suas funções (Maggio, 2018, p. 103).

Outrossim, o Ministério Público poderá utilizar de sua estrutura e posição social para incentivar a participação democrática popular nos conselhos de saúde, “auxiliando-os em suas capacitações e atuando no sentido de restar-lhes assegurado o aparato necessário para que intervenham na fiscalização e no controle das políticas públicas” (Maggio, 2018, p. 136). Dessa forma, cumprirá com seu papel de defensor do regime democrático e garantirá o princípio norteador do sistema sanitário brasileiro, assim como, dará voz à população.

Além dos conselhos de saúde, como um exemplo de efetividade de formulação de estratégias para garantir a execução de políticas públicas sanitárias, podemos citar o CNJ, composto, inclusive, por membros do Ministério Público, que desenvolveu o Enunciado n. 93 na III Jornada de Direito da Saúde. Conforme exposto em tópico anterior, determina o tempo considerado excessivo para aguardar um procedimento eletivo cirúrgico ou uma consulta especializada, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Embora esse enunciado não seja adotado, na prática, pela administração pública, visto que muitos pacientes aguardam além do tempo estipulado como aceitável, ele trouxe como consequência uma orientação jurídica na tomada de decisões judiciais aos magistrados. Dessa forma, aumentou a ocorrência de decisões favoráveis à concessão do direito sanitário eletivo, visto que, além das condições clínicas, o tempo limite à espera também será considerado pelo jurista.

Nessa perspectiva, extrajudicialmente, o conselho cumpre seu papel de buscar meios de execução das políticas públicas e garantia do direito à saúde em tempo razoável, intervindo também no meio judicial. Inegável que os conselhos objetivam assegurar a igualdade de condições de acesso aos serviços de saúde e o desenvolvimento social, no que diz respeito à saúde (Matta, 2007).

Como garantidores da democracia, nas audiências públicas de saúde, elaboradas em conferências, ocorrem momentos em que é oportunizado aos cidadãos a explanação acerca do assunto, sendo que suas considerações serão importantes nas tomadas de decisões (Machado, 2014). No entanto, não são somente os usuários do sistema sanitário que participam das conferências:

O debate livre e participativo dos diversos setores envolvidos – médicos, gestores públicos, acadêmicos e usuários do Sistema Único de Saúde – permite que entendimentos diferentes, muitas vezes conflitantes, sejam defendidos e analisados no intuito de possibilitar reflexão conjunta sobre determinado tema, conferindo transparência e legitimidade. Essa prática, regulamentada pela Lei 8.625/93, é comumente adotada no âmbito do Ministério Público por intermédio da convocação constante da participação popular em audiências públicas sobre assuntos correlatos a sua atuação (Machado, 2014, p. 562).

Dessa forma, em consonância com a previsão legal interposta no artigo 27, inciso IV da Lei Orgânica do Ministério Público, este possui a função de convocar a participação popular (incluindo pacientes, profissionais médicos, juristas e estudiosos do assunto) para que componham uma audiência pública, visando dirimir acerca do problema sanitário encontrado. Que pode ser, inclusive, a demora no atendimento dos casos eletivos (Brasil, 1993).

Os resultados desses encontros podem surtir efeitos muito positivos, como já ocorreu com a VIII Conferência Nacional de Saúde, que instituiu os princípios e diretrizes para a criação do SUS. No mais, a atuação do Ministério Público poderá auxiliar no fomento das discussões acerca da necessidade de criação de portarias e resoluções que instituem estratégias para a ampliação de acesso aos procedimentos eletivos – como ocorreu com a Portaria n. 1.294/2017 do Ministério da Saúde (MS, 2017a).

Como consequência mais atual das diversas atuações extrajudiciais, por meio de conselhos e conferências de saúde, principalmente, objetivando o combate às filas de espera aos tratamentos eletivos, temos a Portaria n. 90/2023, do Ministério da Saúde, que instituiu o Programa Nacional de Redução de Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas (MS, 2023).

De acordo com Juliana Oliveira (2023), o programa é fruto de debates antigos e foi criado em uma reunião da Comissão Intergestores Tripartite (âmbito federal, estadual e

municipal). Assim, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde pactuaram a elaboração das estratégias que serão implementadas por meio da portaria supracitada.

O principal objetivo é a redução das filas de atendimentos classificados como eletivos. Para atingir este fim, foram elencados no artigo 2º os seguintes meios:

I – organizar e ampliar o acesso a cirurgias, exames e consultas na Atenção Especializada à Saúde, em especial àqueles com demanda reprimida identificada;

II – aprimorar a governança da Rede de Atenção à Saúde com centralidade na garantia do acesso, gestão por resultados e financiamento estável;

III – fomentar o monitoramento e a avaliação das ações e dos serviços de saúde, visando melhorar a qualidade da atenção especializada e ampliar o acesso à saúde;

IV – qualificar a contratualização com a rede complementar;

V – mudar modelo de gestão e regulação das filas para a atenção especializada (regulação do acesso), visando a adequar a oferta de ações e serviços de saúde de acordo com as necessidades de saúde, estratificação de risco e necessidades assistenciais; e

VI – fomentar a implementação de um novo modelo de custeio para a atenção ambulatorial especializada e para a realização de cirurgias eletivas (MS, 2023).

Assim, pode ser observado que a ampliação do acesso será promovida, principalmente, àqueles que estão aguardando por tempo considerado irrazoável. Ainda, que a mudança do modelo de gestão e regulação das filas de espera também está no planejamento, visto que, com relação aos casos eletivos, a fila única estatal não é suficiente para atender à demanda.

O fomento do monitoramento e a avaliação das ações e serviços de saúde também podem ser encontrados como objetivos, sendo que estes podem ser realizados via conselhos de saúde, conforme já explanado. No mais, além de contribuir com o incentivo à elaboração do programa, o *Parquet* terá papel fundamental ao cumprimento das metas elencadas na Portaria n. 90/2023, a fim de garantir a sua eficácia mediante fiscalização.

Por fim, outras formas extrajudiciais de o Ministério Público atuar em prol do direito sanitário são a promoção de inquéritos civis e de termos de ajustamento de condutas. Partindo de uma comunicação recebida, de que um usuário do SUS está com seus direitos ameaçados ou lesionados, em específico, se a pessoa corre risco de vida em razão da demora do atendimento eletivo, a instituição ministerial poderá instaurar inquérito civil visando apurar se de fato ocorre e por qual motivo.

Nesta perspectiva, a partir da manifestação de um cidadão, o membro do Ministério Público pode acompanhar uma apuração detalhada dos fatos por meios de inquérito civil. Após isso, caso seja confirmada a violação de direito individual ou coletivo, o membro da Instituição pode dirigir-se diretamente ao particular ou agente público responsável e lhe recomendar o cumprimento da medida correta no caso concreto ou com ele firmar acordo, objetivando adequar determinada conduta às prescrições legais (Cavalcanti, 2017, p. 170).

Após a conclusão do inquérito civil, há algumas possibilidades de atuação extrajudicial, como expedições de recomendações e elaboração de termos de ajustamento de

conduta, ou judicial, por meio do ingresso da ação civil pública. Entretanto, conforme reforçado na presente pesquisa, os meios resolutivos são preferíveis em relação à demanda judicial.

A atuação do MP voltada para o modelo resolutivo, com prestígio dos instrumentos de atuação extrajudicial, muito contribui para a efetividade do direito à saúde. Nesse contexto, o cumprimento das funções institucionais deve ser buscado diretamente – como regra, sem recurso à atuação em juízo. A afirmação do direito à saúde de forma mais legítima e coerente com a Constituição exige a construção de soluções compartilhadas e assentadas no diálogo entre todos os atores sociais envolvidos. Mesmo nesse cenário, a judicialização por vezes pode ser necessária, devendo ser resguardada, contudo, para os casos de insucesso no uso dos instrumentos de atuação extrajudicial (Oliveira; Andrade; Milagres, 2015, p. 157).

Institui-se, por meio de técnicas resolutivas, o agir proativo do Ministério Público, a fim de evitar que os fatos se tornem patológicos e conflituosos, de maneira irreversível. Ressalte-se ainda que, anteriormente à utilização da ação civil, a instituição ministerial possui diversos meios de auxiliar na solução das demandas eletivas, decorrentes da mora administrativa.

## Conclusão

Embora o método de classificação de riscos demonstre grande avanço ao SUS, ainda não é suficiente para atender à alta demanda populacional sobre os quadros de saúde considerados eletivos. Isto porque, após a triagem, o paciente eletivo é encaminhado a uma fila de espera para consulta com médico especialista, posteriormente a uma fila de espera para exames e, por fim, é encaminhado ao tratamento domiciliar ou enfrenta uma nova fila de espera para a efetivação de cirurgia.

Ressalte-se que essas filas de espera são denominadas de filas únicas estaduais e respeitam uma ordem de chegada dos pacientes. Segundo resultados obtidos pelo IPEA, em 2011, problemas relacionados ao tempo de espera para conseguir acesso a determinados serviços de saúde foram apontados como defeitos do SUS (Schiavinatto, 2011). Outrossim, tendo em vista que os casos emergentes e urgentes não demandam consultas, foi possível concluir que são os pacientes eletivos os maiores prejudicados na demora do atendimento público.

Como consequência, os cidadãos ficam meses e, muitas vezes, anos com sofrimento físico e psíquico, pois sequer possuem uma previsão de efetividade da assistência médica pretendida (Freitas Filho; Sant'Ana, 2016). Dessa maneira, constatou-se, neste trabalho, que o tempo indigno de espera é decorrente de inúmeros fatores, como a própria classificação de riscos, gestão de recursos e organização do sistema (Giamberardino Filho, 2017).

Considerando que essa situação demonstra o descumprimento do dever do poder estatal em garantir o direito fundamental à saúde do cidadão, o Ministério Público deve agir, judicialmente ou extrajudicialmente, para defender esse interesse individual indisponível e coibir a administração pública a executar a política pública sanitária, em tempo adequado e visando evitar as graves consequências à saúde do paciente, conforme a previsão constitucional.

Ainda, a Lei Orgânica do Ministério Público especifica a atuação judicial e extrajudicial, elencando, como função institucional, a promoção de ação civil pública, a instauração de inquérito civil, a elaboração de audiências públicas e a emissão de relatórios e recomendações. Portanto, está evidenciada na legislação nacional a atuação demandista (judicial) e resolutiva (extrajudicial) do *Parquet*.

Conforme pode ser observado neste artigo, o CNMP demonstra preferência pela utilização de medidas resolutivas, tendo em vista que a excessiva judicialização da saúde, muitas vezes, submete o cidadão à mora do Judiciário (CNMP, 2014).

Outrossim, o entendimento doutrinário é que a concessão judicial fere o princípio da igualdade de atendimento, ao passo que determina a imediata concretização do serviço de saúde, independentemente de haver outros pacientes aguardando (Oliveira; Andrade; Milagres, 2015).

Nessa perspectiva, conclui-se que o Ministério Público pode se valer do meio resolutivo para coletar dados e informações quanto à demora nas filas de espera e seus critérios utilizados (fila única estadual e classificação de riscos). De posse dessas informações, pode atuar como mediador nas audiências públicas, nos conselhos em que participa e expedir recomendações aos entes estatais e órgãos, a fim de planejarem, cooperativamente, formas de combater a insuficiência do atendimento e suas consequências à saúde populacional.

O Ministério Público, portanto, como defensor da ordem democrática e garantidor dos direitos fundamentais dos cidadãos, principalmente no que diz respeito à saúde e qualidade de vida – o que abarca diretamente a tutela de um tempo razoável de espera na fila única do sistema sanitário brasileiro –, deve promover ações mediadoras entre os cidadãos e o Estado (*lato sensu*), com a finalidade de buscar alternativas para a efetivação do direito sanitário, em tempo hábil à pronta recuperação dos pacientes.

É certo que a atuação extrajudicial também enfrenta inúmeros percalços, porém, é possível verificar que ainda é o meio mais indicado de resolução dos conflitos envolvendo saúde pública, pois evita as consequências decorrentes da judicialização, como a desestabilização financeira dos entes federativos e organizacional do SUS.

Na prática, quando algum paciente possui seu direito à saúde garantido mediante decisão judicial, está violando o acesso universal e igualitário, bem como pulando a ordem preferencial da fila única de espera. No entanto, quando não consegue a ordem judicial de imediato, passa pela mora processual e enfrenta a piora do seu quadro clínico de saúde, da mesma forma como se estivesse aguardando na fila de espera: sem saber quando terá sua condição clínica avaliada e corretamente tratada.

Assim, as ações resolutivas são fundamentais porque elas focam na origem do problema e não remediam a situação. Veja-se que, por meio de recomendações aos entes federativos de como organizar o sistema de atendimento dos casos eletivos em momentos de crise sanitária, auxiliando na composição e fiscalização dos conselhos de saúde e na participação do membro nas audiências públicas sanitárias, como intermediador do povo e do Estado (*lato sensu*), o Ministério Público pode contribuir muito com a evolução das políticas públicas sanitárias eletivas.

Por fim, importa destacar que, neste estudo, foi possível observar alguns exemplos da atuação resolutiva do Ministério Público, que incentiva a inserção comunitária nos debates acerca da saúde pública. Entre eles, aquele que originou o SUS: VIII Conferência Nacional de Saúde, onde foi realizada uma audiência pública, estratégia utilizada até hoje pela instituição ministerial.

O outro exemplo é o atual Programa Nacional de Redução de Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas, elaborado pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria n. 90/2023 (MS, 2023). É certo que, para sua efetivação, houve um planejamento prévio decorrente de pesquisas de dados, consultas populares e do reconhecimento do problema da demora na fila de espera, voltada aos pacientes eletivos, que são em grande número. Dessa forma, embora seja uma medida muito recente, é um dos avanços que podem ser relacionados ao SUS e às atuações extrajudiciais do Ministério Público, voltadas à promoção da democracia popular.

## Referências

- ARAÚJO, Mariana de Oliveira; ARAUJO, Maria Angela Alves do Nascimento; ARAUJO, Bianca de Oliveira. Dinâmica organizativa do acesso dos usuários aos serviços de saúde de média e alta complexidade. *Revista de APS, Juiz de Fora*, v. 22, n. 1, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15844/20754>. Acesso em: 19 nov. 2023.
- BARBOSA, Bruna Moreno; JORGE, Mayara Maranhão. *Análise da morbidade causada pela demora na realização da colecistectomia na litíase biliar: uma revisão bibliográfica*. 2022. Relatório Final de Pesquisa de Iniciação Científica (Pós-Graduação) – Centro Universitário de Brasília, Brasília, DF, 2022. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/pic/article/view/8919>. Acesso em: 24 nov. 2023.
- BITTENCOURT, Roberto José; ALONSO, Rebecca Alonso; RODRIGUES, Iago Barbosa; MACEDO, Everton; SILVA, Claudia Cardoso Gomes da; OLIVEIRA, Luciana Vieira Tavernard. Gestão de filas para cirurgias eletivas: overview de revisões sistemáticas. *Revista Brasília Médica*, Brasília, DF, v. 57, p. 30-42, 2020. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbm.org.br/pdf/v57a03.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2023. DOI: 10.5935/2236-5117.2020v57a03.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 24 ago. 2023.
- BRASIL. *Lei n. 7.347, de 24 de julho de 1985*. Disciplina a ação civil pública de responsabilidade por danos causados ao meio-ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico e da outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/17347orig.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17347orig.htm). Acesso em: 2 dez. 2023.
- BRASIL. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 24 ago. 2023.
- BRASIL. *Lei n. 8.625, de 12 de fevereiro de 1993*. Institui a Lei Orgânica Nacional do Ministério Público, dispõe sobre normas gerais para a organização do Ministério Público dos Estados e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18625.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.625%2C%20DE%2012%20DE%20FEVEREIRO%20DE%201993.&text=Institui%20a%20Lei%20Org%C3%A2nica%20Nacional,Estados%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAncias](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18625.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.625%2C%20DE%2012%20DE%20FEVEREIRO%20DE%201993.&text=Institui%20a%20Lei%20Org%C3%A2nica%20Nacional,Estados%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAncias). Acesso em: 2 dez. 2023.
- CARVALHO, Johann Robson de. *O ativismo judicial diante da judicialização da saúde: nascimento, risco e estabelecimento de critérios norteadores para o poder judiciário*. 2022. Monografia (Graduação em Direito) – Universidade do Sul de Santa Catarina, Braço do Norte, 2022. Disponível em: <https://repositorio-api.animaeducacao.com.br/server/api/core/bitstreams/b72f9cf2-d120-4d59-9bf6-c712561db179/content>. Acesso em: 26 nov. 2023.
- CAVALCANTI, Caryna Moura de Oliveira. *O Ministério Público e a defesa do direito fundamental à saúde no Brasil: implicações de sua atuação resolutiva e demandista*. 2017. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2017. Disponível em: [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/37358/1/ulfd136437\\_tese.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/37358/1/ulfd136437_tese.pdf). Acesso em: 2 dez. 2023.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. *Resolução n. 1.451, de 17 de março de 1995*. Disponível em: [https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1995/1451\\_1995.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1995/1451_1995.pdf). Acesso em: 24 ago. 2023.
- CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA – CNJ. *Enunciado n. 93, da III Jornada de Direito à Saúde do Conselho Nacional de Justiça*. Nas demandas de usuários do Sistema Único de Saúde – SUS por acesso a ações e serviços de saúde eletivos previstos nas políticas públicas, considera-se excessiva a espera do paciente por tempo superior a 100 (cem) dias para consultas e exames, e de 180 (cento e oitenta) dias para cirurgias e tratamentos. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/03/e8661c101b2d80ec95593d03dc1fd3e.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2023.
- CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO – CNMP. *Resolução n. 118, de 1º de dezembro de 2014*. Dispõe sobre a política nacional de incentivo à autocomposição no âmbito do Ministério Público e dá outras providências. Disponível em: <https://www.cnmp.mp.br/portal/images/Resolucoes/Resolucao-118-1.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2023.
- CUNHA, Jarbas Ricardo Almeida. O direito à saúde no Brasil: da redemocratização constitucional ao neoliberalismo de exceção dos tempos atuais. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, Brasília, DF, v. 6, n. 3, p. 65-89, 2017. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/395/470>. Acesso em: 30 ago. 2023. DOI: 10.17566/ciads.v6i3.395.
- CUSTÓDIO, Julia. Tempo elevado de espera para cirurgias reflete fragilidade no encaminhamento. *Jornal da USP*, São Paulo, 21 mar. 2023. Disponível em: <https://jornal.usp.br/ciencias/tempo-elevado-de-espera-para-cirurgias-simples-reflete-falta-de-diagnostico-especifico/>. Acesso em: 25 nov. 2023.

FERNANDES, Bernardo Gonçalves. *Curso de direito constitucional*. 12. ed. Salvador: JusPODIVUM, 2020.

FREITAS FILHO, Roberto; SANT'ANA, Ramiro Nóbrega. Direito fundamental à saúde no SUS e a demora no atendimento em cirurgias eletivas. *Revista Direito Público*, Porto Alegre, v. 12, n. 67, p. 70-102, 2016. Disponível em: <https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/direitopublico/article/view/2576/pdf>. Acesso em: 15 ago. 2023.

GIAMBERARDINO FILHO, Donizetti Dimer. O Sistema Único de Saúde e as filas de espera para cirurgias eletivas. *Arquivos do CRM-PR*, Curitiba, v. 34, n. 135, 2017. Disponível em: <https://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/arquivos/article/view/850>. Acesso em: 6 dez. 2023.

GLOBEKNER, Osmir Antonio. A tutela individual e coletiva do direito à saúde pelo Ministério Público. *Revista Jurídica ESMP-SP*, São Paulo, v. 8, p. 131-148, 2015. Disponível em: [https://es.mpsp.mp.br/revista\\_esmp/index.php/RJESMPSP/article/view/209](https://es.mpsp.mp.br/revista_esmp/index.php/RJESMPSP/article/view/209). Acesso em: 26 nov. 2023.

GUIZARDI, Francini Lube; PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo; SANTANA Ana Débora; MATTÁ, Gustavo da; GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 15-39, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/v14n1/v14n1a03.pdf>. Acesso em: 29 out. 2023.

MACHADO, Teresa Rabichez de Carvalho. Judicialização da saúde: analisando a audiência pública no Supremo Tribunal Federal. *Revista Bioética*, Brasília, DF, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/7kLmK9FNVPWGZkTkQrb7KC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 dez. 2023.

MAGGIO, Marcelo Paulo. *Tutela da saúde pública: novas perspectivas e a construtiva atuação do Ministério Público*. 2018. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-12042018-123251/publico/MarceloPauloMaggioORIGINAL.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2023.

MATTÁ, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. *Arca – Fiocruz*, Rio de Janeiro, p. 61-80, 2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/39223/?sequence=2>. Acesso em: 29 out. 2023.

MENDES, Gilmar Ferreira. *Curso de Direito Constitucional*. 13. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. *Portaria n. 90, de 3 de fevereiro de 2023*. Institui o Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=06/02/2023&jornal=515&pagina=53>. Acesso em: 3 dez. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. *Portaria n. 1.294, de 25 de maio de 2017*. Define, para o exercício do ano de 2017, a estratégia de ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [2017a]. Disponível em: [https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt1294\\_29\\_05\\_2017.html](https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt1294_29_05_2017.html).

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. *Portaria n. 3.390, de 30 de dezembro de 2013*. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHSOP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Disponível em: [https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html). Acesso em: 19 nov. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. *Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos\\_prt4279\\_30\\_12\\_2010.pdf](https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos_prt4279_30_12_2010.pdf). Acesso em: 19 nov. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. *Resolução n. 34, de dezembro de 2017*. Altera o modelo de informação do Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde (CMD). [2017b]. Disponível em: [https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0034\\_08\\_01\\_2018.html#:~:text=a%20Eletivo%20o%20C3%A9%20o%20atendimento,poss%C3%ADvel%20programar%20ou%20agendar%20previamente](https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0034_08_01_2018.html#:~:text=a%20Eletivo%20o%20C3%A9%20o%20atendimento,poss%C3%ADvel%20programar%20ou%20agendar%20previamente). Acesso em: 19 nov. 2023.

OLIVEIRA, Juliana. Ministério da Saúde aprova plano para a redução das filas de cirurgias e atendimentos especializados. *Ministério da Saúde*, Brasília, DF, 26 jan. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/janeiro/ministerio-da-saude-aprova-plano-para-reducao-de-filas-de-cirurgias-e-atendimentos-especializados>. Acesso em: 3 dez. 2023.

OLIVEIRA, Luciano Moreira de; ANDRADE, Eli Lola Gurgel; MILAGRES, Marcelo de. Ministério Público e políticas de saúde: implicações de sua atuação resolutiva e demandista. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 142-161, 2015. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/97332/96344>. Acesso em: 28 ago. 2023. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v15i3p142-161.

PAIM, Jairnilson Silva. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>. Acesso em: 29 out. 2023.

PEREIRA, Ilma de Paiva; CHAI, Cássius Guimarães; DIAS, Rosane da Silva; LOYOLA, Cristina Maria Douat; PACHECO, Marcos Antônio Barbosa. Ministério Público, Conselhos Municipais de Saúde e as práticas do diálogo interinstitucional. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 111-123, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/MLJn35rm6cNsShqnKJRG7F/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 30 ago. 2023. DOI: 10.1590/S0104-12902019180474.

PEREIRA, Ilma de Paiva; CHAI, Cássius Guimarães; LOYOLA, Cristina Maria Douat; FELIPE, Ilana Miriam Almeida; PACHECO, Marco Antonio Barbosa; DIAS, Rosane da Silva. O Ministério Público e o controle social no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1767-1776, 2019. Disponível em: <https://scielo.br/j/csc/a/rkMJkw7FqKzKD6bzsqNqpvg/?format=html#>. Acesso em: 3 dez. 2023. DOI: 10.1590/1413-81232018245.16552017.

PEREIRA, Kely Cristina; FERREIRA, Wellington Fernando da Silva. Classificação de riscos no atendimento de urgência e emergência: contribuição do enfermeiro. *Revista Jurídica Uniandrade*, Curitiba, v. 1, n. 31, 2020. Disponível em: <https://revistahom.uniandrade.br/index.php/juridica/article/view/1737/1174>. Acesso em: 15 nov. 2023.

SCHIAVINATTO, Fábio. *Sistema de Indicadores de Percepção Social (SISP)*. Brasília, DF: Ipea, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8925/1/SIPS%20sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2023.

SILVA, Thais Munnyk Rodrigues da; SANTOS, Douglas Willians da Silva dos; ZANOTELLI, Maurício. A efetividade do direito à saúde e a ação civil pública. *Revista Iurisprudencia*, Vale do Juruena, 2020. Disponível em: <https://www.revista.ajes.edu.br/index.php/iurisprudencia/article/view/448>. Acesso em: 2 dez. 2023.

SOUSA, Michelle Bitta Alencar de. *As filas de espera no SUS e a interface saúde justiça*. 2020. Dissertação (Mestrado em Direito Constitucional) – Instituto Brasiliense de Direito Público, Brasília, DF, 2020. Disponível em: <http://52.186.153.119/handle/123456789/2884>. Acesso em: 25 nov. 2011.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de. Informações para a gestão estadual do SUS 2023 – 2026. *Conselho Nacional de Secretários de Saúde*, Brasília, DF, 2023. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/>. Acesso em: 19 nov. 2023.

ZENKNER, Marcelo. Corregedoria e efetividade do Ministério Público: a necessidade de revisitar a atuação demandista. *Revista Jurídica Corregedoria Nacional*, Brasília, DF, v. 1, p. 203-216, 2016. Disponível em: <https://www.cnpm.mp.br/portal/images/Publicacoes/documentos/2016/revista-juridica-corregedoria-nacional.pdf#page=204>. Acesso em: 2 dez. 2023.