



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO – UFMA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO E INSTITUIÇÕES DO SISTEMA
DE JUSTIÇA/CCSO PPGDIR/CCSO
AGEUFMA - AGÊNCIA DE INOVAÇÃO, EMPREENDEDORISMO, PESQUISA, PÓS-
GRADUAÇÃO E INTERNACIONALIZAÇÃO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
DIREITO

JOSÉ ARISTÓBULO CALDAS FIQUENE BARBOSA

MEDIAÇÃO SANITÁRIA, EQUIDADE E EFICÁCIA: uma análise do Centro de
Mediação de Saúde Pública da Comarca da Ilha de São Luís/MA

JOSÉ ARISTÓBULO CALDAS FIQUENE BARBOSA

MEDIAÇÃO SANITÁRIA, EQUIDADE E EFICÁCIA: uma análise do Centro de
Mediação de Saúde Pública da Comarca da Ilha de São Luís/MA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito e Instituições do Sistema de Justiça da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direito e Instituições do Sistema de Justiça.

Orientadora: Professora Doutora Edith Maria
Barbosa Ramos

São Luís, MA

2026

JOSÉ ARISTÓBULO CALDAS FIQUENE BARBOSA

**MEDIAÇÃO SANITÁRIA, EQUIDADE E EFICÁCIA: uma análise do Centro de
Mediação de Saúde Pública da Comarca da Ilha de São Luís/MA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito e Instituições do Sistema de Justiça da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direito e Instituições do Sistema de Justiça.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. EDITH MARIA BARBOSA RAMOS (Orientadora)
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Profa. Dra. JAQUELINE PRAZERES DE SENA (Avaliadora Interna - UFMA)
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Prof. Dr. WENDELSON PEREIRA PESSOA (Avaliador Interno - UFMA) Universidade
Federal do Maranhão – UFMA

Prof. Dr. HUGO LEONARDO ABAS FRAZAO (Avaliador Externo – UEMA) Universidade
Estadual do Maranhão – UEMA

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Caldas Fiquene Barbosa, José Aristóbulo.

MEDIAÇÃO SANITÁRIA, EQUIDADE E EFICÁCIA : uma análise do Centro de Mediação de Saúde Pública da Comarca da Ilha de São Luís/MA / José Aristóbulo Caldas Fiquene Barbosa. - 2026.

201 p.

Orientador(a): Edith Maria Barbosa Ramos.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Direito e Instituições do Sistema de Justiça/ccso, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2026.

1. Mediação Sanitária. 2. Judicialização da Saúde. 3. Acesso À Justiça. 4. Equidade. 5. Eficácia. I. Barbosa Ramos, Edith Maria. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, aos Orixás e a todas as entidades de luz que, de forma profunda e constante, se fazem presentes em meu caminho. Foi na fé, na espiritualidade e na força invisível que sustenta os passos humanos que encontrei equilíbrio nos momentos de incerteza e coragem nos momentos de decisão. Reconheço que esta conquista não é fruto apenas de esforço individual, mas de uma caminhada guiada e iluminada por forças que transbordam o visível.

Aos que vieram antes de mim, registro minha profunda gratidão. Carrego comigo a herança de suas lutas, seus sacrifícios e suas conquistas. É sobre esse chão construído por tantas mãos que hoje posso avançar. À minha família, que sempre foi base, incentivo e direção, agradeço por terem plantado em mim o valor do estudo e por terem me conduzido ao universo da pesquisa. O apoio constante, a confiança inabalável e o amor presente em cada gesto foram determinantes para que eu seguisse adiante, mesmo diante das dificuldades.

Aos meus amigos mais próximos, agradeço por tornarem a jornada mais leve e significativa. Em cada conversa, em cada palavra de incentivo, em cada momento compartilhado, encontrei o combustível necessário para continuar. À minha noiva, de forma muito especial, expresso minha gratidão por fazer do meu mundo um lugar melhor. Sua presença, seu apoio e sua força transformam não apenas os dias, mas também a forma como enxergo o próprio sentido da caminhada.

É nesse ambiente de afeto, cuidado e suporte que encontro o verdadeiro “gás” para pesquisar, especialmente na área da saúde e da resolução de conflitos. A compreensão de que o direito deve servir à vida, e não o contrário, nasce dessas relações que me ensinaram o valor da empatia, do diálogo e da construção coletiva.

A busca por um mundo mais justo, pacífico e equilibrado não é apenas um ideal abstrato, mas uma necessidade concreta. Um mundo em que os cidadãos sejam verdadeiramente livres, livres no sentido proposto por Amartya Sen, em que a liberdade não se resume à ausência de restrições, mas se concretiza na existência de capacidades reais para agir, decidir e viver com dignidade. Somente quando a liberdade se converte em possibilidade efetiva é que se pode falar em democracia em sua forma mais plena.

Se hoje sustento essa visão, é porque fui formado por essas presenças. Cada pessoa aqui mencionada, de forma direta ou indireta, contribuiu para que eu compreendesse que a construção de um mundo mais justo passa, necessariamente, pela construção de relações mais humanas. Esta dissertação, portanto, não é apenas um trabalho acadêmico, é também reflexo de um percurso coletivo, feito de apoio, afeto e esperança.

RESUMO

A dissertação analisa a mediação sanitária como instrumento de desjudicialização da saúde, a partir do estudo do Centro de Mediação de Saúde Pública da Comarca da Ilha de São Luís/MA, no período de 2021 a 2024, inserindo-se na área de concentração Direito e Instituições do Sistema de Justiça e vinculando-se à linha de pesquisa Dinâmica e Efetividade das Instituições do Sistema de Justiça. Parte-se da problemática da crescente judicialização da saúde, fenômeno que revela tanto a busca pela concretização do direito fundamental à saúde quanto as fragilidades estruturais das políticas públicas e da gestão estatal, gerando sobrecarga do Poder Judiciário, distorções distributivas e impactos no planejamento orçamentário. O objetivo geral consiste em avaliar a eficácia do referido centro como mecanismo de desjudicialização, considerando sua capacidade de promover soluções equitativas e ampliar o acesso à justiça, tendo como objetivos específicos a análise da mediação como instrumento de acesso, a compreensão do funcionamento institucional do centro e a avaliação de seus resultados à luz da equidade. A pesquisa adota como marco teórico a abordagem das capacidades, articulada à teoria do acesso à justiça, enfatizando a superação de barreiras estruturais ao exercício de direitos. No plano metodológico, utiliza-se abordagem indutiva, com aplicação dos métodos sociojurídico-crítico e jurídico-diagnóstico, e emprego de técnica quantitativa, baseada no levantamento e na análise de dados institucionais referentes ao funcionamento do Centro de Mediação de Saúde Pública, especialmente indicadores de produtividade, resolutividade e volume financeiro dos acordos celebrados no período analisado. Os resultados evidenciam elevada taxa de resolutividade na esfera extrajudicial, indicando forte capacidade do modelo em prevenir a judicialização e solucionar conflitos antes da instauração do processo, ao mesmo tempo em que demonstram que as mediações realizadas no âmbito judicial concentram expressivo volume de recursos financeiros, revelando que o instrumento também atua de forma relevante na gestão econômica de demandas já judicializadas. Os dados indicam impacto positivo na redução da litigiosidade e na racionalização do tratamento das demandas de saúde, embora persistam limites estruturais relacionados à integração com políticas públicas e à sustentabilidade do modelo. Conclui-se que há espaço para melhora e aperfeiçoamento do modelo, mas apesar das limitações apontadas o Centro de Mediação de Saúde Pública constitui instrumento eficaz de desjudicialização e de ampliação do acesso à justiça em matéria sanitária, contribuindo para a eficácia do direito à saúde ao combinar alta resolutividade extrajudicial com capacidade de tratamento de demandas economicamente sensíveis no âmbito judicial.

PALAVRAS-CHAVE: mediação sanitária; judicialização da saúde; acesso à justiça; equidade; eficácia.

ABSTRACT

The dissertation analyzes health mediation as an instrument for the dejudicialization of healthcare, based on the study of the Public Health Mediation Center of the District of São Luís/MA, from 2021 to 2024, within the field of Law and Institutions of the Justice System, and linked to the research line on the Dynamics and Effectiveness of Justice System Institutions. It starts from the problem of the growing judicialization of healthcare, a phenomenon that reveals both the pursuit of the realization of the fundamental right to health and the structural weaknesses of public policies and state management, resulting in an overload of the Judiciary, distributive distortions, and impacts on budget planning. The general objective is to assess the effectiveness of the aforementioned center as a mechanism for dejudicialization, considering its capacity to promote equitable solutions and expand access to justice. The specific objectives include analyzing mediation as an access mechanism, understanding the institutional functioning of the center, and evaluating its results in light of equity. The research adopts the capability approach as its theoretical framework, articulated with access to justice theory, emphasizing the overcoming of structural barriers to the exercise of rights. Methodologically, it employs an inductive approach, applying socio-legal critical and legal-diagnostic methods, as well as a quantitative technique based on the collection and analysis of institutional data related to the operation of the Public Health Mediation Center, particularly indicators of productivity, resolution rates, and the financial volume of agreements reached during the analyzed period. The results show a high resolution rate in the extrajudicial sphere, indicating a strong capacity of the model to prevent judicialization and resolve conflicts before litigation arises, while also demonstrating that mediations conducted within the judicial sphere concentrate a significant volume of financial resources, revealing that the instrument also plays a relevant role in the economic management of already judicialized demands. The data indicate a positive impact on reducing litigation and rationalizing the handling of healthcare demands, although structural limitations remain, particularly regarding integration with public policies and the sustainability of the model. It is concluded that there is room for improvement and refinement of the model; however, despite the identified limitations, the Public Health Mediation Center constitutes an effective instrument for dejudicialization and for expanding access to justice in healthcare matters, contributing to the efficacy of the right to health by combining high extrajudicial resolution rates with the capacity to handle economically sensitive disputes within the judicial sphere.

KEYWORDS: health mediation; judicialization of healthcare; access to justice; equity; effectiveness.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 - Ilustração conceitual das determinantes sociais da saúde.....	23
Figura 2 – Evolução do conceito de Saúde.....	31
Figura 3 - Fases da Jurisprudência do STF sobre a Judicialização da Saúde	46
Figura 4- Números apresentados pela CAMEDS de ações judiciais na Justiça Federal	152
Figura 5 - Quantidade de acordos por ano entre 2021 e 2024 no CEJUSC Saúde TJMA.	162

GRÁFICOS

Gráfico 1- Quantidade de casos pendentes de julgamento na área da saúde pública ao final de cada ano até 2025 no Brasil.	54
Gráfico 2 - Tempo médio de casos pendentes de julgamento na área da saúde pública ao final de cada ano até 2025.	55
Gráfico 3 - Taxa de congestionamento bruta por ano até 2025.....	56
Gráfico 4 - Quantidade de casos julgados por ano até 2025.	57
Gráfico 5 - Quantidade de casos pendentes de julgamento na área da saúde pública ao final de cada ano até 2025 no TJMA.....	62
Gráfico 6 - Tempo médio até o julgamento em dias na área da saúde pública ao final de cada ano até 2025 no TJMA.....	63
Gráfico 7 - Taxa de congestionamento bruto na área da saúde pública ao final de cada ano até 2025 no TJMA.....	65
Gráfico 8 - Quantidade de casos julgados por ano até 2025 no TJMA.....	66
Gráfico 9 - Distribuição em números absolutos comparada por fase processual entre 2021 e 2024.....	165
Gráfico 10 - Índice de resolutividade comparada por fase processual entre 2021 e 2024	166
Gráfico 11 - Comparativo de Valores Negociados em Acordos no CEJUSC Saúde entre 2021 e 2024 em reais	170

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADPF – Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAMEDS – Câmara de Mediação em Saúde
CEJUSC – Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania
CFRB – Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
CNJ – Conselho Nacional de Justiça
CNMP – Conselho Nacional do Ministério Público
CPC – Código de processo Civil
DSS – Determinantes Sociais da Saúde
LINDB – Lei de Introdução às normas do Direito Brasileiro.
MPMG – Ministério Público do Estado de Minas Gerais
NEDISA – Núcleo de Estudos em Direito Sanitário
ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OXFAM – Oxford Committee for Famine Relief (Oxfam International)
RAPPAM - Rapid Assessment and Priorization of Protected Area Management
STF – Supremo Tribunal Federal
SUS – Sistema Único de Saúde
TCU – Tribunal de Contas da União
TJMA – Tribunal de Justiça do Estado do Maranhão
TJPE – Tribunal de Justiça de Pernambuco

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1 – FUNDAMENTOS TEÓRICO-JURÍDICOS DO DIREITO À SAÚDE: ENTRE A CONSTRUÇÃO CONSTITUCIONAL E A PERSPECTIVA DA EQUIDADE.....	18
1.1 O direito fundamental à saúde.....	18
1.2 Panorama da Judicialização da Saúde	37
1.2.1 Conceito de Judicialização da saúde	47
1.2.2 Judicialização da saúde em números no Brasil.....	53
1.2.3 Judicialização da saúde em números no Maranhão.....	60
1.3 Eficácia normativa à luz da equidade e da justiça no âmbito do direito à saúde .	68
2 – CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO DE CONFLITOS E O DIREITO À SAÚDE	85
2.1 O movimento de resolução adequada de disputas no tempo	85
2.2 Acesso à justiça no contexto do direito à saúde.....	91
2.3 Acesso à justiça por meio da autocomposição	97
2.3.1 Teorias da mediação e modelos autocompositivos	102
2.3.2 O papel dos CEJUSCs no sistema multiportas	110
2.4 Autocomposição e Equidade: mediação, conciliação e o enfoque das capacidades em Amartya Sen.	115
2.5 Mediação de conflitos no âmbito do Sistema Único de Saúde	121
2.5.1 O exemplo do tribunal de contas da união	125
2.5.2 Construção da cultura consensual na administração pública	126
3 - A MEDIAÇÃO SANITÁRIA COMO ALTERNATIVA À JUDICIALIZAÇÃO.....	132
3.1 Mecanismos de Resolução de Conflitos e desafios estruturais da mediação no Brasil	133
3.2 A Mediação Sanitária como Instrumento de Eficácia do Direito à Saúde e do Acesso à Justiça	139

3.2.1 Experiência de Mediação em Matéria de Saúde: Perspectiva Internacional, o povo ROMA	139
3.2.2 Experiências de Mediação em Matéria de Saúde: Perspectivas Nacionais .	145
3.3 O CEJUSC Saúde em São Luís/MA, uma ferramenta eficaz para desjudicialização da saúde.....	158
3.3.1 A eficácia da Mediação Sanitária como ferramenta de Acesso equitativo à Justiça.....	173
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	180

1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação insere-se na área de concentração Direito e Instituições do Sistema de Justiça, vinculando-se à linha de pesquisa Dinâmica e Efetividade das Instituições do Sistema de Justiça, no âmbito do projeto de pesquisa Direitos Humanos, Instituições de Justiça e enfrentamento às vulnerabilidades: desafios das tecnologias digitais para efetivação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Estado do Maranhão – Brasil. Desenvolve-se, ainda, no contexto das atividades do NEDISA – Núcleo de Estudos em Direito Sanitário, grupo de pesquisa dedicado à análise crítica das políticas públicas de saúde, das instituições de justiça e dos mecanismos de efetivação de direitos fundamentais, com especial atenção às dinâmicas de acesso, equidade e inovação institucional.

A constitucionalização do direito à saúde no Brasil, especialmente a partir da Constituição da República de 1988, representa um marco na consolidação dos direitos sociais enquanto dimensões essenciais da dignidade da pessoa humana. Ao estabelecer que a saúde é direito de todos e dever do Estado, a ordem constitucional inaugurou um modelo normativo fundado na universalidade, integralidade e equidade, exigindo a implementação de políticas públicas capazes de assegurar não apenas o acesso formal, mas a fruição eficaz desse direito. Contudo, a distância entre a normatividade constitucional e a realidade concreta da prestação dos serviços de saúde revela um cenário marcado por tensões estruturais, insuficiências institucionais e desigualdades persistentes.

Nesse contexto, destaca-se o fenômeno da judicialização da saúde, compreendido como a crescente mobilização do Poder Judiciário para a obtenção de prestações sanitárias diante de falhas ou omissões do Estado. Tal fenômeno, longe de constituir uma anomalia pontual, configura-se como expressão de um modelo de governança tensionado, no qual o Judiciário passa a desempenhar papel central na definição de políticas públicas, na alocação de recursos e na concretização de direitos fundamentais. A judicialização, portanto, revela-se simultaneamente como instrumento de garantia de direitos e como sintoma de disfunções estruturais no sistema de saúde e nas instituições públicas.

Os dados empíricos evidenciam a magnitude desse fenômeno. No âmbito nacional, observa-se crescimento contínuo das demandas judiciais relacionadas à saúde, com centenas de milhares de processos ajuizados anualmente. No Estado do Maranhão, esse cenário assume contornos ainda mais expressivos, com aumento no número de ações ao longo dos últimos anos, refletindo dificuldades no acesso a serviços, medicamentos e tratamentos essenciais. Tal crescimento não apenas sobrecarrega o Poder Judiciário, mas também compromete o planejamento orçamentário e a racionalidade das políticas públicas, gerando distorções distributivas e potenciais desigualdades no acesso aos recursos disponíveis.

A judicialização da saúde, contudo, não pode ser compreendida de forma simplista. Trata-se de fenômeno complexo, que envolve múltiplas dimensões, jurídicas, políticas, econômicas e sociais, que se inserem em um contexto mais amplo de transformação do papel das instituições no Estado contemporâneo. De um lado, representa mecanismo legítimo de acesso à justiça, permitindo que indivíduos reivindiquem direitos fundamentais face à ineficácia estatal. De outro, pode produzir efeitos paradoxais, como a fragmentação das políticas públicas, a priorização de demandas individuais em detrimento de necessidades coletivas e a ampliação de desigualdades estruturais.

É nesse cenário de crise e transformação que emergem propostas voltadas à construção de mecanismos adequados de resolução de conflitos, capazes de reduzir a litigiosidade e promover soluções céleres e equitativas. Dentre essas iniciativas, destaca-se a mediação sanitária, concebida como instrumento de diálogo institucional entre usuários do sistema de saúde, gestores públicos e operadores do direito. Ao privilegiar a construção consensual de soluções, a mediação sanitária busca não apenas evitar a judicialização, mas também reconfigurar as formas de acesso à justiça, promovendo participação, corresponsabilidade e racionalidade decisória.

A presente pesquisa insere-se nesse debate ao propor a análise da mediação sanitária como instrumento de desjudicialização da saúde, a partir do estudo da experiência do Centro de Mediação de Saúde Pública da Comarca da Ilha de São Luís/MA. Instituído no âmbito do Tribunal de Justiça do Maranhão, esse centro representa uma inovação institucional relevante, ao oferecer um espaço estruturado para a

resolução consensual de conflitos sanitários, com potencial para reduzir a litigiosidade e ampliar o acesso efetivo ao direito à saúde.

O problema central que orienta esta investigação consiste em compreender em que medida o Centro de Mediação de Saúde Pública contribui para a desjudicialização das demandas de saúde, promovendo soluções equitativas entre os envolvidos. Trata-se, portanto, de avaliar não apenas a eficácia operacional do centro medida por indicadores como número de audiências realizadas e acordos celebrados, mas sobretudo sua eficácia em prover acesso ao direito à saúde ao passo que considera a equidade em todo o procedimento.

A hipótese que orienta a pesquisa sustenta que a mediação sanitária, ao promover soluções dialógicas e participativas, pode constituir instrumento eficaz de prevenção de litígios e de promoção da equidade, desde que estruturada de forma adequada e integrada às políticas públicas de saúde. Contudo, essa hipótese não é assumida de forma acrítica. Ao contrário, a investigação propõe-se a examinar também os limites e as contradições desse modelo, especialmente no que se refere à sua inserção no próprio sistema judicial e ao risco de reprodução de desigualdades sob a aparência de consensualidade.

A relevância da pesquisa manifesta-se em diferentes níveis. No plano social, a busca por mecanismos que reduzam a judicialização da saúde e promovam soluções mais eficientes e equitativas é fundamental para a sustentabilidade do sistema público e para a garantia de direitos fundamentais. No plano institucional, a análise da mediação sanitária contribui para o aprimoramento das políticas públicas e das práticas jurídicas, oferecendo subsídios para a construção de modelos mais eficazes de gestão de conflitos. No plano acadêmico, a pesquisa dialoga com debates contemporâneos sobre acesso à justiça, efetividade dos direitos sociais e transformação das instituições, contribuindo para o debate na área do Direito e das Instituições do Sistema de Justiça.

O objetivo geral da dissertação consiste em avaliar a eficácia do Centro de Mediação de Saúde Pública da Comarca da Ilha de São Luís/MA enquanto instrumento de desjudicialização dos conflitos sanitários, no período compreendido entre os anos de 2021 e 2024. Como objetivos específicos, busca-se examinar os fundamentos teóricos do direito à saúde, especialmente à luz da eficácia normativa, da equidade e da

abordagem das capacidades; delimitar o conceito e a estrutura da mediação de conflitos, com ênfase na mediação sanitária e em seu enquadramento como mecanismo de acesso à justiça; e analisar a atuação do Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania da Saúde do Maranhão, a fim de investigar, à luz dos referenciais adotados, em que medida esse arranjo institucional se relaciona com a eficácia do direito à saúde.

O marco teórico da pesquisa fundamenta-se, primordialmente, na abordagem das capacidades desenvolvida por Amartya Sen. Ao conceber o desenvolvimento como expansão das liberdades reais dos indivíduos, Sen (1999) desloca o foco da análise para a capacidade efetiva de transformar recursos em oportunidades concretas. No campo da saúde, essa perspectiva permite compreender o direito não apenas como garantia formal, mas como possibilidade real de acesso a condições de bem-estar. A equidade, nesse contexto, assume papel central, exigindo a consideração das desigualdades estruturais e a adoção de medidas diferenciadas para sua superação.

A partir dessa abordagem, a mediação sanitária pode ser compreendida como instrumento de ampliação de capacidades, ao promover participação, diálogo e soluções ajustadas às necessidades concretas dos indivíduos. Ao permitir que os envolvidos participem ativamente da construção das soluções, a mediação contribui para o empoderamento dos sujeitos e para a construção de respostas mais adequadas e sustentáveis.

Complementarmente, a pesquisa dialoga com a teoria do acesso à justiça de Cappelletti e Garth (1988), que enfatiza a necessidade de superação das barreiras econômicas, sociais e institucionais que dificultam o exercício efetivo dos direitos. A mediação sanitária insere-se nesse contexto como mecanismo de ampliação do acesso à justiça, ao oferecer alternativas mais acessíveis, céleres e participativas em relação ao processo judicial tradicional.

No campo metodológico, a pesquisa adota o processo indutivo de construção do conhecimento, partindo da análise empírica da experiência concreta do Centro de Mediação para a formulação de inferências teóricas. Essa opção metodológica permite que a realidade empírica não seja apenas ilustrativa, mas constitutiva da própria construção do conhecimento, conferindo maior densidade e aderência à análise.

Como método de procedimento, utiliza-se o método sociojurídico-crítico, que possibilita a análise do direito em sua dimensão concreta, considerando suas interações com fatores sociais, econômicos e institucionais. Essa abordagem permite compreender a judicialização da saúde como fenômeno complexo, inserido em relações de poder e em contextos de desigualdade. Ao mesmo tempo, adota-se o método jurídico-diagnóstico, voltado à identificação de disfunções institucionais e à avaliação da eficácia de instrumentos jurídicos específicos, permitindo examinar de forma crítica o funcionamento e os resultados da mediação sanitária.

No que se refere às técnicas de pesquisa, emprega-se uma abordagem quantitativa, combinando análise documental, levantamento de dados institucionais e análise de indicadores do funcionamento do centro. Essa combinação permite uma compreensão abrangente do fenômeno, articulando dados empíricos com reflexão teórica.

No que se refere aos procedimentos metodológicos auxiliares, destaca-se que foram empregadas ferramentas de inteligência artificial como suporte técnico à elaboração e apresentação dos resultados da pesquisa. O uso do ChatGPT contribuiu para a revisão textual, com foco na melhoria da coesão e correção ortográfica, sem interferência no conteúdo científico. Ademais, foram utilizadas plataformas como Napkin AI e NotebookLM para apoio na organização de ideias, bem como na produção de gráficos e imagens voltados à melhor visualização e sistematização dos dados empíricos analisados. Tais recursos foram empregados de forma complementar, mantendo-se a centralidade da análise crítica e da construção teórica sob responsabilidade do pesquisador, em consonância com o rigor científico exigido na pesquisa acadêmica.

Dessa forma, a presente dissertação propõe-se a contribuir para o debate sobre a desjudicialização da saúde e a efetividade do direito à saúde, analisando a mediação sanitária não apenas como instrumento técnico, mas como prática social e institucional capaz de transformar as formas de acesso à justiça. Ao investigar a experiência do Centro de Mediação de Saúde Pública da Comarca da Ilha de São Luís/MA, busca-se compreender seus potenciais e limites, oferecendo subsídios para a construção de modelos mais equitativos, eficientes e participativos de resolução de conflitos no âmbito das políticas públicas de saúde.

1 – FUNDAMENTOS TEÓRICO-JURÍDICOS DO DIREITO À SAÚDE: ENTRE A CONSTRUÇÃO CONSTITUCIONAL E A PERSPECTIVA DA EQUIDADE

1.1 O direito fundamental à saúde.

De pronto, é preciso compreender o que se pretende comunicar com o termo “direito à saúde”. Diversas são as formas a partir das quais é possível encarar tal conceito e com cada forma, surge um novo escopo. Seja a partir de uma visão jurídica ou social, sabe-se que o direito à saúde é fundamental, do contrário, sem saúde, não haveria qualquer outro direito. Dessa forma, é preciso suscitar as possibilidades de “direito à saúde”. Segundo Lema Añón (2009, p.37), há, ao menos seis possibilidades de apresentação desse direito, cada uma, com seus alcances e acepções próprias:

direito à saúde, direito à assistência sanitária, direito à proteção da saúde, direito a gozar de um nível adequado de saúde ou, paradoxalmente, as expressões aparentemente contraditórias: direito ao máximo nível possível de saúde e direito ao mínimo decente de assistência sanitária (Lema Añón, 2009, p.37).

Ainda que presente em diversos espaços do ordenamento, o direito à saúde nem sempre foi presente na realidade jurídica nacional, em verdade, ele é fruto de uma recente construção (Dallari, 2008). Tal direito foi encarado de forma séria pela primeira vez na história constitucional do Brasil somente em 1988, salvo breve menção na constituição de 1934 (Dallari, 2008). A concretização do artigo que deu forma jurídica a esse direito foi fruto de intensas lutas populares no período da redemocratização, em que os grandes objetivos nacionais foram colocados em pauta, a fim de constitucionalizando-os, construir uma sociedade com novos valores, dentre os quais o direito à saúde fez parte (Dallari, 2008).

Após debates e lutas políticas a forma vencedora no Brasil, cristalizada no artigo 196 da CFRB, aponta firmemente que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Ainda assim, é vasto o conteúdo semântico contido na breve colocação constitucional ao direito à saúde, que pode apontar para o direito ao lazer, a um meio ambiente equilibrado, a um estado de higidez física, mental, acesso à alimentos com alta densidade nutricional etc. (Dallari, 2008; Ramos, 2012).

Este debate tem raiz na disputa pelo conceito de saúde, que emerge no auge da Revolução Industrial, em que diferentes correntes, notadamente duas, buscavam definir qual a melhor compreensão sobre o significado de saúde. De um lado, a voz de populações excluídas do processo produtivo, submetidas a condições de vida precárias, que defendiam uma visão ampla de saúde, estreitamente vinculada a fatores ambientais, laborais, nutricionais e habitacionais.

Nesse sentido, a elevada incidência de tuberculose entre os estratos de menor renda servia de exemplo dessa relação direta entre determinantes sociais e estado de saúde. Em contrapartida, o avanço das descobertas microbiológicas, particularmente a identificação dos agentes patogênicos e seu posterior isolamento, fortaleceu a ideia de que saúde equivalia simplesmente à ausência de enfermidades, uma vez que, a partir desse paradigma, a produção de fármacos específicos passou a ser vista como a via mais eficaz para o controle e cura de doenças, transformando-se em ferramenta central na prática médica (Dallari, 1988).

Ainda assim, em sua formulação inicial, predominou na medicina ocidental o modelo biomédico, segundo o qual a saúde era compreendida essencialmente como a ausência de enfermidade. Essa concepção consolidou-se a partir da medicina científica moderna, especialmente entre os séculos XVI e XIX, quando o processo saúde-doença passou a ser explicado a partir de alterações orgânicas e fisiológicas identificáveis. Nesse contexto, a saúde era definida de forma negativa, isto é, pela inexistência de doença. Tal compreensão, embora tenha contribuído significativamente para o desenvolvimento da medicina clínica e das tecnologias terapêuticas, revelou-se limitada diante da complexidade das condições que influenciam o bem-estar humano (Batistella, 2007). Tal concepção, embora tenha representado um avanço importante para o desenvolvimento da medicina clínica e das práticas terapêuticas, mostrou-se insuficiente para explicar a complexidade dos fatores que influenciam as condições de saúde das populações.

A partir da segunda metade do século XX, especialmente após a Segunda Guerra Mundial, observa-se uma inflexão significativa nessa compreensão. Um marco fundamental dessa transformação surgiu quando o debate alcançou os salões das Nações Unidas, em 19 de julho de 1946 quando da fundação da Organização Mundial da Saúde (OMS) tratou-se de definir saúde como “o completo bem-estar físico, mental e

social e não apenas a ausência de doença” (OMS, 1946). Essa formulação introduziu uma mudança paradigmática ao deslocar o conceito de saúde da mera ausência de doença para uma condição positiva de bem-estar integral (Abud; Oliveira; Lamy, 2023).

Dessa forma, é possível resgatar a leitura de Sen (1999) quando argumenta que o desenvolvimento não deve ser medido apenas por indicadores econômicos como crescimento do PIB ou renda per capita, mas deve ser medido pela ampliação das liberdades efetivas que as pessoas desfrutam. Entre essas liberdades, destaca-se a capacidade de satisfazer necessidades básicas, incluindo a obtenção de remédios para doenças tratáveis e de recursos para nutrição adequada. A falta dessas condições constitui uma forma de “*unfreedom*” (Sen, 1999), diretamente correlacionada à redução do bem-estar físico.

Essas formulações, remetem à questão central da filosofia política igualitária acerca do objeto da igualdade, isto é, “igualdade de quê?”, conforme desenvolvido por Sen (1999). A resposta a essa indagação conduz a diferentes construções teóricas, que ora privilegiam a distribuição de recursos, ora a igualdade de oportunidades, ora a efetiva expansão das capacidades dos indivíduos, sendo esta última especialmente relevante para o campo da saúde, na medida em que desloca o foco da mera provisão formal de bens e serviços para a análise da real possibilidade de os indivíduos converterem tais recursos em bem-estar. Nesse contexto, evidencia-se a tensão entre a distribuição equitativa de recursos sanitários e a promoção de resultados efetivos em saúde, bem como o esforço de delimitação de um conteúdo mínimo do direito seja por meio da garantia de um patamar básico de condições sanitárias, seja pela fixação de um mínimo de investimento estatal, revelando que a eficaz materialização do direito à saúde depende de escolhas distributivas complexas que envolvem critérios de justiça, prioridades públicas e a superação de desigualdades estruturais (Ramos, 2012).

Por isso, a visão de Sen (1999) converge com a concepção da OMS (1946), ao reconhecer que garantir saúde requer mais do que o combate a agentes patogênicos; exige a remoção de obstáculos sociais e econômicos que restringem o gozo pleno da vida. Sob essa ótica, a proteção do direito à saúde impõe-se como política pública orientada para a ampliação das liberdades, não apenas como provisão de tratamentos

médicos pontuais, mas como estruturação de sistemas capazes de assegurar condições de vida dignas.

Essa perspectiva foi posteriormente reforçada pela Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, que vinculou a realização da saúde às condições materiais de vida. O artigo 25 do referido documento estabelece que:

Artigo 25: 1. Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis. (ONU, 1948 p.5)

Com esse documento, a saúde passa a ser compreendida como resultado das condições materiais de existência e da garantia de direitos sociais básicos, integrando o conjunto dos direitos humanos fundamentais (Piovesan, 2018).

A evolução conceitual prosseguiu com o fortalecimento da ideia de que o estado de saúde de indivíduos e populações depende de fatores estruturais relacionados às condições de vida e organização social. Esse entendimento foi consolidado no âmbito do direito internacional dos direitos humanos por meio do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966, que reconhece, em seu artigo 12, o direito de toda pessoa de desfrutar do mais elevado nível possível de saúde física e mental. O pacto estabelece ainda que os Estados devem adotar medidas destinadas à melhoria das condições ambientais e sanitárias, à prevenção de doenças e ao acesso universal aos serviços de saúde. Com isso, a saúde passa a ser compreendida como um direito social que depende da implementação de políticas públicas estruturais (ONU, 2000).

Ademais, a concepção de desenvolvimento como resultado da interação dinâmica entre mercados, Estado, sociedade civil, sistema educacional e órgãos de comunicação, proposta por Sen (1999), aponta que o direito à saúde extrapola o âmbito estritamente biomédico. Dessa forma, já que a saúde não pode ser lida somente como assistência sanitária, é preciso compreender quais os fatores determinantes da saúde, a fim de que se possa compreender o objeto em análise.

Nesse contexto, ganha relevância a incorporação dos chamados determinantes sociais da saúde (DSS). Estudos da medicina social e da saúde coletiva demonstraram que fatores como renda, alimentação, habitação, educação, trabalho e acesso a serviços

públicos exercem influência direta sobre os padrões de adoecimento das populações. Assim, a saúde deixa de ser compreendida apenas como condição individual e passa a ser analisada como resultado das condições sociais e econômicas em que vivem os indivíduos (Paim, 2008). O direito à saúde é compreendido, portanto, como fruto de condições sociais amplas, cuja distribuição desigual gera disparidades sistemáticas em indicadores de saúde (Lema Añón, 2021).

Ao situar a saúde para além do cuidado médico, o conceito de DSS evidencia que fatores como educação, emprego digno, moradia adequada e ambiente saudável configuram o leito sobre o qual se desenrola o estado de saúde das populações. A distinção proposta pela Declaração Política de Rio de 2011, segundo a qual as inequidades em saúde decorrem das condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, reforça a necessidade de se analisar separadamente fatores não médicos e de compreender sua autonomia em relação ao sistema de assistência sanitária (OMS, 2011).

Embora o acesso universal aos serviços de saúde seja condição necessária, os resultados do “Black Report” (REINO UNIDO, 1980) demonstraram que, mesmo em contextos de cobertura total, persistem gradientes socioeconômicos em saúde que não se explicam por desigualdades no atendimento nem por carências materiais absolutas. À exemplo do Reino Unido, em que se constatou que todas as classes sociais adoecem pelos mesmos agravos típicos de sociedades desenvolvidas, doenças cardiovasculares, câncer etc., mas que os estratos menos favorecidos apresentam maior incidência e menor expectativa de vida. Esse padrão, denominado gradiente socioeconômico, revela que a desigualdade social, e não apenas a pobreza extrema, é o principal vetor das disparidades em saúde (Daniels; Kennedy; Kawachi, 2000; Wilkinson; Pickett, 2010).

A literatura distingue determinantes estruturais, que abrangem as macropolíticas econômicas, a organização do mercado de trabalho, os sistemas de proteção social e os eixos de discriminação (classe, gênero, etnia, território), dos determinantes intermediários, que agem em nível cotidiano, como condições de emprego, renda, habitação, transporte e fatores psicossociais (estresse, discriminação, redes de apoio) (Marmot; Wilkinson, 2006; Braveman; Egerter; Williams, 2011). Enquanto os primeiros moldam os recursos disponíveis, os segundos traduzem-nos em efeitos concretos sobre

a saúde, demonstrando a interdependência entre estruturas sociais e bem-estar físico e mental.

A compreensão dos determinantes sociais da saúde exige a análise de um encadeamento complexo de fatores que operam em diferentes níveis. Comportamentos relacionados à saúde e o acesso a cuidados médicos adequados, embora sejam determinantes imediatos, não se desenvolvem de forma isolada, sendo profundamente influenciados por condições mais amplas de vida e trabalho. Tais condições atuam tanto de maneira direta por meio de exposições ambientais e experiências de estresse quanto indireta, ao moldar as possibilidades concretas de escolha dos indivíduos. Ademais, essas dimensões são, por sua vez, condicionadas por fatores ainda mais estruturais, vinculados à distribuição de recursos econômicos e sociais, que determinam o acesso a oportunidades e a contextos favoráveis à promoção da saúde. Dessa forma, a saúde deve ser compreendida como resultado de um sistema hierarquizado de determinantes, no qual desigualdades estruturais repercutem diretamente na capacidade dos indivíduos de alcançar e manter condições adequadas de bem-estar (Braveman; Egerter; Williams, 2011), conforme a ilustração seguir.

Figura 1 - Ilustração conceitual das determinantes sociais da saúde



Fonte: Braveman; Egerter; Williams, 2011

A consolidação institucional dos DSS no início do século XXI materializou-se com a constituição, em 2005, da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde pela Organização Mundial da Saúde. Seu relatório *Closing the Gap in a Generation* aconselhou três eixos de ação: melhoria das condições de vida, combate à distribuição desigual de poder e recursos e monitoramento das intervenções (OMS, 2008). Após a Conferência Mundial de 2011, a 65ª Assembleia Mundial da Saúde adotou a Declaração de Rio, reforçando a urgência de políticas intersetoriais que propiciem sociedades mais inclusivas e equitativas (OMS, 2011).

Em nível internacional, iniciativas como a Comissão Espanhola para Reduzir as Desigualdades Sociais em Saúde traduziram essas diretrizes em recomendações práticas, abrangendo desde a redistribuição de riqueza até a melhoria de condições de trabalho e ambiente (ESPANHA, 2015). Tais medidas reconhecem que o direito à saúde não se esgota na provisão de serviços médicos, mas exige a remoção de barreiras sociais e econômicas que cerceiam as liberdades essenciais para uma vida saudável.

Embora existam diversas teorias que explicam os mecanismos de reprodução das desigualdades em saúde (Hofrichter, 2003; Bartley, 2004; Marmot; Wilkinson, 2006; Braveman, 2014), há consenso de que as desigualdades socioeconômicas convertem-se em desigualdades em saúde por meio de processos estruturais e imediatos. Reconhecer essa dupla configuração é o pontapé para o desenvolvimento de políticas públicas que promovam a equidade, indo além do paradigma biomédico e tratando as causas sociais como alicerces do direito à saúde.

A partir dessa perspectiva crítica, a eficácia do direito à saúde não pode ser compreendida como mera aptidão normativa ou como simples possibilidade de exigibilidade judicial, mas como a capacidade concreta de o ordenamento jurídico produzir efeitos reais sobre as condições de vida da população. Se a saúde constitui uma construção social profundamente condicionada por desigualdades estruturais, sua eficácia jurídica depende, necessariamente, da superação de entraves materiais que limitam sua concretização, como a mercantilização dos serviços de saúde e o enfraquecimento das políticas públicas (Burginski; Soares, 2021).

Nesse sentido, a lógica de mercado, ao subordinar a saúde a critérios econômicos, compromete a própria funcionalidade normativa do direito, esvaziando sua força vinculante e restringindo seu alcance universal. Assim, a eficácia do direito à saúde revela-se intrinsecamente ligada à atuação estatal planejada, à implementação de políticas públicas inclusivas e à garantia de acesso equitativo, de modo que, ausentes essas condições, o direito permanece formalmente válido, porém materialmente inoperante, evidenciando uma dissociação entre norma e realidade que compromete o próprio sentido jurídico dos direitos fundamentais sociais (Burginski; Soares, 2021).

É precisamente nesse contexto de insuficiência material do direito que se insere a ampliação de seu conteúdo para abarcar os determinantes sociais da saúde (DSS). Essa ampliação encontra respaldo no ordenamento jurídico internacional e nacional. Novamente, a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, estabelece que

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

Dessa forma, a Constituição de 1988 promoveu uma profunda transformação no sistema de saúde brasileiro ao reconhecer a saúde como direito fundamental e ao instituir o Sistema Único de Saúde (SUS), baseado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade (Paiva; Teixeira, 2014), inserindo-se em um contexto mais amplo de redemocratização e de construção de um modelo de Estado orientado ao bem-estar social, no qual a saúde passa a ser concebida como direito de cidadania e não mais como benefício restrito a segmentos específicos da população, nesse sentido, a criação do SUS representou a superação de um modelo fragmentado e excludente marcado pela dualidade entre saúde pública e assistência previdenciária, ao mesmo tempo em que incorporou as diretrizes formuladas no âmbito do movimento da reforma sanitária, tais como a descentralização administrativa, a integração das ações de saúde, a participação social e a ampliação da cobertura dos serviços, configurando-se, portanto, como resultado de um processo histórico, político e social complexo, que articulou atores institucionais e movimentos sociais na construção de um sistema público universal, ainda

que tensionado por desafios estruturais relacionados ao financiamento, à gestão e à efetivação concreta de seus princípios (Paiva; Teixeira, 2014).

Note-se que a ênfase da legislação em “políticas sociais e econômicas” transcende o paradigma tradicional de prestação de assistência médica, apontando para a obrigação estatal de intervir nos determinantes estruturais e intermediários identificados pela literatura (Marmot; Wilkinson, 2006; Braveman, 2014). Nesse sentido, o SUS (Lei n. 8.080/1990) incorporou, em seu artigo 7º, a promoção da saúde e a vigilância sanitária como componentes essenciais de sua finalidade, refletindo o imperativo de adoção de estratégias intersetoriais que atuem sobre habitação, trabalho, educação e meio ambiente (BRASIL, 1990).

Além disso, a perspectiva dos determinantes sociais foi posteriormente detalhada pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que instituiu o Sistema Único de Saúde. O artigo 3º da referida lei estabelece que:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

Esse dispositivo reforça a compreensão de que a saúde resulta da interação entre múltiplos fatores sociais e econômicos, evidenciando o caráter estrutural das políticas públicas necessárias para sua efetivação.

Essa integração entre saúde e meio ambiente encontra respaldo no ordenamento constitucional brasileiro. O artigo 225 da Constituição Federal estabelece que “Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida.” (BRASIL, 1988). A referência à “sadia qualidade de vida” evidencia a conexão entre proteção ambiental e promoção da saúde, indicando que a garantia de um ambiente equilibrado constitui condição essencial para a efetivação do direito à saúde.

O enfoque integrado não apenas fortalece a efetividade do direito, mas também amplia seu conteúdo material, exigindo uma abordagem jurídica que considere o acesso equitativo aos recursos sociais necessários ao bem-estar (Lema Añón, 2021; Sen, 1999). Por meio dessa gramática normativa, o direito à saúde incorpora a responsabilidade de

remover entraves socioeconômicos à liberdade sanitária, criando mecanismos de responsabilização legal, dentre os quais se destacam os instrumentos de controle social e, quando esgotadas as vias administrativas, a judicialização da saúde (Machado, 2008; Carvalho, 2006).

Assim, a adoção dos DSS como parte integrante do conteúdo do direito à saúde impõe um verdadeiro redesenho das obrigações de Estado: não basta prestar serviços de saúde, é preciso garantir condições materiais e sociais que assegurem a concretização do “nível mais alto possível de saúde física e mental” (ONU, 1966; ONU, 2000), sob pena de se prestar um direito formal que, na prática, seja inefetivo diante das desigualdades estruturais.

Nesse contexto, torna-se crucial garantir o acesso preferencial aos Centros Judiciários de Solução de Conflitos e Cidadania (CEJUSCs), espaço em que demandas relacionadas à saúde podem ser resolvidas por conciliação e mediação antes de chegar ao judiciário tradicional. Ao oferecer procedimentos mais céleres e de baixo custo, os CEJUSCs podem reduzir barreiras econômicas e processuais, promovendo o princípio da equidade ao assegurar que indivíduos de menor poder aquisitivo tenham igual oportunidade de reivindicar seus direitos sanitários (BRASIL, 2010). Assim, esses centros indicam para o fortalecimento a efetividade do direito à saúde, ao alinhar-se aos objetivos dos determinantes sociais, remoção de obstáculos e ampliação de liberdades, e evitam que a judicialização se torne privilégio de quem dispõe de recursos para litigar. Este assunto será tratado em profundidade em capítulos futuros.

Assim, é possível compreendermos saúde a partir de uma ótica comum, isto é, como propõe Lema Añón (2021), a saúde pode ser compreendida como um bem comum tanto em seu valor material, algo precioso que beneficia toda a coletividade e que deve ser resguardado coletivamente, quanto em seu aspecto procedimental: a proteção da saúde só se efetiva quando ela é “comunalizada”, isto é, quando o cuidado se organiza coletivamente, quando o direito à saúde passa a ser concebido como um processo coletivo a ser alcançado, por meio da partilha e colaboração em diferentes níveis sociais.

Observar sob tal perspectiva, impõe uma reconfiguração dos instrumentos jurídicos de garantia sanitária. Ao reconhecermos que a saúde resulta de interações sociais complexas, que vão muito além da mera prestação de serviços médicos, emerge

a necessidade de formalizar um direito ao cuidado (Pérez, *et al.*, 2021) que abarque redes estatais e comunitárias de suporte. Esse direito não se limita à disponibilização de vacinas ou tratamentos pontuais, mas incorpora políticas públicas voltadas à provisão universal de condições materiais de habitação, educação em saúde, saneamento básico, bem como condições imateriais como apoio psicossocial, práticas de autocuidado coletivo - cuja gestão compartilhada caracteriza o comum (Lloredo, 2020). Adotar uma perspectiva participativa, implica deslocar o centro de gravidade das políticas de cuidado para as próprias comunidades, não apenas como beneficiárias, acenando para uma realidade em que estas poderão co-construir as soluções no âmbito sanitário (Lloredo, 2020)

Nesse sentido, a resolução de conflitos e a conciliação nos CEJUSCs pode ser apontar para um tipo de controle social participativo, habilitando o cidadão a reivindicar, de forma integrada, o acesso a recursos públicos intersetoriais e fortalecendo a accountability das instituições que, em última análise, detêm responsabilidades sobre os determinantes sociais da saúde.

O ordenamento jurídico pode avançar na implementação de marcos normativos que consagrem não apenas o acesso igualitário à assistência clínica, mas também a participação efetiva das comunidades na definição, execução e monitoramento de políticas de cuidado. À título de ilustração, argumenta Espósito (2012), que a imunidade sanitária, entendida como proteção coletiva contra riscos à saúde, só se sustenta quando a comunidade assume responsabilidade partilhada pelas práticas de cuidado. Dessa forma, pensar como o ordenamento pode abrir espaço para instrumentos de cogestão também pensar no direito à saúde (Igareda, 2012; Marrades, 2016), a partir de conselhos de saúde ampliados, orçamentos participativos setoriais e marcos regulatórios que incentivem a atuação de organizações sociais no fomento de redes de cuidado. Seria possível pensar no direito à saúde, enquanto bem comum, para além do hospitalocentrismo a fim de garantir a todos o “nível mais alto possível de saúde física e mental” (ONU, 1966; ONU, 2000), na concreta interdependência entre o indivíduo e a coletividade.

Não se deve, contudo, esquecer as críticas liberais a tal visão, que advertem para o risco de se confundir solidariedade com obrigação estatal excessiva. Sob a ótica

libertária, a socialização ampla dos cuidados pode conduzir à limitação da autonomia individual e à expansão de um aparato burocrático que, sob o pretexto de tutelar o bem-comum, acaba por interferir indevidamente nas escolhas privadas (Hasoun, 2020). Mesmo autores mais moderados, como Rawls (2001), questionam até que ponto as instituições sociais básicas - Estado, mercado e família - devem ser mobilizadas para promover a saúde coletiva, sem diluir o princípio de liberdade negativa que assegura ao indivíduo a reserva de esfera pessoal livre de coerção. Para esses críticos, a promoção de políticas de cuidado não pode ser concebida exclusivamente como dever de cogestão comunitária, mas deve equilibrar rigorosamente as exigências de equidade com a proteção dos direitos de propriedade, do pluralismo de concepções de bem-viver e da responsabilidade individual pelos riscos que cada um assume em suas decisões cotidianas.

Além dos riscos de excesso de burocracia e de cerceamento das liberdades individuais, a perspectiva liberal enfatiza o potencial de distorção econômica e de criação de *free riders* ou caroneiros, indivíduos que se beneficiam de recursos, bens ou serviços públicos sem contribuir com os custos, gerando ineficiência econômica em sistemas de cuidado comunalizado. Nozick (1974) argumenta que a imposição de contribuições compulsórias, seja por meio de tributos, seja por obrigações de participação comunitária, viola o princípio de propriedade legítima e a soberania do indivíduo sobre seus recursos. Sob esse olhar, a gestão coletiva dos cuidados poderia desincentivar iniciativas privadas benéficas, corroer a inovação em serviços de saúde e transferir custos a quem não usufrui diretamente das políticas, uma forma de “redistribuição forçada” que afronta a justiça procedimental. Além disso, Hayek (1960) alerta para o *knowledge problem*: autoridades centrais ou mesmo comunitárias jamais disporiam de informação suficiente e descentralizada para alocar recursos sanitários com eficiência, provocando desequilíbrios, desperdícios e, eventualmente, escassez de serviços críticos. Por fim, críticos liberais ressaltam o risco de captura política desses espaços de cogestão, tornando-os arenas de barganha clientelista em vez de fóruns verdadeiramente deliberativos (Boettke; Lee, 2008).

Depreende-se, portanto, que o conceito de Direito à saúde não está desvinculado de uma perspectiva política, sujeitando qualquer concepção de direito à saúde a intensas

críticas. Dessa forma, é preciso alcançar uma formulação suficientemente útil a esta pesquisa, que permita uma análise objetiva e global da efetividade da Instituição elencada.

No plano internacional, essa articulação também foi reforçada por instrumentos voltados ao desenvolvimento sustentável, como a Agenda 21 e, posteriormente, a Agenda 2030 das Nações Unidas, que instituiu os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Esses documentos reconhecem que a promoção da saúde depende da integração entre políticas sociais, proteção ambiental e desenvolvimento econômico sustentável (ONU, 2015).

Diante desse processo evolutivo, consolida-se uma compreensão integrada da saúde, que articula diferentes dimensões do bem-estar humano. Assim, o conceito contemporâneo de saúde resulta da convergência entre quatro elementos fundamentais: o bem-estar físico e mental, os determinantes sociais da saúde, os determinantes ambientais e a garantia de um meio ambiente ecologicamente equilibrado. Essa perspectiva amplia a compreensão do processo saúde-doença e evidencia que a promoção da saúde depende de políticas públicas intersetoriais capazes de atuar simultaneamente nas dimensões biológica, social e ambiental.

Nesse sentido, a literatura recente tem utilizado a expressão saúde socioambiental para designar essa abordagem integrada, que reconhece a interdependência entre condições sociais, ambientais e sanitárias. Trata-se de uma concepção que busca compreender a saúde como resultado de sistemas complexos de relações entre indivíduos, sociedade e meio ambiente (Abud; Oliveira; Lamy, 2023)

Assim, observa-se que o conceito de saúde percorreu um longo processo de expansão conceitual e normativa. Da definição restrita à ausência de enfermidade, evoluiu para a ideia de bem-estar físico e mental, posteriormente ampliada pela incorporação dos determinantes sociais e, mais recentemente, pela integração com a dimensão ambiental. Afinal, é possível sumarizar o conceito de saúde a partir da seguinte imagem:

Figura 2 – Evolução do conceito de Saúde



Fonte: ABUD; OLIVEIRA; LAMY, 2023

Nesse contexto, o que se pretende é encontrar é uma teoria capaz de apontar para o empoderamento do cidadão, a proposta central de *Development as Freedom* amolda-se a este objetivo, uma vez que coloca a liberdade como alicerce do desenvolvimento. Sen (1999) inova ao conceber o desenvolvimento como um processo de ampliação das liberdades humanas, em vez de associá-lo exclusivamente à expansão do crescimento econômico. Para dar consistência a essa visão, ele introduz o conceito de capacidades, compreendidas como as habilidades concretas que permitem aos indivíduos realizar atividades que conferem sentido às suas vidas:

Ao focalizar nas liberdades humanas contrasta-se com visões mais restritas de desenvolvimento, como aquelas que o identificam apenas com o crescimento do produto interno bruto, ou com o aumento da renda pessoal, da industrialização, do avanço tecnológico ou da modernização social (Sen, 1999, p.10).

A ambição de Sen é evidente: oferecer uma teoria unificada do desenvolvimento fundamentada na liberdade. Ainda que essa mudança de perspectiva possa parecer

intuitiva, em comparação com as abordagens anteriores ela marca uma ruptura profunda. Ao adotar a liberdade como lente analítica, Sen acolhe preocupações tradicionalmente levantadas por críticos do mercado livre, tais como a regulação do comércio e a intervenção estatal, sem abandonar o reconhecimento da importância dos mercados e das liberdades econômicas que deles decorrem (Sen, 1999).

A abordagem de Sen (1999) fundamenta-se no conceito de “capacidades”, que traduz a liberdade concreta de cada indivíduo para levar a vida que valoriza e tem razões para valorizar. Nesse modelo, os *functionings* correspondem às diversas conquistas ou estados de ser que alguém considera valiosos, enquanto o conjunto de “capacidades” abarca todas as combinações possíveis desses *functionings* que lhe estão efetivamente ao alcance. Por exemplo, um homem rico que escolhe jejuar e um homem pobre que sofre de fome encontram-se, em termos de consumo imediato de alimento, na mesma condição; contudo, apenas o primeiro dispõe da liberdade real para comer, caso deseje fazê-lo. Assim, o rico possui um leque de capacidades muito mais amplo do que o pobre (Sen, 1999).

Essa diferença pontua a importância de expandir as capacidades sociais para promover a saúde, refletindo diretamente o grau de equidade de uma sociedade. Afinal não são os países mais abastados, mas aqueles com menor desigualdade, que alcançam melhores indicadores de saúde (Llambiás-Wolff, 2015; Lema Añón, 2020). Contudo, apesar de proclamadas metas igualitárias e marcos normativos, o mundo presenciou, em 2020, durante a pandemia, um acirramento da concentração de riqueza, agravando o descumprimento de direitos sociais sobretudo entre as populações mais vulneráveis (OXFAM, 2020).

Nessa mesma direção, a compreensão das desigualdades em saúde exige o deslocamento de enfoques centrados em fatores individuais para uma análise das condições estruturais que moldam a vida social, uma vez que elementos como renda, moradia, trabalho e acesso a políticas públicas exercem influência determinante sobre os resultados sanitários. Nessa perspectiva, Bryant (2025) critica a persistência do fenômeno denominado *lifestyle drift*, por meio do qual, mesmo diante do reconhecimento dos determinantes sociais da saúde, as respostas institucionais tendem a recair sobre intervenções comportamentais, obscurecendo as causas estruturais das iniquidades. A

autora demonstra que tais desigualdades estão intrinsecamente vinculadas às dinâmicas da economia política contemporânea, especialmente ao avanço de orientações neoliberais que promovem a retração do Estado, a privatização de serviços e a responsabilização individual, contribuindo para a ampliação das disparidades sociais e para a despolitização do debate em saúde. Por tal razão, a eficácia do direito à saúde demanda não apenas medidas técnicas, mas a reconfiguração das políticas públicas em direção a estratégias redistributivas e estruturalmente orientadas, capazes de enfrentar as raízes sociais das desigualdades e promover maior equidade no acesso aos bens e serviços essenciais (Bryant, 2025).

Ademais, a compreensão do direito à saúde como um direito social de natureza complexa e estrutural também exige a análise das dinâmicas de formulação das políticas públicas que o sustentam. Nesse contexto, destaca-se que determinadas problemáticas sanitárias, embora relevantes do ponto de vista epidemiológico e social, não recebem a devida centralidade na agenda governamental, como ocorre com as chamadas doenças negligenciadas. Tais enfermidades afetam predominantemente populações em situação de vulnerabilidade e evidenciam a relação intrínseca entre saúde e desigualdade social, revelando que a ausência de respostas estatais eficazes não decorre da falta de conhecimento técnico, mas de falhas estruturais nos sistemas de saúde e, sobretudo, de desinteresse econômico decorrente da baixa lucratividade associada ao seu tratamento (Madureira *et al.*, 2023).

A inserção dessas doenças na agenda pública, portanto, não é automática, mas depende de processos políticos complexos, marcados pela atuação de múltiplos atores, pressões institucionais e condicionantes internacionais. Conforme demonstrado na literatura de políticas públicas, especialmente a partir do modelo de formação de agenda, a priorização de determinados problemas decorre da convergência entre fluxos de problemas, soluções e contexto político, o que explica por que determinadas demandas sociais permanecem historicamente marginalizadas (Madureira *et al.*, 2023).

Essa constatação reforça a ideia de que o direito à saúde, embora formalmente assegurado, encontra limites concretos em sua efetivação, especialmente quando inserido em uma lógica de mercado que condiciona a produção de insumos, tecnologias e políticas sanitárias. Assim, a persistência das doenças negligenciadas uma expressão

das desigualdades estruturais que permeiam o acesso à saúde, exigindo a adoção de políticas públicas intersetoriais, planejadas e orientadas pela equidade, sob pena de perpetuação de ciclos de exclusão sanitária (Madureira *et al.*, 2023).

É nesse cenário de tensões entre reconhecimento formal de direitos e limitações concretas de acesso que se insere a promulgação da Lei nº 15.378, de 6 de abril de 2026, que institui o Estatuto dos Direitos do Paciente, representando um marco no processo de consolidação normativa do direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro, em sintonia com a perspectiva seniana. Ao reunir, em um único diploma, garantias relacionadas à dignidade, à autonomia e à participação do paciente, a norma contribui para a superação de um modelo assistencial historicamente marcado por assimetrias decisórias, no qual o indivíduo ocupava posição predominantemente passiva. Em seu lugar, afirma-se uma concepção de cuidado centrada na pessoa, que reconhece o paciente como sujeito ativo, capaz de compreender, avaliar e decidir sobre aspectos fundamentais de seu tratamento, como se extrai do art. 2º, inciso I¹, ao definir a autodeterminação como a capacidade do paciente de orientar suas escolhas segundo sua própria vontade, livre de coerções externas ou influências subjugantes (BRASIL, 2026).

Essa mudança de perspectiva dialoga diretamente com a abordagem do desenvolvimento como liberdade, formulada por Amartya Sen (1999; 2011), ao evidenciar que a eficácia dos direitos não se esgota em sua previsão formal, mas depende da ampliação das capacidades reais dos indivíduos. Ao assegurar o direito à informação clara, ao consentimento informado e à autodeterminação terapêutica, o Estatuto cria condições para que o paciente não apenas tenha acesso aos serviços de saúde, mas possa efetivamente participar das decisões que impactam sua vida. Trata-se, portanto, de uma transformação que aproxima o direito à saúde de sua dimensão mais substantiva, na qual a liberdade de escolha e a possibilidade de agir com base em informações qualificadas tornam-se elementos centrais para a promoção do bem-estar.

Nesse contexto, a lei também aproxima a saúde da compreensão e o fortalecimento da mediação sanitária. Ao valorizar o diálogo, a transparência e a

¹ “Art.2º. Para os fins desta Lei, considera-se: I - autodeterminação: capacidade do paciente de autodeterminar-se segundo sua vontade e suas escolhas, livre de coerção externa ou de influência subjugante;” (Brasil, 2026)

construção compartilhada de soluções, o Estatuto contribui para reduzir barreiras comunicacionais e assimetrias informacionais que frequentemente estão na origem dos conflitos em saúde. Ao mesmo tempo, ao reconhecer o paciente como agente participante do processo decisório, cria-se um ambiente mais propício à resolução consensual das controvérsias, seja na fase pré-processual, seja no âmbito judicial. A mediação, nesse cenário, deixa de ser apenas um instrumento técnico de solução de conflitos para se afirmar como expressão de um modelo mais humano e participativo de gestão das demandas em saúde.

Essa direção dialoga profundamente com Sen, para quem a liberdade não se restringe à ausência de restrições, mas envolve a real possibilidade de escolha entre alternativas. Nesse sentido, a autodeterminação do paciente somente se concretiza quando há acesso a informações adequadas, condições de entendimento e ausência de pressões indevidas, fatores que ampliam suas capacidades de decisão. Assim, a previsão normativa da autodeterminação impõe ao sistema de saúde o dever de criar condições que permitam seu exercício efetivo, aproximando o direito à saúde de sua dimensão mais concreta e vivencial.

Ao reconhecer o paciente como agente capaz de participar ativamente das decisões sobre seu tratamento, a norma reforça a necessidade de espaços institucionais que favoreçam o diálogo, a escuta e a construção compartilhada de soluções. A mediação, nesse contexto, apresenta-se como um ambiente particularmente adequado para a realização da autodeterminação, na medida em que busca equilibrar relações, reduzir assimetrias e permitir que as escolhas do paciente sejam efetivamente consideradas no processo decisório. Mais do que resolver conflitos, a mediação sanitária passa a atuar como instrumento de concretização da autonomia, contribuindo para que o indivíduo não apenas seja destinatário das políticas de saúde, mas protagonista de sua própria trajetória de cuidado.

Nesse contexto, a centralidade conferida à participação do paciente nas decisões sobre seu tratamento também exige uma reflexão crítica acerca das condições concretas de realização do direito à saúde. Importa sublinhar que esse direito, assim como outros direitos sociais, não emerge de uma ordem “natural”, mas resulta de construções jurídicas historicamente definidas por estruturas de poder. Quando instituições estatais e atores

políticos passam a naturalizar a prevalência de interesses econômicos em detrimento das garantias mínimas de subsistência, acabam por reproduzir barreiras que comprometem o acesso equitativo aos serviços de saúde (Lema Añón, 2020).

Diante desse percurso teórico, evidencia-se que o direito à saúde não pode ser compreendido de forma restrita, seja como mera ausência de enfermidade, seja como simples prestação de serviços médicos. Ao contrário, trata-se de um direito de natureza complexa, cuja eficácia depende da articulação entre condições sociais, econômicas, ambientais e institucionais, bem como da capacidade concreta dos indivíduos de acessar e se beneficiar dessas condições.

Essa ampliação conceitual produz uma consequência relevante para o campo jurídico: se a saúde não se reduz à oferta de tratamentos, mas envolve condições reais de acesso, compreensão e interação com o sistema, então os mecanismos tradicionais de tutela, especialmente aqueles centrados exclusivamente na resposta judicial, mostram-se, por si só, insuficientes para assegurar a plena eficácia desse direito.

Nesse sentido, a incorporação da abordagem das capacidades reforça que a eficácia do direito à saúde depende não apenas da existência de prestações estatais, mas da possibilidade concreta de os indivíduos acessarem tais prestações em tempo oportuno e de forma adequada. A noção de equidade, por sua vez, coloca que esse acesso não se realiza de maneira uniforme, sendo condicionado por desigualdades estruturais que limitam, de forma diferenciada, as possibilidades reais de ação dos sujeitos.

É precisamente essa compreensão ampliada do direito à saúde que abre espaço para a análise de mecanismos institucionais voltados não apenas à entrega de bens e serviços, mas à forma como os conflitos em saúde são tratados. Se a eficácia desse direito envolve, também, a redução de barreiras de acesso, a construção de soluções adequadas e a consideração das condições concretas dos indivíduos, torna-se relevante investigar instrumentos que operam nesse plano relacional, procedimental e institucional.

Por tal razão, a mediação sanitária especialmente no âmbito do CEJUSC Saúde apresenta-se como objeto de análise pertinente. Ao propor a resolução consensual de demandas sanitárias por meio do diálogo entre usuários, gestores públicos e demais atores envolvidos, esse modelo busca oferecer respostas mais céleres e potencialmente

mais adequadas às especificidades dos casos concretos, atuando, inclusive, de forma prévia à judicialização.

Assim, o estudo da mediação sanitária, a partir da experiência do CEJUSC Saúde, não decorre de uma escolha meramente instrumental, mas da própria necessidade, imposta pela concepção ampliada de saúde aqui adotada, de examinar se e como determinados arranjos institucionais podem contribuir para a eficácia do direito à saúde para além da via judicial tradicional, especialmente no que se refere à redução de barreiras de acesso e à promoção de soluções mais ajustadas às necessidades dos indivíduos.

Por isso, não basta afirmar o direito à saúde em termos abstratos, é necessário examinar as condições reais que permitem ou impedem seu exercício, especialmente no que diz respeito à capacidade de acesso equitativo da população às políticas públicas sanitárias. É nesse sentido que se justifica o exame do panorama da judicialização da saúde, na medida em que sua análise permite identificar, de forma concreta, em que pontos as vias institucionais existentes se mostram insuficientes para assegurar o acesso ao direito, bem como evidenciar as barreiras que condicionam sua realização no plano fático.

1.2 Panorama da Judicialização da Saúde

Neste tópico, será traçado um panorama histórico da judicialização no Brasil, identificando as principais causas de crescimento das demandas judiciais em saúde. A seção avaliará ainda as repercussões desse fenômeno sobre a governabilidade do SUS e discutirá caminhos para aprimorar a integração entre as demandas judiciais e as políticas públicas setoriais.

Primeiro, importa compreender como surge esse fenômeno. Uma forma é observar a judicialização da saúde como o uso do Poder Judiciário para garantir o direito ao acesso a medicamentos, tratamentos e procedimentos médicos, diante da inoperância ou insuficiência das vias administrativas. Esse fenômeno pode ser interpretado sob duas vertentes: enquanto críticos veem-no como ativismo judicial que invade a esfera política e fragiliza a governança democrática, defensores o consideram extensão da cidadania,

ampliando o protagonismo de grupos vulneráveis na formulação das políticas públicas (Machado, 2008).

A judicialização da saúde insere-se em um fenômeno mais amplo de expansão do Poder Judiciário no contexto das democracias contemporâneas, denominado judicialização da política. Esse processo decorre, sobretudo, da centralidade assumida pelos direitos fundamentais nas constituições pós-Segunda Guerra Mundial e da ampliação da jurisdição constitucional, que passou a atribuir aos tribunais, especialmente às Cortes Constitucionais, a responsabilidade de intervir em questões tradicionalmente afetadas aos Poderes Executivo e Legislativo. No Brasil, tal dinâmica é intensificada a partir da Constituição de 1988, que não apenas consagra um amplo catálogo de direitos sociais, como também fortalece os mecanismos de controle de constitucionalidade, ampliando o espaço de atuação do Judiciário na concretização dessas garantias (Ramos; Ramos; Miranda, 2022).

Nesse cenário, a judicialização da saúde pode ser compreendida como uma manifestação específica dessa expansão institucional, na medida em que o Poder Judiciário passa a atuar como instância decisória diante das omissões, insuficiências ou falhas das políticas públicas sanitárias. A transferência de decisões sobre acesso a tratamentos, medicamentos e serviços de saúde para o Judiciário evidencia não apenas a busca pela efetivação de direitos fundamentais, mas também a fragilidade das instâncias políticas majoritárias na formulação e implementação de políticas públicas eficazes, reforçando a permeabilidade entre os campos do direito e da política (Ramos; Ramos; Miranda, 2022).

No contexto brasileiro, a judicialização da política não pode ser compreendida como um fenômeno isolado ou meramente contingencial, mas como resultado de um conjunto de condições estruturais que ampliam o protagonismo do Poder Judiciário. A redemocratização, a centralidade conferida aos direitos fundamentais pela Constituição de 1988 e a robustez dos mecanismos de controle de constitucionalidade criaram um ambiente institucional no qual o Supremo Tribunal Federal passou a ocupar uma posição cada vez mais relevante na vida política e social do país. Nesse cenário, o STF deixa de atuar apenas como intérprete último da Constituição para assumir, em muitos casos, um

papel decisório em questões sensíveis, frequentemente relacionadas à definição e à implementação de políticas públicas (Ramos; Ramos; Miranda, 2022).

Esse protagonismo é reforçado por fatores que atravessam a dinâmica institucional brasileira, como a amplitude de competências atribuídas à Corte, o acesso relativamente facilitado à jurisdição constitucional e, sobretudo, as limitações das instâncias políticas majoritárias em oferecer respostas adequadas a demandas sociais complexas. Diante de impasses, omissões ou dificuldades de coordenação entre Executivo e Legislativo, o Judiciário acaba sendo chamado a intervir, funcionando, não raras vezes, como espaço de resolução de conflitos que não encontraram solução no âmbito político. Nesse sentido, a atuação do Supremo Tribunal Federal evidencia uma zona de interseção cada vez mais tênue entre direito e política, na qual decisões judiciais passam a influenciar diretamente a conformação das escolhas públicas e a concretização de direitos fundamentais (Ramos; Ramos; Miranda, 2022).

É precisamente nesse contexto de expansão funcional do Poder Judiciário que se insere a compreensão da judicialização da saúde, como expressão setorial de um fenômeno mais amplo de judicialização da política no Brasil. Trata-se de dinâmica caracterizada pela crescente ingerência do Judiciário em matérias de cunho político, tradicionalmente atribuídas aos Poderes Executivo e Legislativo. Contudo, conforme destacam Ramos, Sena e Pinheiro (2020), não se pode explicar esse protagonismo exclusivamente como resultado do amadurecimento democrático ou da ampliação do acesso à justiça, uma vez que a judicialização também é impulsionada pelo uso estratégico dos tribunais por grupos de interesse econômico e social, que identificam no Judiciário um espaço eficaz para a promoção de suas demandas.

Nesse cenário, o direito à saúde, alçado pela Constituição de 1988 ao patamar de garantia universal e programática, torna-se um dos principais eixos de intervenção jurisdicional devido à percepção de inoperância dos demais Poderes e à catalogação extensiva de direitos sociais que demandam prestações positivas do Estado. O manejo de ações constitucionais por oposições políticas, funcionando como mecanismo para obstaculizar decisões majoritárias, acaba por transferir para as cortes a última palavra sobre a alocação de recursos e a implementação de políticas públicas de saúde.

Contudo, emerge uma importante contradição institucional: ao mesmo tempo em que as funções judiciárias se expandem, observa-se um profundo descrédito popular nas instituições, com índices de confiança no Judiciário e apoio à democracia em patamares criticamente baixos, conforme revelado pelos dados da *Corporación Latinobarómetro* (2024). Assim, de pronto importa colocar que a judicialização do direito à saúde no Brasil reflete menos um altruísmo das autoridades perante os clamores populares e mais uma complexa dinâmica de fragmentação do espaço público, em que o Judiciário é alçado à posição de "redentor" das questões públicas diante de uma crise de legitimidade e de identidade institucional entre os cidadãos e os poderes da República (Ramos; Sena; Pinheiro, 2020)

Em outra monta, independentemente das críticas, observa-se que foi a própria consolidação do direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro, especialmente após a Constituição de 1988, a responsável por conduzir à progressiva ampliação da atuação do Poder Judiciário na garantia desse direito fundamental social. A saúde foi expressamente reconhecida como direito de todos e dever do Estado, devendo ser assegurada mediante políticas sociais e econômicas destinadas à redução de riscos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde no art. 196 da CFBR (BRASIL, 1988). A partir dessa previsão constitucional, o Supremo Tribunal Federal passou a desempenhar papel central na definição dos contornos jurídicos desse direito, sobretudo diante das lacunas e insuficiências na implementação das políticas públicas sanitárias. Nesse cenário, a evolução da jurisprudência constitucional brasileira pode ser compreendida a partir de quatro fases principais no tratamento da judicialização da saúde (Cunha, 2020).

A primeira fase corresponde ao período de não-ativismo judicial, que se estende aproximadamente da promulgação da Constituição de 1988 até meados da década de 1990. Nesse momento inicial, predominava o entendimento de que as normas constitucionais relativas à saúde possuíam natureza programática e eficácia limitada, dependendo da atuação legislativa e administrativa para sua plena concretização. Essa interpretação conduziu a uma postura mais restritiva do Poder Judiciário, que demonstrava resistência em impor obrigações prestacionais diretas ao Estado na área da saúde (Cunha, 2020).

A segunda fase, que se inicia no final da década de 1990, é caracterizada pela absolutização do direito à saúde. Nesse período, o Supremo Tribunal Federal passou a reconhecer de maneira mais enfática o caráter fundamental e imediatamente exigível do direito à saúde, vinculando-o diretamente aos princípios da dignidade da pessoa humana e da proteção à vida. Decisões paradigmáticas, como aquelas proferidas no RE 271.286-8/RS e na PET 1.246/SC, consolidaram a compreensão de que o direito à saúde constitui direito público subjetivo e que eventuais limitações orçamentárias não poderiam justificar a omissão estatal diante de situações que envolvessem risco à vida ou à integridade dos indivíduos (Cunha, 2020).

Esse movimento, enfim, sob forte influência das primeiras ações de usuários de antirretrovirais culminou na Lei n. 9.313/1996. Nesse contexto, o Judiciário passou a deferir os pedidos do direito à saúde de forma majoritária sinalizando a consolidação da mudança de paradigma e impulsionando a expansão de direitos até então apenas programáticos (Machado, 2008). A partir daí, o número de mandados de segurança e de ações civis públicas cresceu exponencialmente, acompanhando a ampliação do escopo de medicamentos de alto custo e de tratamentos especializados pleiteados individualmente.

A multiplicidade de atores envolvidos, beneficiários individuais, Defensoria Pública, associações de pacientes e Ministério Público, e a predominância de liminares expedidas sem critérios uniformes evidenciam a fragmentação das decisões judiciais (Machado, 2008). Embora a judicialização tenha acelerado a efetivação de direitos e provocado avanços regulatórios, também gerou sobrecarga orçamentária e desequilíbrios na alocação de recursos, prejudicando o princípio da integralidade e suscetível de causar “efeito de exclusão” de outros pacientes (Machado, 2008, pp. 89–91).

Além das ações individuais de mandado de segurança, que se multiplicaram em busca de medicamentos e procedimentos específicos, a judicialização da saúde mobilizou também instrumentos coletivos, como a Ação Civil Pública e o papel proativo do Ministério Público na propositura de demandas em defesa de direitos difusos (Machado, 2008). Nessa triangulação entre beneficiários, Defensoria Pública e associações de pacientes, as liminares passaram a ser expedidas com grande

frequência, contornando prazos de licitação e critérios técnicos de priorização, o que revela tanto a agilidade quanto a arbitrariedade potencial desse mecanismo.

O exemplo paradigmático é o das ações em torno do tratamento da AIDS: antes de 1996, o Judiciário negava sistematicamente pleitos por antirretrovirais; com a aprovação da Lei n.9.313/96, tornou-se majoritário o deferimento dessas ações, ilustrando como a judicialização pode impulsionar avanços normativos, mas também impor custos orçamentários imprevisíveis (Machado, 2008).

O fato é que desde os anos 1990, a judicialização da saúde no Brasil ultrapassa o simples provimento de cuidados médicos individuais, constituindo-se como fenômeno complexo de gestão biopolítica e redistribuição orçamentária (Da Roda; Inácio, 2025). A compreensão desse panorama revela tensão entre o direito fundamental e a capacidade institucional do Sistema Único de Saúde, exigindo análise tanto em âmbito nacional quanto em experiências locais de desjudicialização. Constata-se que a judicialização não decorre apenas da ausência de protocolos clínicos, mas integra decisões políticas, filosóficas e econômicas que moldam o uso dos recursos públicos em saúde (Da Roda; Inácio, 2025). A falta de parâmetros objetivos para orientar o Judiciário, que devem conciliar universalidade, integralidade e equidade com análise de custo-benefício, tem gerado decisões heterogêneas e repercussões orçamentárias imprevisíveis (Da Roda; Inácio, 2025). Esse caráter sistêmico manifesta-se em todo o território nacional, com demanda crescente por medicamentos, procedimentos de alto custo e terapias inovadoras, pressionando as finanças públicas e desafiando a universalização do SUS.

Em razão disso, posteriormente, a jurisprudência constitucional evoluiu para uma terceira fase, marcada pelo debate sobre os custos dos direitos e os limites da intervenção judicial em políticas públicas. A partir de decisões como a ADPF 45/DF (BRASIL, 2004) e a Suspensão de Tutela Antecipada nº 91/AL (BRASIL, 2007), o Supremo Tribunal Federal passou a incorporar em sua análise o tensionamento entre dois princípios estruturantes do constitucionalismo social contemporâneo: o mínimo existencial e a reserva do possível. Nesse contexto, reconheceu-se que a efetivação do direito à saúde exige decisões alocativas e envolve limitações financeiras do Estado, o que impõe a necessidade de ponderação entre a proteção do indivíduo e a sustentabilidade das políticas públicas (Cunha, 2020).

O fenômeno refletido nas decisões do STF é fruto um processo resultou no crescimento progressivo das demandas judiciais relacionadas, sobretudo, ao fornecimento de medicamentos e tratamentos médicos, revelando tanto a centralidade do direito à saúde no ordenamento constitucional quanto as dificuldades institucionais do sistema de saúde em atender determinadas necessidades da população (Ribeiro; Vidal, 2018)

Os efeitos da judicialização revelam-se ambíguos: enquanto acelera a concretização de direitos e pressiona os demais poderes a regulamentar políticas omissas, pode gerar efeito de exclusão ao priorizar casos individuais em detrimento de necessidades coletivas e desorganizar o planejamento orçamentário do SUS (Machado, 2008). Nesse diapasão, a judicialização dos direitos sociais insere-se em um debate mais amplo sobre os custos dos direitos e a escassez de recursos públicos, uma vez que a concretização de direitos sociais depende da implementação de políticas públicas e da alocação de recursos financeiros pelo Estado. Nesse contexto, decisões judiciais que determinam prestações estatais específicas podem interferir na definição das prioridades administrativas e orçamentárias, produzindo impactos relevantes na organização das políticas públicas e na distribuição dos recursos disponíveis (Wang, 2008)

Por isso, o debate entrincheira-se entre a garantia do direito fundamental à saúde, associado à proteção da vida e da dignidade da pessoa humana e as limitações materiais, e os interesses financeiros que condicionam a atuação do Estado. Essa tensão tem sido frequentemente expressa no debate jurídico por meio da chamada cláusula da reserva do possível, e mínimo existencial (Araújo, 2011; Wang, 2008).

Nessa terceira etapa da compreensão do STF, o que se observa é: o princípio da reserva do possível apresenta-se como um critério de limitação material da atuação estatal, ancorado na disponibilidade de recursos financeiros. Trata-se de uma construção que vincula a efetivação dos direitos sociais à capacidade orçamentária do Estado, sendo frequentemente mobilizada para justificar a contenção de gastos públicos e a restrição de políticas sociais. No âmbito do direito à saúde, essa perspectiva se traduz no reconhecimento de um cenário histórico de subfinanciamento, legitimado por contextos de austeridade fiscal e reformas estruturais do Estado, como exemplificado pela Emenda Constitucional nº 95/2016. Nesse sentido, a reserva do possível opera como fundamento

para a limitação das prestações estatais (Carvalho *et al.*, 2021), inserindo o direito à saúde na lógica do custo dos direitos (Cunha, 2020), em consonância com diagnósticos que apontam para uma crise crônica de financiamento da saúde pública (Ocké-Reis, 2015; Vieira; Benevides, 2016).

Por sua vez, o mínimo existencial configura-se como um parâmetro normativo voltado à garantia de um núcleo essencial de direitos, correspondente a um patamar mínimo de prestações indispensáveis à dignidade humana. No entanto, no campo do direito à saúde, essa noção tem sido associada à delimitação de uma cobertura restrita de serviços, em contraste com o modelo constitucional de universalidade e integralidade. Conforme destaca Cunha (2020), a incorporação da ideia de Cobertura Universal de Saúde (CUS) no debate brasileiro revela uma tendência de redução do direito à saúde a um conjunto básico de prestações, o que pode implicar a mitigação dos princípios estruturantes do Sistema Único de Saúde, notadamente a universalidade, a integralidade e a equidade.

A partir dessa perspectiva crítica, ambos os conceitos são compreendidos como potenciais vetores de restrição do direito à saúde. Enquanto a primeira opera pela via da limitação financeira, a segunda atua pela redução qualitativa do conteúdo do direito. Em conjunto, tais categorias contribuem para a reconfiguração do modelo constitucional de saúde, deslocando-o de uma concepção universalista para uma lógica focalizada e minimalista, com impactos diretos na efetividade das políticas públicas e na própria estrutura do SUS (Cunha, 2020).

Esse contexto de restrição material e redefinição do conteúdo do direito à saúde também se reflete no crescimento da judicialização da saúde no Brasil. Fato é que como referido anteriormente a judicialização na saúde cresceu nos últimos anos. Nas palavras de Schulze (2019) este cenário é um mal sinal, pois mesmo por via judicial, o serviço não é prestado adequadamente. O fenômeno observado demonstra a dificuldade ao acesso a tal direito, que tem se dado pela via judicial ao revés da via da prestação ordinária do serviço. Por isso, observa-se que o debate jurídico e institucional passou a enfatizar a necessidade de construção de critérios que orientem a atuação judicial em matéria de saúde. Tal movimento reflete a busca por um equilíbrio entre a proteção dos direitos fundamentais e a preservação da racionalidade das políticas públicas sanitárias,

reconhecendo que a efetivação do direito à saúde depende não apenas da intervenção judicial, mas também da adequada organização e governança do sistema público de saúde (Araújo, 2011; Ribeiro; Vidal, 2018; Wang, 2008)

Nesse cenário, surge a quarta e atual fase da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal que pode ser identificada como a fase da medicina baseada em evidências, inaugurada especialmente a partir da Audiência Pública nº 4 do STF, realizada em 2009, que reuniu especialistas para discutir os impactos da judicialização da saúde no país. As reflexões produzidas nesse debate foram posteriormente sistematizadas no julgamento do Agravo Regimental na Suspensão de Tutela Antecipada nº 175/CE (BRASIL, 2010), no qual o Tribunal estabeleceu parâmetros mais objetivos para o exame das demandas judiciais na área da saúde. Entre esses critérios destacam-se a análise da existência de políticas públicas previamente estruturadas, a observância dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Sistema Único de Saúde, a verificação do registro de medicamentos na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a necessidade de comprovação científica da eficácia e segurança do tratamento pleiteado (Cunha, 2020).

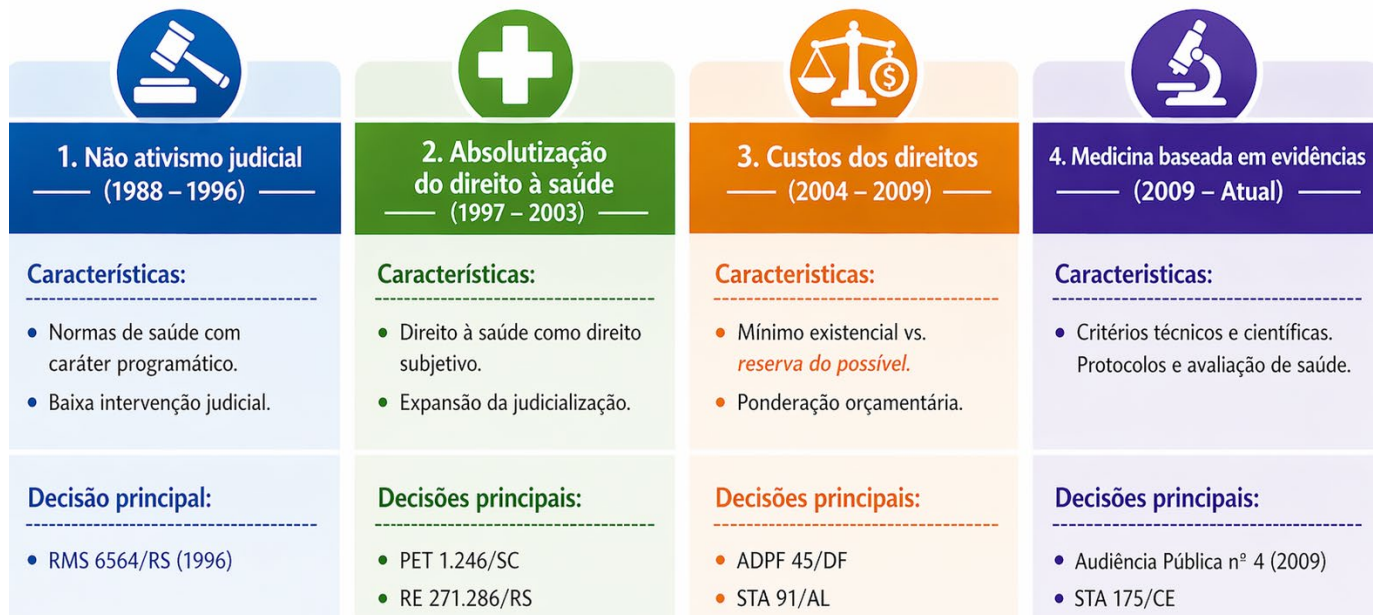
Essa evolução jurisprudencial revela uma trajetória que vai da baixa intervenção judicial à expansão do protagonismo do Judiciário na proteção do direito à saúde, seguida de um movimento de racionalização e institucionalização das decisões judiciais. Em outras palavras, o Supremo Tribunal Federal passou de uma postura inicial de deferência às escolhas administrativas para um período de forte judicialização, posteriormente equilibrado pela introdução de critérios técnicos e científicos voltados à preservação da coerência e sustentabilidade das políticas públicas sanitárias.

Resta evidente também que a judicialização da saúde não pode ser compreendida apenas como um fenômeno jurídico, mas como resultado de tensões estruturais entre a garantia de direitos fundamentais, a gestão de políticas públicas e a limitação de recursos estatais, isto é, o fenômeno da judicialização se dá como uma resposta à inefetividade administrativa do Estado em garantir, de forma plena, o acesso equitativo e universal aos serviços de saúde, conforme previsto na Constituição Federal de 1988. Nesse cenário, surgem propostas institucionais voltadas à construção de mecanismos capazes de reduzir a litigiosidade e promover soluções cooperativas para conflitos sanitários, entre

os quais se destacam experiências de mediação sanitária e outras formas de resolução consensual de conflitos em saúde, concebidas como instrumentos aptos a promover diálogo institucional entre usuários do sistema de saúde, gestores públicos e operadores do direito, contribuindo para a efetivação do direito à saúde de forma mais eficaz e equitativa.

A fim de elucidar o panorama histórico do posicionamento do STF, segue a imagem:

Figura 3 - Fases da Jurisprudência do STF sobre a Judicialização da Saúde



Fonte: Elaborado pelo autor com base em Cunha (2020).

Dessa forma, a evolução da jurisprudência constitucional revela a tentativa de construção de um modelo interpretativo que articule três dimensões fundamentais: a garantia do mínimo existencial, a consideração das limitações materiais expressas pela reserva do possível e a utilização de parâmetros técnico-científicos derivados da medicina baseada em evidências. Esse arranjo evidencia que a judicialização da saúde no Brasil deixou de ser compreendida apenas como mecanismo de acesso individual a prestações estatais, passando a integrar um processo mais amplo de racionalização constitucional da política pública de saúde.

Nesse contexto, a mediação sanitária apresenta-se como instrumento adequado para promover o diálogo entre usuários, gestores públicos e profissionais da saúde,

permitindo a construção de soluções baseadas tanto na proteção do núcleo essencial do direito à saúde quanto na observância das políticas públicas e das evidências científicas disponíveis. Ao favorecer soluções cooperativas e tecnicamente fundamentadas, esse mecanismo contribui para reduzir a litigiosidade, preservar a racionalidade das políticas sanitárias e fortalecer a efetividade do Sistema Único de Saúde, aproximando a resolução dos conflitos do próprio ambiente institucional em que as decisões sanitárias são formuladas.

Diante desse panorama teórico e jurisprudencial, que evidencia a crescente complexidade da judicialização da saúde e os esforços institucionais para sua racionalização, torna-se imprescindível avançar para a análise de dados quantitativos a fim de dimensionar a magnitude, a persistência e os impactos estruturais desse fenômeno no Brasil, permitindo avaliar, de forma mais precisa, tanto a expansão da litigiosidade quanto a capacidade de resposta institucional do Poder Judiciário.

1.2.1 Conceito de Judicialização da saúde

Para além da posição das cortes, a judicialização da saúde deve ser compreendida como um fenômeno em si. Essencialmente trata-se do recurso ao Poder Judiciário por parte da população para obter acesso a tratamentos, internações, exames, medicamentos ou outros procedimentos que lhe foram negados administrativamente, apesar de estarem amparados pelos direitos fundamentais constitucionais. A questão problema, como ilustrado anteriormente, passa pelo fato da intensificação do referido fenômeno diante da dificuldade do Estado brasileiro em assegurar a plenitude de acesso e tratamento integral à saúde, resultando em um alto crescimento de demandas judiciais (Dresch, 2015).

Nesse sentido, ainda que a Constituição Federal determine que a saúde é direito de todos e dever do Estado, a realidade vivenciada por muitos brasileiros é marcada por desigualdades sociais, ausência de infraestrutura, carência de profissionais e ausência de equipamentos e insumos médicos, o que tem fomentado o crescimento de ações judiciais como mecanismo de acesso a direitos.

Para agravar a situação, de acordo com Calegari, Massarollo e Santos (2015), ainda que existam diversas leis e decretos que reconheçam os direitos dos usuários do

SUS, há uma ausência de um código normativo unificado, como um Estatuto de Direitos do Paciente, o que contribui para a fragmentação do atendimento e amplia a sensação de desamparo, impulsionando a busca pelo Judiciário. Nesse sentido, surge a contradição entre o reconhecimento legal do direito e a sua efetivação prática, ressaltando que os serviços públicos existentes, para os autores, são insuficientes tanto em quantidade quanto em qualidade, especialmente para as populações mais vulneráveis. Dessa forma, mesmo com a existência de princípios como a equidade, a integralidade e a universalidade, o acesso aos serviços de saúde está longe de alcançar a plenitude desejada. Assim, o Poder Judiciário acaba por se apresentar como uma alternativa para o exercício do direito à saúde, embora sua atuação também gere desafios à gestão pública, sobretudo no que se refere à alocação de recursos e à previsibilidade orçamentária (Dresch, 2015).

Conforme corroborado por Oliveira, de Almeida e Ramos (2024), a busca pelo Poder Judiciário se intensificou como resposta à fragilidade da gestão pública de saúde, evidenciada pela elevação de aproximadamente 130% nos processos de primeira instância entre 2008 e 2017 sendo que, no Superior Tribunal de Justiça, o número de novos casos passou de 6.953 em 2015 para 9.764 em 2017. Esse acréscimo, aliado ao aumento de cerca de 1.205% nos gastos do Ministério da Saúde no período de 2010 a 2016, ilustra o desequilíbrio entre a demanda populacional e os recursos efetivamente aplicados na manutenção e na ampliação dos serviços públicos de saúde, o que sobrecarrega o sistema e evidencia a necessidade de mudanças estruturais.

Portanto, este fenômeno, a judicialização, funciona como um termômetro das deficiências na gestão do setor, apontando para a insuficiência das políticas públicas em atender de forma integral a demandas essenciais, como o acesso a medicamentos de alto custo e a internações urgentes. Essa dinâmica, ao mesmo tempo em que assegura, por meio da intervenção judicial, o direito à saúde dos cidadãos, expõe como ressaltado, a lacuna entre o reconhecimento legal desse direito e sua efetivação prática. Em síntese, o fenômeno revela não apenas a sobrecarga do sistema judiciário, mas também a imperiosa necessidade de reestruturação na governança e na alocação dos recursos públicos para garantir a universalidade e a qualidade do atendimento em saúde (Oliveira, de Almeida, Ramos, 2024).

A revisão sistemática conduzida por Freitas, Fonseca e Queluz (2020) evidencia que a judicialização da saúde no Brasil está fortemente concentrada em ações individuais voltadas ao fornecimento de medicamentos. Aproximadamente 70% das demandas referem-se a fármacos já incorporados às listas do SUS, mas também incluem solicitações de tratamentos de alto custo ainda não oficializados, com base em prescrições médicas consideradas prova suficiente para deferimento judicial (Freitas *et al.*, 2020). Essa predominância de ações individuais revela não apenas a insuficiência dos mecanismos administrativos de aquisição e distribuição de medicamentos, mas também a centralidade do Judiciário como via alternativa para usuários que enfrentam lacunas na assistência farmacêutica.

Embora haja consenso de que a judicialização expressa a concretização do princípio constitucional da saúde integral e funcione como instrumento corretivo de omissões estatais, persiste controvérsia quanto aos seus efeitos sobre a gestão orçamentária e a eficácia das políticas públicas (Freitas *et al.*, 2020). De um lado, críticos apontam o risco de desorganização do planejamento do SUS e de “efeitos de exclusão” de pacientes não litigantes; de outro, defensores ressaltam o papel da judicialização em pressionar por regulação e aprimoramento de práticas assistenciais, especialmente na área farmacêutica. No plano macro, a ausência de diretrizes políticas claras aprofunda o déficit orçamentário da saúde, beneficiando parcela de cidadãos com acesso a mecanismos jurídicos e deixando em segundo plano ações coletivas e preventivas (Da Roda; Inácio, 2025). A tese de inconstitucionalidade por consequência reflete essa dissociação entre garantia individual de tratamento e sustentabilidade do sistema, evidenciando escolha de alocação que favorece alguns em detrimento da coletividade (Da Roda; Inácio, 2025).

Em um olhar mais atento ao Poder Executivo é possível notar que este também enfrenta questões na gestão de tal fenômeno. Para os gestores municipais de Governador Valadares (município brasileiro, localizado no interior do estado de Minas Gerais) entrevistados no trabalho realizado por Alves *et al.* (2025), a judicialização da saúde manifestou-se como uma estratégia de última instância, mobilizada quando o cidadão deparava-se com a ineficiência ou lentidão das instâncias administrativas para acesso a medicamentos, exames ou procedimentos. Nesse estudo qualitativo, a

judicialização foi conceituada como o recurso ao Judiciário para assegurar direitos fundamentais não atendidos, traduzindo-se, na ótica dos gestores, em instrumento de correção de omissões estatais e de concretização do “mínimo existencial” em saúde (Alves et al., 2025,). Ainda que reconheçam sua função protetiva, os entrevistados enfatizaram os conflitos que emergem entre demandas individuais e a lógica coletiva do SUS, ressaltando a necessidade de aprimorar mecanismos extrajudiciais de resolução de conflitos para preservar a integralidade do sistema.

No que tange aos impactos, Freitas *et al.* (2020) identificam um duplo efeito. Por um lado, a judicialização pressiona o sistema de saúde a aprimorar suas práticas obrigando a incorporação de protocolos, o reforço da assistência farmacêutica e a revisão de fluxos de aquisição, funcionando como mecanismo corretivo de falhas administrativas. Por outro, impõe encargos orçamentários imprevisíveis e tende a fragmentar o planejamento, na medida em que decisões judiciais liberam recursos fora do cronograma anual, comprometendo a alocação estável de verbas para ações preventivas e coletivas.

Nesse contexto, a judicialização da saúde se configura como movimento político-social que transcende a simples demanda por medicamentos, articulando dimensões éticas, sanitárias e jurídicas (Ventura *et al.*, 2010). A partir da análise de processos individuais no Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro entre 2007 e 2008, Ventura *et al.* identificam que três pilares sustentam as decisões judiciais: a prescrição médica individual, a hipossuficiência econômica dos autores e o caráter emergencial das demandas (Ventura *et al.*, 2010). Esses elementos revelam como a via judicial se torna, para muitos pacientes, o instrumento privilegiado de acesso a tratamentos não contemplados pelos fluxos regulares do SUS, embora represente saída tardia e onerosa para o sistema.

Por outro lado, as autoras advogam que não se pode confundir a judicialização, que corrige falhas pontuais na assistência, com estratégia de gestão coletiva de políticas de saúde (Ventura *et al.*, 2010). Ainda assim, isto não esclarece se o fenômeno da judicialização da saúde deve ser compreendido como ferramenta de acesso à saúde ou termômetro das deficiências estatais.

Para outros autos como Mattos, Ramos e Azevedo da Cruz (2019), a judicialização da saúde não passa por esse dilema por tratar-se de uma técnica de poder que se

desdobra na gestão biopolítica da vida. Nessa perspectiva, não se trata meramente do acesso individual a tratamentos e procedimentos, já garantidos de forma normativa, mas de um dispositivo de intervenção estatal que atualiza, de maneira cada vez mais capilar, os métodos de controle sobre os processos vitais. Conforme Foucault (2008) ilustra, esse exercício de poder pressupõe a diferenciação entre os que devem ser feitos viver e os que se encontram na lógica de deixar morrer, estabelecendo uma linha divisória que qualifica determinadas vidas como dignas de cuidados integrados e outras sujeitas a práticas de exclusão.

Os autores enfatizam que, ao operar como mediador das questões da vida, o Poder Judiciário não apenas efetiva direitos constitucionalmente reconhecidos, mas também incorpora na esfera jurídica a administração calculista da vida, em que imperativos normativos passam a regular a existência dos indivíduos. Essa dinâmica, que se manifesta pela expansão de dispositivos legais para a proteção, mas simultaneamente para a imposição de limites à vida, expõe o entrelaçamento de saberes e práticas que advêm tanto da biopolítica quanto da técnica jurídica, revelando a própria transformação do Estado moderno em gestor dos corpos e das populações (Mattos; Ramos; Azevedo da Cruz, 2019).

Face a esta ilustração, é possível compreender a judicialização como um indicador da necessidade de se repensar como superar as barreiras de acesso à justiça e aos direitos, visto que recorrer ao poder Judiciário demanda tempo, recursos financeiros e por vezes o cidadão desiste do próprio serviço quando confrontado com tais entraves (Cappelletti; Garth, 1988). Contemporaneamente, é preciso pensar no acesso à justiça, não mais apenas vinculada ao monopólio da jurisdição estatal, isto significa integrar a saúde ao sistema multiportas, a fim de facilitar o acesso a tal direito (Lima; Aguiar, 2022).

Além disso, a naturalização da judicialização da saúde no Brasil impacta a sociedade ao desestabilizar o planejamento orçamentário da saúde, distorcer a equidade no acesso aos serviços, pressionar o sistema de saúde e comprometer o uso racional de recursos. A falta de conscientização sobre a gravidade do problema dificulta a implementação de medidas para reduzir a dependência do sistema judicial para acesso a recursos de saúde (Silva; Nicoletti, 2020).

Em face de todo o debate, a abordagem adotada no presente trabalho compreende a judicialização da saúde não como técnica de poder ou ferramenta própria de acesso à justiça, mas como um indicador da ineficácia estatal na concretização do direito fundamental à saúde. Ao evidenciar a incapacidade do sistema público em assegurar, de forma tempestiva e equânime, o acesso a bens e serviços essenciais, a judicialização revela as falhas de gestão, planejamento e execução das políticas públicas sanitárias, funcionando como verdadeiro sintoma de disfunção institucional. É justamente nesse cenário que se insere a relevância dos mecanismos consensuais, em especial o CEJUSC, que se apresenta como uma porta viável e estratégica no sistema multiportas, capaz de oferecer respostas mais céleres, dialógicas e potencialmente mais adequadas às necessidades dos usuários, sem os custos e rigidez inerentes à via judicial tradicional.

Face a judicialização de questões relacionadas a saúde, o Poder Judiciário não é suficiente para garantir o fornecimento do direito fundamental à saúde, uma vez que o Direito não se esgota na lei. As relações em saúde transcendem a ótica bilateral do médico com o paciente, e envolvem muitos outros atores presentes em um sistema de saúde, advindo, daí, conflitos de toda a ordem (Oliveira, 2016). A busca por meios mais eficientes de solução de conflitos no âmbito da saúde se mostra necessária, momento em que a desjudicialização a partir da mediação sanitária surge como ferramenta importante para efetivar o acesso à justiça (Almeida; Camarão; Ramos, 2021)

Diante desse contexto, torna-se imprescindível compreender os critérios de eficácia e equidade na análise das mediações sanitárias. Isso porque não basta avaliar a resolução formal dos conflitos, sendo necessário investigar em que medida tais soluções são efetivamente capazes de produzir resultados concretos, sustentáveis e compatíveis com os princípios do SUS, especialmente a universalidade e a justiça distributiva. A equidade, nesse sentido, assume papel central ao permitir a análise das mediações sob a ótica da correção de desigualdades estruturais, enquanto a eficácia possibilita aferir a capacidade dessas práticas de reduzir a litigiosidade e promover acesso real aos serviços de saúde. Assim, o estudo das mediações sanitárias exige uma abordagem que ultrapasse a dimensão procedimental, alcançando a avaliação crítica de seus impactos materiais no sistema de justiça e na efetivação do direito à saúde.

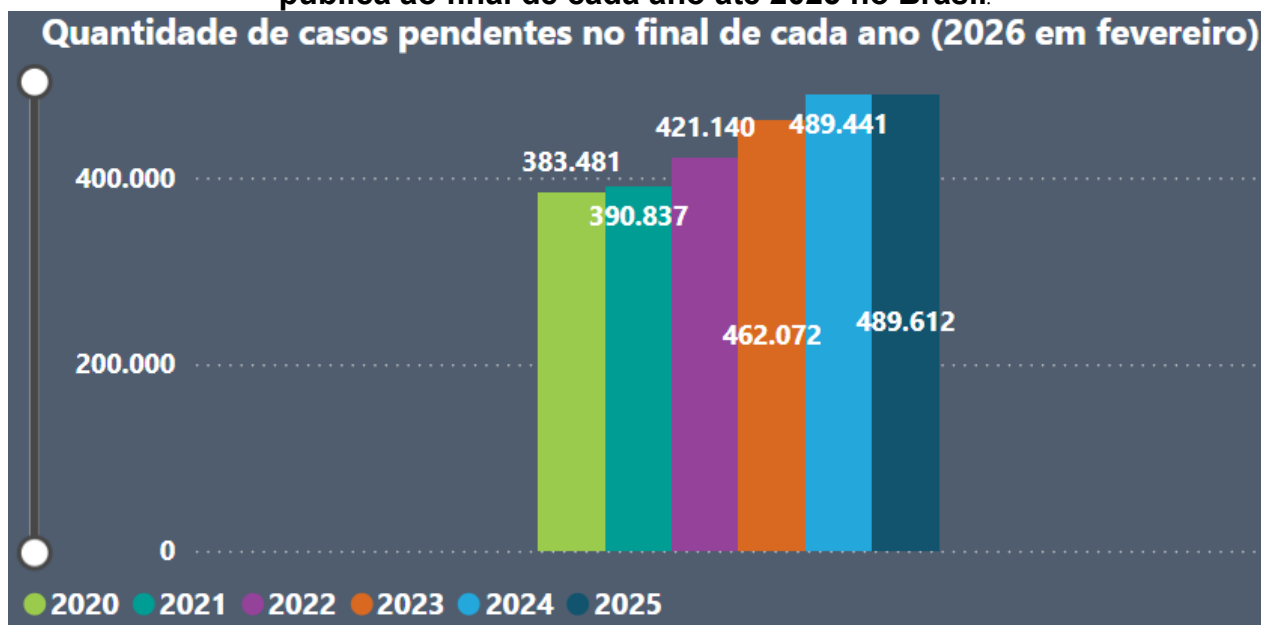
1.2.2 Judicialização da saúde em números no Brasil

Os dados nacionais obtidos no Painel Saúde, Justiça em Números, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) permitem traçar um panorama abrangente da judicialização da saúde pública no Brasil entre 2020 e 2025.

A análise dos indicadores revela um crescimento contínuo do número de processos, tanto novos quanto pendentes, acompanhado de avanços graduais na produtividade judicial, com reflexos diretos na redução da taxa de congestionamento e no tempo médio de tramitação das ações.

Entre 2020 e 2025, observa-se uma trajetória consistente de crescimento no estoque de processos pendentes relacionados à saúde pública, ainda que com leve estabilização ao final da série. Em 2020, registravam-se 383.481 processos pendentes, número que passou para 390.837 em 2021 e, na sequência, apresentou incremento mais acentuado em 2022, quando atingiu 421.140 casos. O movimento ascendente manteve-se em 2023, com 462.072 processos, alcançando seu pico em 2024, com 489.441 pendências. Em 2025, verifica-se uma discreta estabilização em 489.612 processos, mantendo-se, contudo, o patamar elevado consolidado nos anos anteriores. No acumulado do período, o crescimento foi de aproximadamente 27,7%, evidenciando não apenas a expansão contínua da judicialização da saúde, mas também a persistência de um estoque elevado de demandas não solucionadas, o que indica limitações estruturais na capacidade de resposta do sistema de justiça frente ao aumento da litigiosidade no setor, tal como demonstra o gráfico a seguir:

Gráfico 1- Quantidade de casos pendentes de julgamento na área da saúde pública ao final de cada ano até 2025 no Brasil.

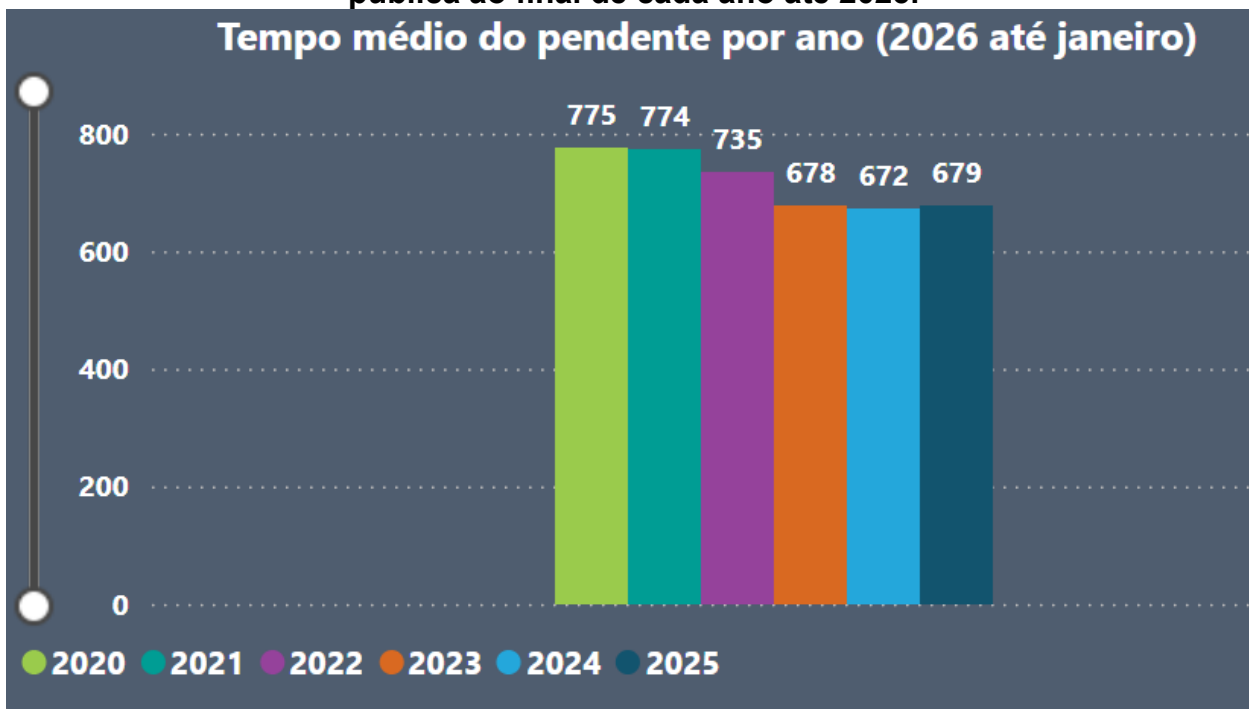


Fonte: CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Justiça em Números – Painel interativo. Acesso em: 31 de mar. de 2026

Essa trajetória ascendente demonstra que o fenômeno da judicialização da saúde mantém um caráter estrutural e crescente, consolidando-se como um dos principais desafios do sistema de justiça brasileiro. O aumento progressivo da litigiosidade decorre, em parte, do fortalecimento da consciência social sobre o direito fundamental à saúde, garantido pelo artigo 196 da Constituição Federal, bem como da ineficiência administrativa e fragmentação das políticas públicas de saúde, que frequentemente levam os cidadãos a buscarem no Judiciário o acesso a medicamentos, tratamentos e procedimentos.

Outro indicador relevante diz respeito ao tempo médio dos processos pendentes, que mensura a duração média das demandas em tramitação. Em 2020, a média nacional era de 775 dias, mantendo-se praticamente estável em 2021, com 774 dias. A partir de 2022, observa-se o início de uma trajetória de redução mais consistente, quando o tempo médio cai para 735 dias. Esse movimento se intensifica em 2023, com queda para 678 dias, e atinge seu ponto mais baixo em 2024, com 672 dias. Em 2025, há leve oscilação, com aumento para 679 dias, sem, contudo, comprometer a tendência geral de diminuição ao longo do período.

Gráfico 2 - Tempo médio de casos pendentes de julgamento na área da saúde pública ao final de cada ano até 2025.

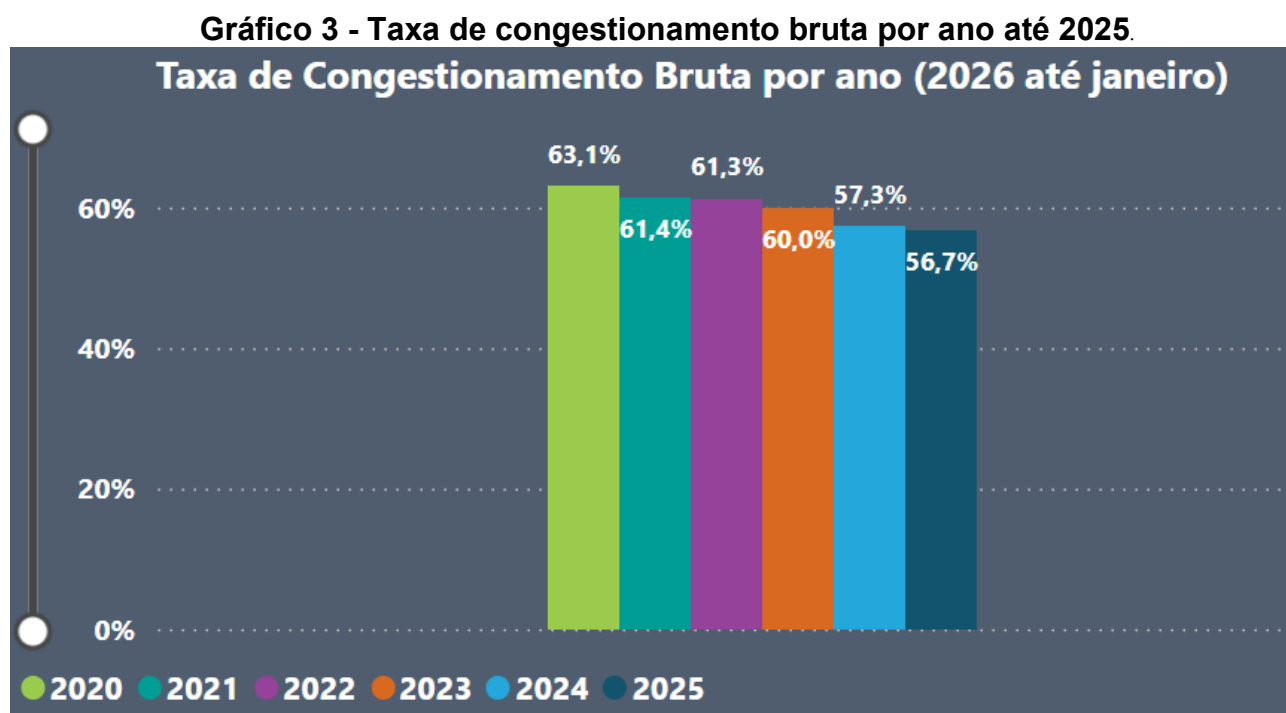


Fonte: CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Justiça em Números – Painel interativo. Acesso em: 31 de mar. de 2026

No balanço geral, verifica-se uma redução de aproximadamente 12,4% no tempo médio entre 2020 e 2025, o que indica melhora progressiva na duração dos processos, ainda que em um contexto de crescimento do estoque de demandas pendentes. Esse comportamento sugere ganhos de eficiência na tramitação processual, possivelmente associados ao aprimoramento da gestão judiciária, à incorporação de ferramentas tecnológicas e à expansão de mecanismos adequados de solução de conflitos, como a mediação sanitária e os núcleos especializados em saúde, que contribuem para racionalizar o fluxo processual e mitigar os efeitos da sobrecarga do sistema de justiça.

O dado mais expressivo de eficácia institucional é a taxa de congestionamento bruta, que mensura o percentual de processos não resolvidos em relação ao total movimentado. Em 2020, o índice nacional era de 63,1%, mantendo-se relativamente estável em 2021 (61,4%) e 2022 (61,3%). A partir de 2023, contudo, observa-se uma inflexão mais acentuada na trajetória, com redução para 60,0%, seguida de queda mais significativa em 2024, quando o indicador atinge 57,3%. Em 2025, o índice alcança

56,7%, consolidando a tendência de diminuição ao longo da série histórica.



Fonte: CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Justiça em Números – Painel interativo. Acesso em: 31 de mar. de 2026

No acumulado do período, a taxa de congestionamento apresentou redução de aproximadamente 6,4 pontos percentuais, evidenciando melhora gradual, porém consistente, na capacidade de resposta do Poder Judiciário. Embora não se observe uma queda abrupta, o comportamento do indicador revela um processo contínuo de ganho de eficiência sistêmica, especialmente a partir de 2023, quando o índice passa a romper o patamar dos 60%. Esse movimento sugere maior aderência a políticas de gestão judiciária voltadas à produtividade e à celeridade, bem como possível impacto positivo da adoção de mecanismos alternativos de resolução de conflitos, que contribuem para reduzir o volume de processos pendentes e racionalizar o fluxo decisório.

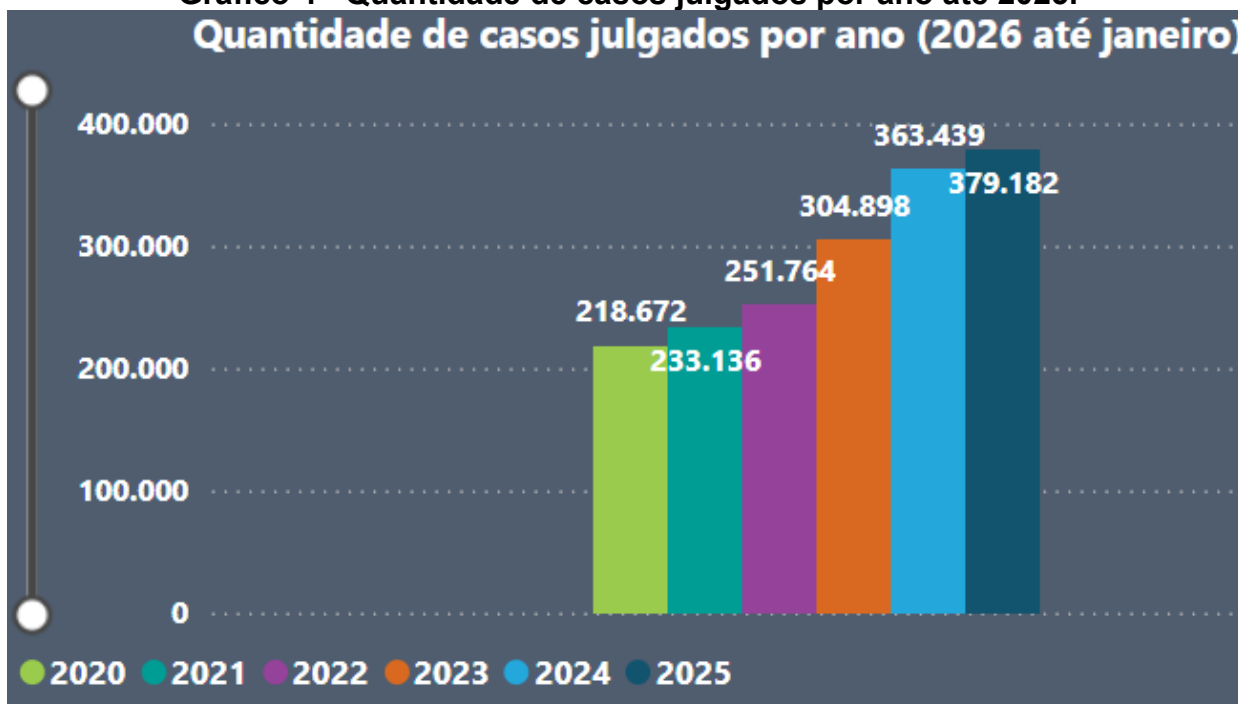
A análise integrada dos três indicadores estoque de processos pendentes, tempo médio de tramitação e taxa de congestionamento revela um cenário marcado por tensões estruturais entre aumento da demanda e capacidade de resposta institucional. De um lado, observa-se crescimento contínuo do número de processos pendentes ao longo do período, com consolidação de um patamar elevado de litigiosidade na área da saúde. De outro, verifica-se melhora progressiva nos indicadores de eficácia, especialmente na

redução do tempo médio de tramitação e na queda consistente da taxa de congestionamento.

Esse aparente paradoxo indica que, embora o sistema de justiça venha ampliando sua capacidade operacional e aprimorando seus mecanismos de gestão, tais avanços ainda não são suficientes para conter o fluxo crescente de demandas. Em termos analíticos, a judicialização da saúde mantém-se como fenômeno estrutural, cuja expansão supera, em certa medida, os ganhos de eficácia institucional.

A evolução do número de processos julgados ao longo do período reforça essa percepção. Em 2020, foram julgados 218.672 processos, número que cresce de forma contínua nos anos seguintes: 233.136 em 2021, 251.764 em 2022 e, de maneira mais acentuada, 304.898 em 2023. Esse avanço se intensifica em 2024, com 363.439 julgados, atingindo 379.182 em 2025. No acumulado, verifica-se um aumento expressivo de aproximadamente 73,4%, evidenciando significativo ganho de produtividade e ampliação da capacidade decisória do sistema de justiça.

Gráfico 4 - Quantidade de casos julgados por ano até 2025.



Fonte: CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Justiça em Números – Painel interativo. Acesso em: 31 de mar. de 2026

Não obstante esse avanço, os dados devem ser interpretados à luz do crescimento simultâneo do estoque de processos pendentes, o que indica que o aumento do número de julgados, embora relevante, ainda não é suficiente para reverter o quadro de acúmulo processual. Em termos estruturais, o sistema tem julgado mais, mas continua recebendo, ou acumulando, demandas em ritmo igual ou superior, o que impede a redução substancial do passivo.

Esse descompasso evidencia que o aumento da eficácia decisória, isoladamente, não resolve o problema da judicialização da saúde, reforçando a necessidade de estratégias complementares voltadas à contenção da litigiosidade e à promoção de soluções extrajudiciais, capazes de atuar na origem dos conflitos e reduzir a pressão sobre o aparato judicial.

Nesse contexto nacional de expansão da judicialização, marcado simultaneamente pelo aumento da litigiosidade e pela busca por maior eficiência institucional, é possível observar, em nível local, manifestações concretas dessas dinâmicas. Como exemplo material, pode-se destacar a atuação do Núcleo 4.0 de Saúde da Infância e Juventude do Tribunal de Justiça de Pernambuco (TJPE) no ano de 2023². Neste estudo a judicialização surge como mecanismo que tensiona diretamente a efetividade da resposta estatal. No período de janeiro a dezembro de 2023, o Núcleo recebeu 782 processos e analisou 749 deles, o que demonstra a alta demanda por soluções judiciais especializadas (Silva Júnior *et al.*, 2025). Dentre esses, 40,1 % das causas de pedir referiam-se ao Transtorno do Espectro Autista (TEA), evidenciando que

² A utilização do caso do Núcleo 4.0 de Saúde da Infância e Juventude do TJPE justifica-se metodologicamente como um estudo de caso instrumental, voltado não à análise do contexto pernambucano em si, mas à ilustração empírica de dinâmicas estruturais da judicialização da saúde no Brasil. Trata-se de um recorte que permite evidenciar, em nível concreto, os limites e potencialidades de modelos institucionais especializados ainda fortemente centrados na via litigiosa, mesmo quando dotados de maior eficiência operacional e expertise temática. Nesse sentido, o caso selecionado funciona como parâmetro analítico comparativo, permitindo antecipar questões que também se colocam no âmbito do TJMA, especialmente no que se refere à necessidade de incorporação de mecanismos consensuais, como a mediação sanitária e a atuação dos CEJUSCs da saúde. Assim, a escolha do TJPE não representa deslocamento do objeto de pesquisa, mas sim um recurso metodológico de contraste e reforço argumentativo, que contribui para demonstrar que o desafio da desjudicialização e da racionalização dos conflitos em saúde possui caráter nacional, exigindo respostas institucionais convergentes, entre as quais se insere o modelo a ser analisado no TJMA.

nesse caso a judicialização concentrou-se em condições crônicas que o sistema de atenção primária não consegue absorver plenamente (Silva Júnior *et al.*, 2025).

Os resultados do próprio Núcleo indicam, por um lado, sua capacidade de tramitação célere e especializada, fator que reforça o acesso percebido à justiça em saúde e, por outro, sugerem limitações na promoção de soluções extrajudiciais ou preventivas, visto que a estrutura 4.0 permanece centrada na via litigiosa (Silva Júnior *et al.*, 2025). Tal perfil evidencia a urgência de incorporar protocolos de mediação sanitária e comitês de conciliação pré-processuais, capazes de desafogar o Judiciário e promover resoluções consensuais mais céleres.

Assim, embora o Núcleo 4.0 represente avanço institucional na gestão da saúde infantil e juvenil, seus resultados apontam para a necessidade de repensar seus fluxos internos e integrar instrumentos de solução extrajudicial desde treinamentos multidisciplinares até acordos mediados de modo a equilibrar a garantia de direitos individuais com a sustentabilidade e previsibilidade orçamentária do sistema público de saúde.

Além disso, novamente, Freitas *et al.* (2020), observam que, ao se concentrarem em demandas individuais, as ações judiciais podem gerar efeitos de exclusão, isto é, pacientes sem acesso a assessoria jurídica ou informações adequadas ficam à margem de um sistema que passa a destinar parcela crescente de sua verba a mandados de segurança. Essa redistribuição compulsória de recursos, alertam Freitas *et al.* (2020, p. 2), agrava as desigualdades regionais e sociais em saúde, exigindo que gestores adotem instrumentos de monitoramento e de resolução extrajudicial de conflitos, como comitês de conciliação e mediação em saúde, para restaurar a previsibilidade orçamentária e promover a equidade no acesso.

Diante desse quadro, a judicialização da saúde revela uma ambivalência estrutural que exige análise mais cuidadosa quanto aos seus efeitos sistêmicos. Se, por um lado, constitui importante mecanismo de garantia individual do direito à saúde, por outro, sua predominância em demandas atomizadas tende a reforçar dinâmicas de fragmentação e pressão sobre a gestão pública. Conforme observa Vieira (2020), a centralidade da microjustiça, voltada à resolução do caso concreto, quando dissociada de critérios técnicos, econômicos e de planejamento, pode comprometer a racionalidade das

políticas públicas, gerando distorções na alocação de recursos e tensionando os princípios de universalidade e equidade. Nesse contexto, a atuação judicial, ainda que legítima, passa a interferir diretamente na organização do sistema de saúde, exigindo uma reorientação que incorpore os impactos coletivos das decisões. É nesse sentido que se impõe a necessidade de fortalecimento de uma perspectiva de macrojustiça, capaz de articular a proteção individual com a sustentabilidade das políticas públicas, abrindo espaço para mecanismos institucionais que promovam soluções mais coordenadas e dialógicas dos conflitos sanitários (Vieira, 2020).

Apesar dos avanços, o crescimento do estoque de ações e o elevado número de casos pendentes apontam para um modelo de judicialização reativa, em que a resolução de conflitos ocorre predominantemente após a violação do direito, e não preventivamente. O desafio contemporâneo, portanto, consiste em fortalecer políticas públicas integradas e mecanismos de mediação sanitária que possam mitigar a sobrecarga judicial e reduzir a necessidade de intervenção jurisdicional.

A evolução dos dados nacionais demonstra que o Poder Judiciário tem respondido com maior diligência, mas ainda atua como última instância de efetivação de direitos, revelando a urgência de ações coordenadas entre os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário para tornar o direito à saúde eficaz antes da judicialização.

Nesse contexto, reforça-se a compreensão de que a resposta ao problema não pode se limitar ao aumento da produtividade judicial, exigindo a incorporação de estratégias complementares voltadas à desjudicialização. É nesse ponto que a mediação sanitária e os mecanismos consensuais ganham centralidade, não apenas como instrumentos de redução do acervo processual, mas como alternativas capazes de promover soluções mais céleres, adequadas e equitativas, alinhadas às especificidades dos conflitos em saúde e às necessidades concretas dos usuários do sistema.

1.2.3 Judicialização da saúde em números no Maranhão.

Nesse contexto, a compreensão da judicialização da saúde demanda não apenas uma análise em nível nacional, mas também a observação de como essas dinâmicas se concretizam em realidades institucionais específicas. Isso porque a forma de incidência das demandas judiciais, bem como as respostas oferecidas pelo Poder Judiciário, pode

variar conforme as características locais do sistema de saúde e da organização judiciária. Assim, a partir do panorama geral anteriormente delineado, torna-se pertinente avançar para a análise do fenômeno em âmbito do Estado em que se encontra o objeto central da pesquisa, a fim de identificar, em um recorte empírico mais delimitado, os padrões de litigiosidade e os arranjos institucionais que conformam a judicialização da saúde.

Os dados estaduais disponíveis no Painel Saúde Justiça em Números, do Conselho Nacional de Justiça, permitem compreender em profundidade a evolução da judicialização da saúde pública no Tribunal de Justiça do Estado do Maranhão (TJMA) entre 2020 e 2025. A análise da série histórica revela não apenas o crescimento expressivo do número de processos ajuizados, mas também uma elevação simultânea na quantidade de casos julgados e uma redução consistente na taxa de congestionamento, o que demonstra aperfeiçoamento progressivo da capacidade institucional de resposta judicial.

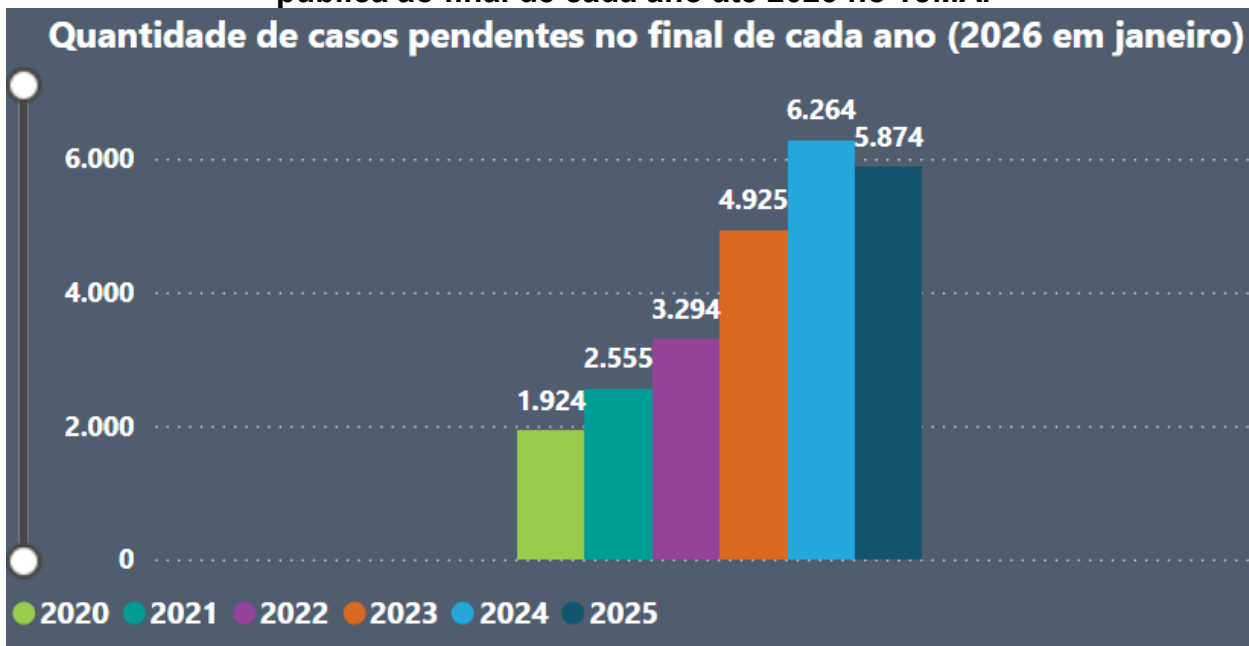
Como já apontado, o TJMA registrou aumento acentuado no número de casos novos relacionados à saúde pública. A média mensal passou de aproximadamente 100 processos em 2020 para mais de 500 em 2025, um crescimento expressivo em cinco anos. Esse salto reflete tanto a ampliação da conscientização social sobre o direito à saúde quanto a persistente insuficiência das respostas administrativas.

O acúmulo de casos pendentes no âmbito do Tribunal de Justiça do Maranhão apresenta trajetória de crescimento consistente ao longo do período analisado, confirmando o caráter estrutural da judicialização da saúde. Em 2020, registravam-se 1.924 processos pendentes, número que evoluiu para 2.555 em 2021 e 3.294 em 2022. A partir de 2023, observa-se uma aceleração mais intensa, com 4.925 casos, seguida de um salto expressivo em 2024, quando o estoque atinge 6.264 processos pendentes. Em 2025, há uma leve retração para 5.874 casos, sem, contudo, descaracterizar o elevado patamar alcançado.

No acumulado, o crescimento entre 2020 e 2025 é superior a 200%, evidenciando que o volume de demandas em tramitação mais que triplicou no período. Esse aumento contínuo decorre, em parte, de um ingresso de ações em ritmo superior à capacidade de julgamento em determinados anos, mas também reflete fatores estruturais mais amplos, como a ampliação do acesso à justiça e a consolidação da via judicial como mecanismo

legítimo e recorrente de efetivação do direito à saúde.

Gráfico 5 - Quantidade de casos pendentes de julgamento na área da saúde pública ao final de cada ano até 2025 no TJMA.



Fonte: CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Justiça em Números – Painel interativo. Acesso em: 31 de mar. de 2026

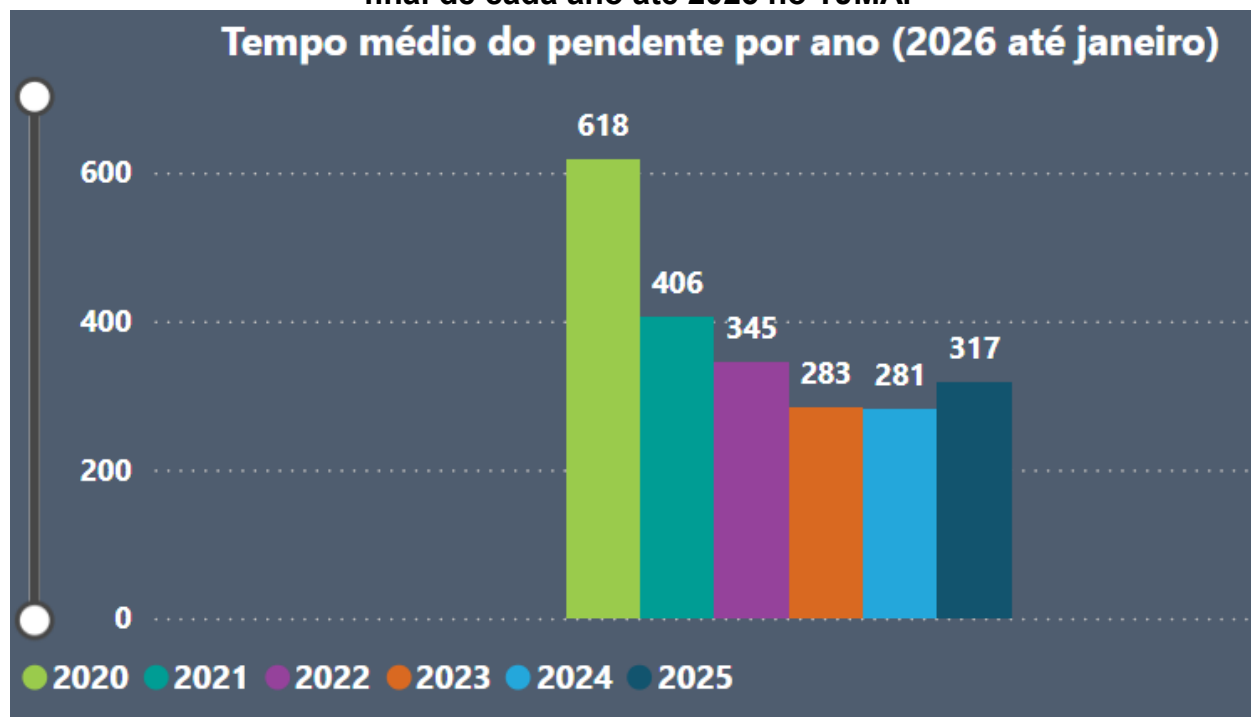
A leitura desses dados evidencia que, no âmbito do TJMA, a judicialização da saúde não apenas se intensifica, como também assume um caráter progressivamente mais complexo e desafiador para a gestão judiciária. O crescimento acentuado do estoque de processos pendentes, especialmente entre 2022 e 2024, indica momentos de maior pressão sobre o sistema, possivelmente associados a picos de demanda ou a limitações conjunturais na capacidade de julgamento. Ainda que se observe uma leve redução em 2025, o patamar permanece significativamente superior ao início da série, revelando que o sistema não conseguiu reabsorver o acúmulo gerado nos anos anteriores. Esse comportamento sugere a existência de um ciclo de retroalimentação da litigiosidade, no qual o aumento do acesso à justiça e a percepção de efetividade da via judicial estimulam novas demandas, tensionando continuamente a estrutura do Judiciário e reforçando a necessidade de políticas institucionais voltadas não apenas à resolução, mas sobretudo à prevenção e à gestão adequada dos conflitos em saúde.

A análise do tempo médio dos processos pendentes no âmbito do TJMA revela

uma tendência relevante de ganho de eficiência ao longo do período, ainda que com oscilações pontuais. Em 2020, o tempo médio era de 618 dias, indicando um cenário de elevada morosidade processual. A partir de 2021, observa-se uma redução expressiva para 406 dias, movimento que se mantém em 2022, com 345 dias. Essa trajetória de queda continua em 2023, quando o tempo médio atinge 283 dias, alcançando seu menor patamar em 2024, com 281 dias.

Em 2025, contudo, verifica-se uma inflexão, com aumento para 317 dias, interrompendo a tendência de redução contínua. Ainda assim, no comparativo geral, há uma diminuição de aproximadamente 48,7% no tempo médio entre 2020 e 2025, o que evidencia significativo avanço na celeridade processual.

Gráfico 6 - Tempo médio até o julgamento em dias na área da saúde pública ao final de cada ano até 2025 no TJMA.



Fonte: CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Justiça em Números – Painel interativo. Acesso em: 31 de mar. de 2026

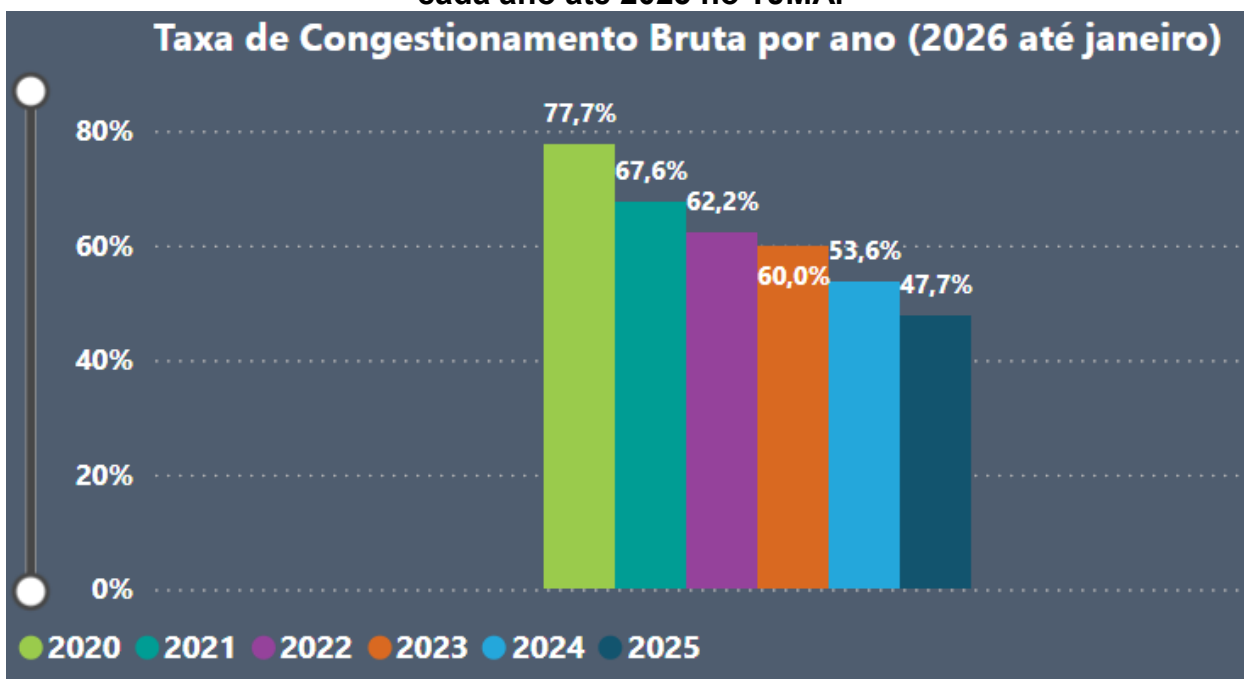
Esse comportamento sugere que, apesar do crescimento expressivo do estoque de demandas, o tribunal conseguiu implementar mecanismos eficazes de gestão e processamento dos feitos, reduzindo o tempo de tramitação média. A expectativa desta obra é demonstrar que o CEJUSC Saúde corrobora essa melhora, tema que será melhor

explorado no quarto capítulo. Por outro lado, a elevação observada em 2025 pode indicar os limites dessa capacidade de resposta diante do aumento contínuo da litigiosidade, sinalizando que os ganhos de eficácia, embora relevantes, começam a enfrentar restrições estruturais. Nesse contexto, reforça-se a necessidade de estratégias complementares, especialmente aquelas voltadas à desjudicialização e à resolução consensual de conflitos, como forma de sustentar a redução do tempo de tramitação e evitar a retomada de ciclos de morosidade.

A evolução da taxa de congestionamento bruta no âmbito do TJMA reforça, de forma ainda mais clara, a tendência de ganho progressivo de eficácia institucional. Em 2020, o índice era de 77,7%, indicando que mais de três quartos dos processos permaneciam pendentes ao final do período. A partir de então, observa-se uma redução contínua e consistente: 67,6% em 2021, 62,2% em 2022 e 60,0% em 2023. O movimento de queda se intensifica nos anos seguintes, atingindo 53,6% em 2024 e 47,7% em 2025, quando o indicador, pela primeira vez, rompe de forma significativa o patamar de 50%.

No acumulado, a redução é de aproximadamente 30 pontos percentuais, o que evidencia um expressivo aprimoramento da capacidade do tribunal em dar respostas concretas às demandas submetidas à sua apreciação. Esse resultado, especialmente quando analisado em conjunto com a diminuição do tempo médio de tramitação, sugere a adoção de estratégias institucionais mais eficazes de gestão processual e racionalização do fluxo decisório.

Gráfico 7 - Taxa de congestionamento bruto na área da saúde pública ao final de cada ano até 2025 no TJMA.



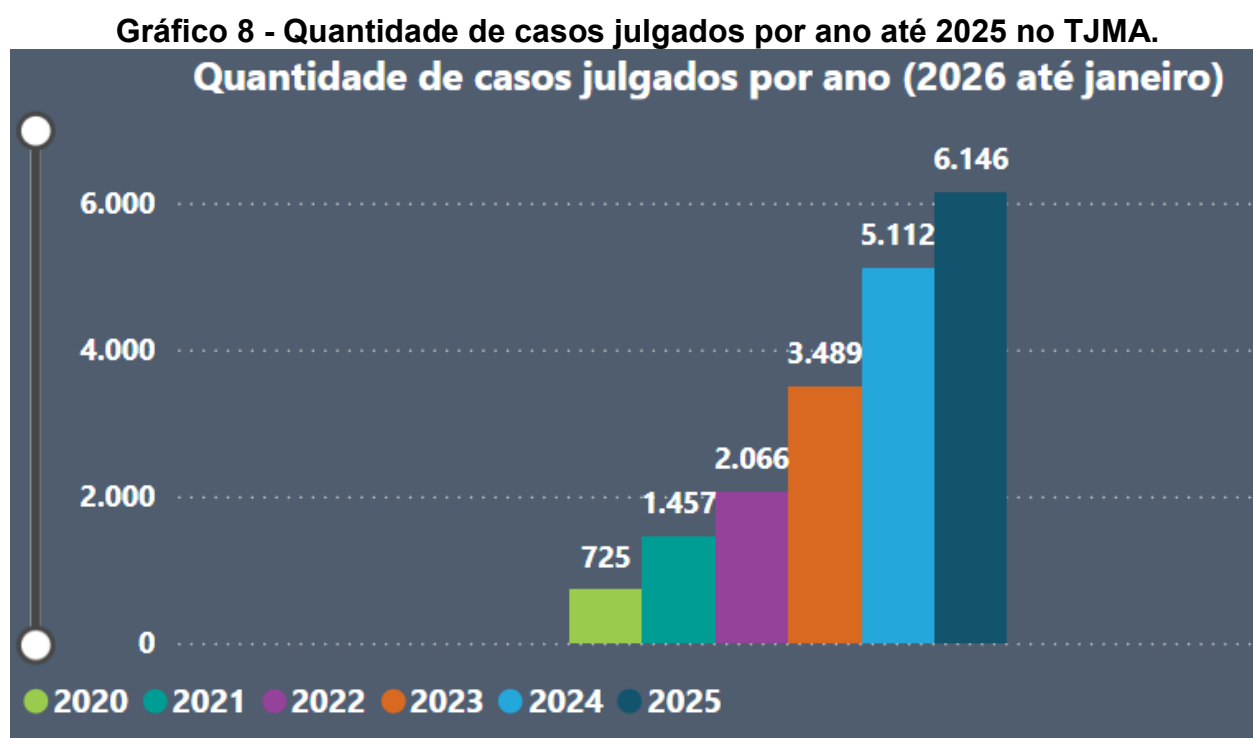
Fonte: CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Justiça em Números – Painel interativo. Acesso em: 31 de mar. de 2026

Nesse contexto, é plausível inferir que a implementação de mecanismos adequados de solução de conflitos, em especial o CEJUSC Saúde, possa ter desempenhado papel relevante na redução do congestionamento, ao contribuir para a resolução mais célere e consensual das demandas. Tal hipótese, contudo, demanda análise mais aprofundada, que será desenvolvida em momento posterior, com foco específico na atuação e nos impactos desse instrumento no âmbito da judicialização da saúde.

A evolução da quantidade de casos julgados no âmbito do TJMA evidencia, de forma ainda mais contundente, o aumento da eficácia na resposta jurisdicional ao longo do período analisado. Em 2020, foram julgados 725 processos, número que praticamente dobra em 2021, com 1.457 julgamentos, e continua em trajetória ascendente em 2022, atingindo 2.066 casos. A partir de 2023, observa-se uma aceleração ainda mais expressiva, com 3.489 processos julgados, seguida de um salto significativo em 2024, com 5.112 decisões, culminando em 6.146 julgados em 2025.

No acumulado, o crescimento ultrapassa 700%, revelando uma ampliação

substancial da capacidade do tribunal em proferir decisões e dar vazão às demandas submetidas à sua apreciação. Esse desempenho indica não apenas aumento quantitativo da atividade jurisdicional, mas também maior capacidade de enfrentamento do volume processual.



Fonte: CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Justiça em Números – Painel interativo. Acesso em: 31 de mar. de 2026

Todavia, quando esses dados são analisados em conjunto com o crescimento do estoque de processos pendentes, percebe-se que, embora o tribunal esteja julgando significativamente mais, esse incremento ainda não é suficiente para reduzir de forma estrutural o acúmulo de demandas. Em termos analíticos, há um avanço inequívoco na eficácia da atuação jurisdicional, mas ainda subsiste um descompasso entre a capacidade de julgamento e o volume de ingresso e permanência de processos, o que reforça a necessidade de estratégias complementares voltadas à contenção da litigiosidade e à promoção de soluções extrajudiciais.

Diante desse cenário, impõe-se a necessidade de reconfigurar as formas de tratamento dos conflitos em saúde, substituindo a lógica adversarial pela lógica dialógica e cooperativa. A partir da leitura dos dados empíricos, é possível perceber que o

crescimento da judicialização não deve ser apenas contido, mas compreendido e transformado, mediante o fortalecimento de mecanismos preventivos e consensuais de resolução.

É nesse ponto de inflexão que emerge a mediação sanitária, instrumento capaz de reconstruir a comunicação entre os sujeitos do sistema de saúde, restaurar vínculos de confiança e promover soluções integradas, céleres e sustentáveis. A mediação, ao acolher simultaneamente dimensões técnicas, emocionais e financeiras do conflito, apresenta-se como alternativa estruturante à judicialização, apta a promover o diálogo entre o cidadão e o Estado sem afastar a garantia do direito à saúde.

Assim, a transição que se inaugura a seguir do diagnóstico da judicialização à análise da mediação sanitária marca uma mudança de paradigma: do tratamento judicial do conflito à construção colaborativa da justiça sanitária.

Diante desse cenário, a análise dos dados do TJMA evidencia um quadro complexo, no qual o expressivo aumento da quantidade de processos julgados e a redução do tempo médio de tramitação e da taxa de congestionamento demonstram avanços relevantes na eficácia da atuação jurisdicional, ao mesmo tempo em que o crescimento contínuo do estoque de demandas revela a persistência de limitações estruturais. Em outras palavras, o tribunal tem se tornado progressivamente mais capaz de responder às demandas, mas esse incremento de capacidade não tem sido suficiente para conter o fluxo crescente da judicialização da saúde.

Esse descompasso reforça a necessidade de compreender o fenômeno para além de sua dimensão processual. A judicialização, nesse contexto, não se apresenta apenas como resultado do maior acesso à justiça, mas como indicativo de insuficiências na concretização das políticas públicas de saúde. Assim, a análise desloca-se do plano empírico da litigiosidade, agora densamente demonstrado pelos dados do TJMA, para o plano normativo da eficácia das políticas públicas, buscando identificar em que medida a atuação estatal tem sido capaz de prevenir conflitos e assegurar prestações adequadas.

Nessa perspectiva, torna-se imprescindível examinar a eficácia normativa à luz de critérios de equidade e justiça, especialmente considerando que o aumento da capacidade decisória do Judiciário, por si só, não resolve as causas estruturais da judicialização. Ao contrário, evidencia a necessidade de repensar o papel das instituições

e dos mecanismos extrajudiciais, como a mediação sanitária, na construção de soluções mais adequadas, sustentáveis e alinhadas à efetivação do direito fundamental à saúde.

1.3 Eficácia normativa à luz da equidade e da justiça no âmbito do direito à saúde

A eficácia constitucional dos direitos sociais, especialmente o direito à saúde, exige que as normas previstas na Constituição de 1988 não permaneçam meramente no plano programático, mas se revelem aptas a produzir efeitos concretos na vida dos destinatários. Para Barroso (2009), essa eficácia, termo que se confunde com efetividade normativa, constitui pressuposto indispensável para evitar a judicialização excessiva, na medida em que impede o déficit de implementação que pressiona o Judiciário a suprir falhas estatais.

No âmbito do controle jurídico das políticas públicas, eficácia refere-se ao poder das normas constitucionais e infraconstitucionais de induzir práticas e resultados imediatos. Barroso (2009) destaca que, após a promulgação da CRFB/88, os direitos sociais deixaram de ser meramente programáticos, adquirindo força normativa plena capaz de gerar obrigações diretas para os entes federativos (Barroso, 2009). Essa configuração exige que gestores públicos implementem políticas de saúde com vistas a tornar efetivas, desde seu nascedouro, as metas sociais estabelecidas.

A insuficiente eficácia das políticas de fornecimento gratuito de medicamentos, decorrente de ausência de protocolos claros, alocação orçamentária inadequada e falhas administrativas, conduz a demandas judiciais em massa (Barroso, 2009). Nessa esteira, a excelência normativa sem efetividade real transforma-se em convite à judicialização, pois o cidadão recorre ao Judiciário para ver atendida a norma constitucional que, na prática, não se traduz em serviços ou insumos (Barroso, 2009). A partir dessa perspectiva, a aferição da eficácia torna-se instrumento de prevenção de litígios, pois permite identificar e corrigir lacunas antes que se transformem em ações judiciais.

Barroso (2009) propõe critérios objetivos para avaliar a eficácia na implementação do direito à saúde: (i) clareza dos planos e protocolos de distribuição de medicamentos; (ii) existência de mecanismo de monitoramento das entregas; (iii) definição inequívoca da responsabilidade federativa; e (iv) compatibilização entre metas institucionais e

recursos orçamentários disponíveis. Esses parâmetros visam conferir previsibilidade e uniformidade às ações estatais, reduzindo a variabilidade que enseja decisões judiciais díspares e excessivas.

A partir desses parâmetros, o conceito de eficácia deixa de ser uma noção abstrata e passa a assumir contornos operacionais, constituindo-se como verdadeira barreira à judicialização excessiva. Isso porque, ao assegurar que as normas constitucionais de saúde sejam traduzidas em ações concretas e verificáveis, fortalece-se a capacidade do Estado de prevenir conflitos e reduzir a necessidade de intervenção judicial. Nesse sentido, reforça-se o compromisso com a materialização dos direitos sociais, alicerçando-se a democracia constitucional na articulação entre norma e prática.

No âmbito do controle jurídico das políticas públicas, o conceito de eficácia assume papel primordial ao verificar se as normas produzidas pelo Estado induzem as mudanças comportamentais pretendidas no público-alvo. A eficácia corresponde à meta social imediata prevista pelo legislador, representando o primeiro nível de avaliação normativa antes de se considerar impactos mais amplos (Aguiar; Haber, 2017). Compreender esse estágio é essencial para que operadores do Direito empreendam controle técnico e fundamentado das ações estatais, garantindo que as políticas públicas não permaneçam meramente no plano formal.

Dessa forma, a eficácia diz respeito à capacidade de a norma jurídica alterar efetivamente o comportamento dos destinatários, de modo a cumprir o propósito específico que lhe foi atribuído. Conforme Aguiar e Haber (2017, p. 259), “eficácia é a verificação do alcance imediato da norma sobre comportamentos específicos”. Em outras palavras, trata-se de aferir se, em face de determinada intervenção legal, houve resposta concreta do público-alvo, por exemplo, adesão a um programa de vacinação ou redução de condutas de risco.

Para mensurar a eficácia, faz-se primordial a adoção de indicadores comportamentais objetivos e mensuráveis. Aguiar e Haber (2017) sugerem que a avaliação deve ocorrer já na fase inicial de implementação da política, utilizando-se dados de campo, pesquisas de opinião e estatísticas administrativas. Tais instrumentos permitem verificar, por meio de análise quantitativa, se a norma alcançou a “meta social

imediate” delineada em seus dispositivos, sem adentrar ainda as dimensões de bem-estar coletivo ou custo-benefício.

Incorporar a avaliação da eficácia ao controle jurídico contribui para conferir maior previsibilidade e responsabilização ao Estado, ao exigir que decisões legislativas e regulamentares demonstrem, desde o seu nascedouro, potencial para produzir resultados práticos. Aguiar e Haber (2017) ressaltam que a eficácia é pré-requisito para a efetividade. Em outras palavras sem a comprovação de mudanças comportamentais iniciais, torna-se impossível aferir se a norma gerou, a longo prazo, benefícios sociais.

Apesar de conceitualmente clara, a operacionalização da eficácia enfrenta entraves metodológicos e institucionais. Aguiar e Haber (2017) apontam a ausência de diretrizes padronizadas para coleta e interpretação de dados comportamentais, bem como a carência de capacitação dos agentes públicos e magistrados em técnicas de avaliação de políticas. Ademais, a implementação de sistemas de monitoramento precoce demanda recursos financeiros e infraestrutura de tecnologia da informação, o que pode representar obstáculo para entes federativos com menor capacidade orçamentária.

Além disso, a aplicação desses métodos demanda adaptação às especificidades do ciclo político-administrativo das políticas públicas, tomando-se a gestão ambiental como um paralelo exemplificativo de sucesso. No caso da metodologia de Avaliação Rápida e Priorização do Manejo ou *Rapid Assessment and Priorization of Protected Area Management* (RAPPAM), consolidada no diagnóstico de Unidades de Conservação na Amazônia, sua lógica de 'pressão e resposta' pode ser transposta para os CEJUSCs Saúde no Maranhão. Assim como se mede a pressão humana sobre uma reserva ambiental, o CEJUSC deve abarcar variáveis de pressão sobre o sistema de saúde: volume de demandas por fármacos específicos, prazos de entrega represados e o perfil dos beneficiários atendidos pela via conciliatória. Isso implica calibrar protocolos para coletar dados quantitativos sobre a eficácia operacional, medindo, por exemplo, a redução na taxa de judicialização em comarcas do Maranhão após a implementação de protocolos de mediação pré-processual (Costa *et al.*, 2016).

Por sua vez, o monitoramento por indicadores, inspirado nos modelos de gestão de áreas protegidas, pode ser enriquecido pela inclusão de subindicadores de metas

intermediárias da saúde. No contexto dos CEJUSCs, isso envolve verificar a existência de fluxos normativos claros para a dispensação administrativa de insumos e o grau de capacitação dos agentes que atuam na ponta do sistema. Essa granularidade permite ao magistrado e ao gestor público maranhense discriminar se eventual falha de eficácia decorre de uma deficiência normativa (falta de clareza no protocolo clínico), de gargalos burocráticos (atrasos logísticos no estado) ou de insuficiência técnica dos agentes públicos, mimetizando a análise feita na gestão das UCs quando se identifica a falta de planos de manejo ou fiscalização (Costa *et al.*, 2016).

Já o uso de ferramentas como o ciclo PDCA³, ao exigir pontos de checagem, oferece ao CEJUSC Saúde uma estrutura para avaliações semestrais da resolutividade dos acordos firmados. Esses *checkpoints*, ancorados em indicadores de desempenho (como o tempo médio de resposta ao cidadão e o percentual de protocolos concluídos sem reiteração judicial), permitem verificar imediatamente se a norma e o acordo estão produzindo efeitos tangíveis. Tal mecanismo pode reforçar a responsabilização estatal e orienta ajustes normativos em tempo real, transformando o CEJUSC em um vetor de melhoria da gestão pública e não apenas em um balcão de homologações. No quinto capítulo será debatido com maior profundidade se o CEJUSC Saúde alcança tais marcos.

Dessa forma, a expansão do arsenal metodológico integrando a lógica do RAPPAM à realidade administrativa da saúde consolida um instrumento técnico-jurídico imprescindível para o Maranhão. Esse diálogo permite que o controle judicial deixe de ser uma análise meramente formal e se torne um processo orientado por evidências empíricas, garantindo que a meta social e o bem-estar da população sejam, de fato, alcançados através da implementação concreta das normas (Costa *et al.*, 2016).

Fortalece-se, assim, a capacidade do Judiciário de demandar do Estado não apenas a existência de leis ambientais ou sanitárias, mas sua implementação concreta, garantindo que a meta social e o bem-estar da população sejam, de fato, alcançados.

Nessa perspectiva, a materialização desse controle técnico orientado por evidências encontra um exemplo concreto na instituição do Núcleo de Apoio Técnico (NAT) em Joinville. Formalizada em 2015 por meio de convênio entre o Tribunal de

³ PDCA (*Plan* - Planejar, *Do* - Executar, *Check* - Verificar, *Action* - Agir)

Justiça de Santa Catarina e a Secretaria Estadual de Saúde (Resolução CNJ nº 238/2015; Portarias SES nº 991/2015 e 1034/2016), essa iniciativa representou um marco na busca de soluções extrajudiciais para demandas por medicamentos e componentes nutricionais (Ornelas, 2018). Assim como os sistemas de indicadores buscam suprir a carência técnica na gestão das Unidades de Conservação, o NAT foi concebido para fornecer subsídios especializados aos magistrados e operadores do Direito, emitindo pareceres que avaliam a eficácia terapêutica, o registro na ANVISA e a existência de alternativas custo-efetivas no SUS (Ornelas, 2018).

A relevância de tais mecanismos de suporte técnico torna-se evidente ao observar o impacto orçamentário da desgestão. Em 2013, o Plano Municipal de Saúde de Joinville revelou que aproximadamente 50% dos gastos com medicamentos provinham de decisões judiciais, o que impulsionou o estabelecimento de uma meta agressiva de redução desse índice para 33% até 2017. Para viabilizar essa transição da judicialização para a eficácia administrativa, o município editou decretos específicos (Decretos nº 26.981/2016 e nº 30.043/2017) direcionados à prevenção e à resolução administrativa de litígios em saúde, mimetizando a necessidade de "fluxos normativos claros" discutida anteriormente (Ornelas, 2018).

A operacionalização do NAT, estruturada em dois eixos principais, reflete a busca pela eficácia imediata da norma. No primeiro eixo, o apoio técnico entrega pareceres que substituem a prova pericial tradicional, acelerando a tramitação e reduzindo custos. No segundo, a prevenção administrativa utiliza um sistema eletrônico para pautar a conciliação sempre que existam alternativas ofertadas pelo SUS (Ornelas, 2018).

Os resultados dessa estrutura confirmam que o diagnóstico técnico é o motor da efetividade. O Relatório Anual de Monitoramento da Judicialização de 2017 reportou um aumento de 697% nos requerimentos administrativos ao NAT em relação ao ano anterior, sinalizando uma forte adesão ao fluxo extrajudicial. Esse desempenho indica que, ao deslocar a resolução de conflitos para instâncias técnicas e administrativas tal como se propõe na adaptação de métodos como o RAPPAM para os CEJUSCs Saúde, é possível não apenas desafogar o Judiciário, mas promover um uso mais equilibrado e justo dos recursos públicos em saúde (Ornelas, 2018).

Nessa mesma trilha, a estruturação de mecanismos como o CEJUSC Saúde no

Maranhão deve ser compreendida como a expressão concreta dessa busca por eficácia no controle social das políticas públicas. De acordo com Caldas (2014), é fundamental reinterpretar os instrumentos de fiscalização popular à luz de uma cidadania participativa que não se limite à judicialização repressiva, mas que incorpore modelos preventivos e colaborativos. Assim como a gestão de Unidades de Conservação exige o abandono de formalismos excessivos para garantir a proteção ambiental real, a atuação extrajudicial no Maranhão demanda uma abordagem comprometida com a celeridade e com a simplificação procedimental.

Caldas (2014) ressalta que a rigidez interpretativa pode inviabilizar o pleno exercício do controle social, tornando ineficaz o acesso à democracia. Essa crítica encontra eco direto no enfrentamento da judicialização da saúde: a superação do modelo adversarial e o fortalecimento de instâncias consensuais dependem da redução de barreiras formais. Ao deslocar o eixo da atuação para o CEJUSC Saúde, busca-se garantir que o direito seja exercido com foco no resultado social e na equidade, e não apenas no cumprimento técnico de etapas processuais. Afinal, como o autor evidencia, o protagonismo do cidadão deve ser incentivado pela desburocratização dos fluxos, evitando que o processo se torne um fim em si mesmo.

Sob o prisma jurídico-teórico, essa noção de eficácia defendida por Caldas (2014) transcende a aptidão formal da norma, ela reside na capacidade real de satisfazer a pretensão em tempo razoável. Essa leitura substancial vincula a eficácia à função instrumental da jurisdição e à excelência da prestação estatal. Transpondo essa compreensão para o campo da desjudicialização, verifica-se que o êxito de estruturas como o CEJUSC Saúde reside justamente na promoção de soluções céleres, capazes de antecipar a resposta estatal sem a necessidade de lide, em consonância com um modelo de cidadania verdadeiramente eficaz.

Esse debate sobre a eficácia, contudo, possui raízes profundas na teoria constitucional contemporânea. A eficácia dos direitos sociais, como o direito à saúde, estabelece-se como o critério de verificação do compromisso estatal com a dignidade da pessoa humana. Teóricos como, Hesse (1991) e Alexy (2008) fornecem o lastro necessário para compreender a eficácia como o núcleo operativo da Constituição de 1988. Como aponta Ramos (2007), a Constituição brasileira rompeu com a tradição das

"normas programáticas", atribuindo força jurídica plena aos direitos sociais. A eficácia, aqui, é a capacidade de a norma incidir materialmente sobre a realidade social, transformando-a.

Ocorre que a eficácia jurídica, nessa perspectiva crítica, não se confunde com a mera validade formal da norma, mas se projeta como sua capacidade de produzir efeitos concretos na vida social, especialmente no âmbito dos direitos fundamentais. No campo do direito à saúde, isso implica reconhecer que a existência de previsões constitucionais não assegura, por si só, sua realização material, sendo indispensável a atuação coordenada de políticas públicas, instituições estatais e mecanismos de garantia (Ribeiro, 2021).

Como evidenciado na literatura crítica em direitos humanos e saúde, a inefetividade normativa decorre, em grande medida, de condicionantes estruturais, como a mercantilização da saúde, a fragmentação das políticas sociais e as desigualdades socioeconômicas, que limitam a concretização dos direitos. Nesse cenário, a crescente judicialização revela-se não como solução ideal, mas como sintoma da incapacidade estatal de assegurar espontaneamente tais direitos, deslocando para o Poder Judiciário a tarefa de suprir falhas institucionais. Assim, a eficácia normativa somente se realiza plenamente quando há correspondência entre a norma jurídica, a ação estatal e as condições materiais de existência, superando a dissociação entre reconhecimento formal e efetividade concreta dos direitos sociais (Ribeiro, 2021).

A eficácia jurídica não se esgota na mera previsão normativa, mas depende de um conjunto articulado de fatores que condicionam sua concretização no plano fático. Nesse sentido, a efetividade do direito fundamental à saúde está diretamente vinculada à qualidade da formulação normativa, à capacidade das instituições encarregadas de sua implementação, à existência de mecanismos eficazes de controle e sanção, bem como à participação cidadã e à consolidação de uma cultura ao diálogo. Ademais, a integração desses preceitos nas políticas públicas revela-se elemento indispensável para transformar o reconhecimento formal do referido direito em resultados concretos, superando a distância entre norma e realidade, fenômeno ainda recorrente em contextos como o peruano, em que se observa robustez normativa, mas fragilidades na execução e fiscalização das políticas ambientais (Bermejo Vega, 2026)

Nesse cenário, o Judiciário assume o papel de garantidor dessa eficácia, especialmente diante da alegada "reserva do possível". Com apoio em Torres (2001), é possível vislumbrar que tal escassez só pode ser alegada mediante prova concreta de impossibilidade fática, sendo o mínimo existencial um parâmetro inderrogável. A eficácia, portanto, adquire uma função crítica e transformadora: ela permite que a cidadania exija não apenas legalidade formal, mas justiça material, conforme reiterado pelo Supremo Tribunal Federal nas emblemáticas decisões do Min. Celso de Mello no REs 271.286/RS (STF, 2000) e 436.996/SP (STF, 2005).

Essa exigência de eficácia irradia-se para além das relações entre Estado e indivíduo, alcançando a chamada eficácia horizontal. Dessa forma, os direitos fundamentais permeiam todo o ordenamento jurídico, inclusive as relações privadas. Essa reconfiguração impõe ao intérprete, especialmente ao juiz, o dever de compatibilizar normas infraconstitucionais com os valores da dignidade humana.

Em última análise, a teoria da eficácia rompe com a dicotomia entre validade e efetividade. Ao associar juridicidade e concretude, ela exige do Estado e da sociedade um compromisso real com os valores constitucionais. A eficácia transforma a Constituição de uma promessa em um comando operacional pleno, garantindo que o direito à saúde e a proteção ambiental deixem de ser "direitos de papel" para se tornarem realidades vividas.

Em continuidade a essa construção, cumpre avançar do plano da eficácia, compreendida como a efetiva implementação das normas constitucionais, para uma dimensão qualitativa dessa implementação no âmbito do acesso à justiça. Se, por um lado, a teoria da eficácia permite verificar se o direito à saúde deixa de ser mera previsão normativa para se concretizar por meio da atuação jurisdicional, por outro, ela não esgota a análise acerca de como esse acesso se distribui entre os indivíduos. É nesse ponto que se impõe a incorporação da equidade como critério complementar, voltado não apenas à existência do acesso, mas à forma justa e proporcional com que ele se realiza.

Em outras palavras, não basta que o acesso à justiça esteja formalmente assegurado e operacionalmente disponível, é necessário que ele ocorra de modo a reduzir desigualdades, evitar distorções distributivas e garantir que os mais vulneráveis não sejam preteridos. Assim, a reflexão desloca-se de uma lógica centrada

exclusivamente na concretização formal do direito de acesso para uma abordagem que também considera a qualidade, a justiça e a legitimidade desse acesso, abrindo espaço para o diálogo com perspectivas teóricas que permitem avaliar a eficácia normativa à luz da equidade e da realização substantiva dos direitos fundamentais.

Torna-se relevante incorporar, pois, ao debate jurídico contribuições oriundas da filosofia política e da economia normativa, capazes de ampliar os critérios avaliativos para além da mera conformidade procedimental. Nesse contexto, a teoria da escolha social formulada por Amartya Sen oferece um referencial teórico valioso para reconceber a eficácia normativa à luz da equidade e da justiça material.

A teoria da escolha social, conforme desenvolvida por Sen (2017), apresenta uma abordagem inovadora e crítica da justiça e da equidade, ao deslocar o foco da construção de modelos ideais para o exame comparativo de situações sociais concretas. A partir dessa perspectiva, a equidade passa a ser compreendida não como um estado absoluto ou transcendental, mas como um critério de avaliação que permite identificar e corrigir desigualdades observáveis, com base em princípios de imparcialidade e universalização.

O autor parte de uma distinção fundamental entre duas tradições filosóficas oriundas do Iluminismo: de um lado, a tradição contratualista, voltada para a identificação de instituições perfeitamente justas; de outro, a abordagem comparativa, preocupada com a remoção de injustiças manifestas (Sen, 2017). É no interior desta segunda tradição que se insere sua proposta de teoria da escolha social, que busca avaliar o grau de justiça ou injustiça entre diferentes estados sociais, sem a necessidade de postular uma sociedade ideal como parâmetro absoluto.

Nesse contexto, a equidade emerge como um valor normativo diretamente associado à imparcialidade nas comparações interpessoais. Ao resgatar ideias como a regra de ouro, o imperativo categórico kantiano e o princípio de equidade formulado por Sidgwick, Sen afirma que qualquer ação que alguém julgue correta para si, julga implicitamente correta para todas as outras pessoas em circunstâncias semelhantes (Sen, 2017). Trata-se, portanto, de um critério que exige que as decisões sociais se baseiem na possibilidade de serem justificadas sob uma perspectiva generalizável, na qual todos os indivíduos possam se reconhecer.

Essa concepção de equidade se articula diretamente com a noção de eficácia

normativa, compreendida aqui não apenas como produção formal de efeitos jurídicos, mas como realização concreta de valores de justiça na prática social. A escolha social, para Sen, deve ser capaz de orientar decisões públicas e institucionais com base em juízos éticos fundamentados. Nesse sentido, a eficácia passa a depender da aptidão das políticas públicas para responder às necessidades reais dos indivíduos, especialmente daqueles em situação de maior privação, superando assim a mera existência formal da norma.

Ao discutir os fundamentos informacionais das avaliações normativas, Sen introduz as noções de *basal space* e *aggregation system*, por meio das quais explicita que diferentes teorias da justiça operam com distintos conjuntos de variáveis relevantes. Ele critica teorias que limitam o espaço informacional à utilidade individual ou ao cumprimento de regras procedimentais, e defende que a equidade requer a consideração de múltiplas dimensões, como capacidades, liberdades e privações (Sen, 2017).

Essa ampliação do espaço informacional é central para uma concepção substantiva de eficácia, pois permite que juízos de valor normativos se traduzam em orientações aplicáveis à realidade social. Como afirma o autor, “decisões de valor exigem raciocínio consciente, e discutível, sobre o que devemos valorizar mais” (Sen, 2017, p. 339), o que implica a necessidade de deliberação ética pública como base para escolhas sociais eficazes.

Dessa forma, equidade, na teoria da escolha social, não é um atributo técnico ou uma variável exógena, mas uma condição normativa que orienta comparações imparciais e éticas entre estados sociais possíveis. Sua relação com a eficácia é constitutiva: a justiça só pode ser considerada eficaz quando é capaz de produzir melhorias reais na vida das pessoas. Ao rejeitar modelos perfeccionistas e privilegiar a deliberação racional sobre alternativas viáveis, a teoria de Sen oferece uma concepção de justiça equitativa com forte potencial de aplicação prática, contribuindo para a avaliação crítica e empírica da eficácia das normas e políticas públicas à luz de seus efeitos sobre a dignidade humana.

Nesse ponto, observa-se que a literatura nacional em saúde tem buscado operacionalizar o conceito de equidade em diálogo com esses referenciais teóricos. A revisão conduzida por Albrecht, Rosa e Bordin (2017) mostra que, embora a equidade

seja reconhecida como princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde, sua utilização permanece fortemente ancorada em interpretações normativas herdadas de Whitehead (1992), que concebe as desigualdades em saúde como desnecessárias, evitáveis e injustas. Essa matriz ética e moral forneceu um marco de legitimação para políticas públicas de saúde, ainda que muitas vezes reduzidas à dimensão do acesso aos serviços.

A análise evidencia que a produção científica brasileira majoritariamente articula equidade à noção de justiça social, aproximando-se de Rawls (1997; 2001; 2003) em sua defesa de mecanismos compensatórios voltados aos menos favorecidos. Tal perspectiva, contudo, apresenta limites quando desconsidera a dimensão das escolhas e liberdades individuais, deslocando a responsabilidade da justiça para as instituições em abstrato. É justamente nesse ponto que a crítica de Sen ganha relevância: ao insistir que a justiça não pode ser aferida apenas pela configuração institucional, mas deve levar em conta as realizações concretas dos indivíduos e sua capacidade de viver vidas que valorizam, Sen amplia o campo informacional da avaliação normativa (Albrecht; Rosa; Bordin, 2017).

Nesse cenário, é relevante destacar que Sen concebe a equidade em saúde como parte integrante da liberdade humana, entendida não apenas como ausência de restrições, mas como a capacidade efetiva de realizar funcionamentos que os indivíduos valorizam. Ao propor o enfoque das capacidades, Sen (2017) defende que as desigualdades em saúde não podem ser reduzidas a meras diferenças de acesso ou distribuição de bens; elas devem ser analisadas a partir da diversidade concreta de condições pessoais, sociais e ambientais que moldam as oportunidades reais dos sujeitos. Nesse sentido, a equidade exige políticas públicas que ampliem as liberdades substantivas, assegurando que as pessoas disponham de meios para perseguir seus objetivos de vida. Tal perspectiva confere à eficácia normativa uma dimensão transformadora e emancipatória, na medida em que o direito deixa de ser apenas uma promessa formal e passa a ser avaliado pela sua contribuição efetiva à expansão das capacidades humanas e ao florescimento da dignidade em contextos sociais marcados por privações estruturais.

Ainda segundo os autores, a literatura revisada raramente mobiliza a perspectiva das capacidades de forma consistente, limitando-se a conceber equidade como sinônimo

de acesso ou distribuição de recursos. A redução do debate ao nível da porta de entrada do sistema de saúde mostra-se insuficiente diante da multidimensionalidade proposta por Sen (2002), para quem equidade envolve também processos, ausência de discriminação no cuidado e integração da saúde a outras dimensões da justiça social (Albrecht; Rosa; Bordin, 2017). Esse estreitamento conceitual fragiliza a eficácia normativa, pois, ao concentrar-se em critérios meramente quantitativos de cobertura, ignora os aspectos relacionais e qualitativos da inclusão social.

Outro achado relevante é a centralidade da discussão sobre a alocação de recursos e a tensão entre universalização e focalização. Estudos analisados indicam que a focalização pode assumir caráter de inclusão, ao privilegiar grupos historicamente excluídos, mas também pode se reduzir a uma lógica de escassez que compromete a universalidade do direito à saúde (Albrecht; Rosa; Bordin, 2017). Aqui, novamente, a teoria da escolha social oferece um instrumento útil, ao permitir que decisões públicas sejam avaliadas segundo critérios de razoabilidade ética e imparcialidade, e não apenas por sua eficiência distributiva.

Assim, ao se considerar a eficácia das políticas públicas de saúde, a incorporação da equidade exige superar sua compreensão como simples garantia de acesso. A revisão de literatura mostra que o desafio consiste em operacionalizar a equidade como valor normativo substantivo, capaz de orientar processos de inclusão, participação democrática e justiça redistributiva. Somente desse modo a eficácia normativa deixará de ser uma aferição formal de cumprimento procedimental e passará a representar, de fato, a capacidade do direito de transformar realidades sociais, promovendo justiça material na vida concreta dos indivíduos (Albrecht; Rosa; Bordin, 2017).

Nesse horizonte, a reflexão de Sen (1999) evidencia que a saúde não deve ser concebida apenas como um recurso instrumental, destinado a incrementar a produtividade econômica ou a reduzir custos sociais, mas como um valor intrínseco da vida humana. Sua proposta de análise desloca o foco da mera disponibilidade de serviços para a capacidade dos indivíduos em realizar funcionamentos relacionados ao bem-estar. A saúde, portanto, integra o núcleo das liberdades substantivas, configurando-se como condição para que os sujeitos possam levar adiante projetos de vida que valorizam.

Essa abordagem implica redefinir a própria noção de equidade em saúde. Para

Sen (1999), não basta garantir a igualdade formal de acesso aos serviços; é necessário examinar os determinantes sociais e institucionais que condicionam as oportunidades reais de desfrutar de uma vida saudável. Desigualdades originadas em privações evitáveis como ausência de saneamento, discriminação no atendimento, carência de informação ou barreiras socioeconômicas constituem iniquidades injustas que o Estado tem a obrigação de enfrentar.

Ao criticar modelos reducionistas, Sen sustenta que a equidade no contexto da saúde deve ser observada sob uma perspectiva multidimensional. Isso significa que tanto os processos (tratamento digno, ausência de discriminação, qualidade da atenção) quanto os resultados (expectativa de vida, redução de morbimortalidade evitável, bem-estar físico e mental) devem ser considerados na avaliação da justiça sanitária. A equidade, assim, não se resume à repartição de recursos ou à focalização em grupos específicos, mas envolve o exame imparcial dos impactos sociais das políticas e sua capacidade de ampliar liberdades. Dessa forma, a equidade em saúde se apresenta como condição constitutiva da justiça social, ampliando o alcance do direito à saúde para além da promessa formal, em direção a sua realização concreta na vida cotidiana.

Dessa leitura se extrai, pois, que a abordagem do desenvolvimento como liberdade, conforme formulada por Sen (1999; 2017), permite compreender que o progresso social não pode ser reduzido a indicadores estritamente econômicos, como o crescimento do PIB ou a renda per capita, devendo ser avaliado a partir da expansão das liberdades substantivas e da eliminação das privações que limitam as oportunidades individuais. O desenvolvimento assume caráter multidimensional, incorporando dimensões como saúde, educação, participação política e segurança social, as quais se articulam por meio das chamadas liberdades instrumentais. Estudos aplicados à realidade brasileira evidenciam que a utilização de indicadores baseados nessa abordagem como o Índice de Desenvolvimento como Liberdade permite uma leitura mais abrangente e acurada das desigualdades regionais e das limitações estruturais do Estado, superando as insuficiências de métricas tradicionais como o PIB e mesmo o IDH (Dalto; Pires; Aguiar, 2021).

O Brasil ainda apresenta níveis elevados de privação, especialmente nas Regiões Norte e Nordeste, em que o acesso às oportunidades sociais notadamente saúde e

educação revela-se insuficiente para garantir condições equitativas de desenvolvimento (Dalto; Pires; Aguiar, 2021). Tal constatação reforça que a eficácia dos direitos fundamentais depende não apenas de sua previsão normativa, mas da capacidade institucional de promover condições materiais que viabilizem seu exercício concreto. Assim, ao ser incorporada ao estudo da mediação sanitária, a abordagem das capacidades permite compreender que sua relevância transcende a resolução de conflitos, projetando-se como instrumento de ampliação das liberdades reais dos indivíduos, na medida em que contribui para a remoção de barreiras de acesso e para a concretização efetiva do direito à saúde.

Nesse mesmo horizonte teórico, importa debater as convergências e as distinções entre as propostas igualitaristas de Rawls e Sen. Conforme analisam Daou e Brito Filho (2017), ambos compartilham a preocupação com a justiça distributiva, mas divergem quanto ao método: enquanto Rawls, inserido no institucionalismo transcendental, parte da formulação de instituições perfeitamente justas e centra sua teoria na distribuição de bens primários como direitos, liberdades, oportunidades, renda e riqueza, Sen desloca o foco para a realização concreta da justiça, enfatizando as capacidades efetivas dos indivíduos. Essa distinção revela-se particularmente relevante para o presente estudo, pois reforça a necessidade de avaliar não apenas a existência formal de direitos ou estruturas institucionais, mas a efetiva possibilidade de os indivíduos usufruírem desses direitos, o que aproxima a análise da mediação sanitária de uma perspectiva material e funcional da justiça.

Sen, por sua vez, rejeita a suficiência dessa métrica, pois entende que a posse de bens primários não assegura, por si só, a realização de funcionamentos valiosos, dada a diversidade humana na conversão de recursos em capacidades. Sua abordagem desloca o eixo de avaliação para a pergunta “como a justiça pode ser promovida?”, enfatizando as realizações efetivas e a igualdade de capacidades como núcleo normativo. Ao priorizar comparações reais e a remoção de injustiças manifestas, a teoria seniana abre espaço para a deliberação ética contínua e para a consideração de contextos concretos, sobretudo em sociedades desiguais.

Essa crítica incide diretamente sobre a eficácia normativa no campo da saúde. Enquanto a perspectiva rawlsiana poderia se limitar à garantia institucional de acesso

formal a bens primários (como serviços de saúde), Sen argumenta que a equidade sanitária deve ser medida pela capacidade efetiva de usufruir da saúde como liberdade substantiva. Isso implica avaliar não apenas a presença de normas ou instituições justas, mas também os resultados tangíveis para os indivíduos como nutrição adequada, prevenção de mortes evitáveis e tratamento sem discriminação.

Dessa forma, a contribuição do paralelo Rawls–Sen reforça a necessidade de repensar a eficácia normativa à luz da equidade. Se Rawls oferece a estrutura contratual e os princípios distributivos que fundamentam a justiça, Sen acrescenta a dimensão operacional e prática, ao exigir que as instituições sejam julgadas por sua capacidade de ampliar liberdades reais. O diálogo entre as duas teorias, portanto, sugere que a efetividade das políticas públicas de saúde depende não apenas da correção formal de arranjos institucionais, mas da sua aptidão para reduzir desigualdades concretas e assegurar dignidade aos indivíduos em suas circunstâncias específicas.

A leitura de Tressoldi e Tramontina (2021) repisa a centralidade do debate entre Rawls e Sen para compreender os limites e alcances da justiça como equidade. Rawls, ao formular sua teoria contratualista, parte da posição original e do véu da ignorância, concebendo a justiça como um acordo racional e equitativo voltado à estrutura básica da sociedade. Nessa perspectiva, os bens primários liberdades, oportunidades, renda, riqueza e autorrespeito são tomados como métrica universal de justiça, assegurados por meio dos princípios da liberdade e da diferença. A prioridade lexical das liberdades básicas sobre quaisquer outras considerações traduz o caráter deontológico da teoria rawlsiana, que privilegia a correção do procedimento sobre a avaliação dos resultados.

Sen, no entanto, desloca a análise para o terreno comparativo e prático, sustentando que não basta desenhar instituições ideais ou garantir bens primários de forma abstrata. Sua crítica incide sobre três pontos centrais: (i) a insuficiência do institucionalismo transcendental, por se afastar das sociedades reais; (ii) a ênfase absoluta nas liberdades formais, que negligencia privações concretas como fome e negligência médica; e (iii) a inadequação da métrica dos bens primários, que desconsidera a diversidade das pessoas na conversão de recursos em funcionamentos. Para Sen, o núcleo da justiça não está apenas na posse de recursos, mas na igualdade de capacidades para transformar esses recursos em vidas que as pessoas têm razão

para valorizar.

A força do argumento seniano, tal como exposto por Tressoldi e Tramontina (2021), está em propor um modelo de justiça mais inclusivo e sensível às diferenças individuais e contextuais, capaz de integrar dimensões materiais e substantivas da liberdade. Assim, a justiça deixa de ser pensada apenas como simples distribuição equitativa de bens e passa a ser concebida como promoção de condições reais para que todos possam exercer sua cidadania de forma plena. Essa postura não anula a contribuição rawlsiana, mas a complementa, ao aproximar o ideal normativo da prática social concreta e ao exigir que a eficácia das instituições seja avaliada em função de sua capacidade de reduzir desigualdades efetivas.

Dessa maneira, a interlocução Rawls–Sen, permite concluir que a justiça contemporânea demanda tanto a estrutura normativa de princípios quanto a avaliação prática das realizações humanas. Essa síntese é particularmente relevante para o campo da saúde, onde o simples provimento formal de serviços não assegura equidade se não houver condições reais para que os indivíduos convertam esses serviços em funcionamentos valiosos como viver mais, viver melhor e com dignidade.

Nesse cenário, a compreensão da eficácia, quando articulada à equidade e à ampliação das capacidades, sugere a necessidade de deslocar a análise para além da verificação da existência de normas ou de sua aplicação pelo Poder Judiciário. Se a realização do direito à saúde depende de condições concretas de acesso, compreensão e fruição das prestações sanitárias, então se torna relevante examinar não apenas os resultados decisórios, mas também os arranjos institucionais por meio dos quais os conflitos em saúde são processados.

Nessa perspectiva, a mediação de conflitos em saúde apresenta-se como um campo pertinente de investigação, na medida em que incide sobre a forma de tratamento das demandas sanitárias, podendo influenciar aspectos relacionados ao acesso, à construção das soluções e à interação entre usuários e instituições. Trata-se, portanto, de um nível de análise que dialoga com as dimensões de equidade e de ampliação das capacidades, sem que disso decorra, a priori, qualquer conclusão quanto à sua aptidão para promover tais resultados.

No contexto do Estado do Maranhão, a atuação CEJUSC Saúde oferece um

recorte empírico relevante para essa investigação. Ao organizar a gestão de demandas sanitárias por meio de procedimentos consensuais, com atuação nas fases pré-processual e processual, o CEJUSC constitui um arranjo institucional que permite observar, em termos concretos, como se estruturam alternativas à lógica estritamente adjudicatória no tratamento desses conflitos.

Assim, à luz da construção teórica desenvolvida, mostra-se metodologicamente pertinente examinar a mediação sanitária, em especial a experiência do CEJUSC Saúde do Maranhão como forma de investigar em que medida tais arranjos institucionais se relacionam com a eficácia do direito à saúde, especialmente no que se refere às condições de acesso, à redução de barreiras e à produção de respostas no âmbito das políticas públicas sanitárias.

A partir desse enquadramento, passa-se, no capítulo seguinte, à delimitação teórica da mediação de conflitos, com o objetivo de estabelecer as bases conceituais necessárias à análise do modelo adotado no âmbito da saúde.

2 – CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO DE CONFLITOS E O DIREITO À SAÚDE

A transição para este segundo capítulo marca o deslocamento do debate teórico sobre a eficácia e a equidade para o campo da operatividade institucional. Se, no capítulo anterior, estabeleceu-se que a justiça deve ser aferida pela sua capacidade de promover liberdades substantivas e remover injustiças manifestas, cabe agora investigar como o sistema de justiça brasileiro se estrutura para garantir que o direito à saúde não permaneça no plano das abstrações normativas, com especial atenção à mediação sanitária.

A tutela jurisdicional da saúde não deve ser compreendida apenas como o exercício do poder de império do Estado para decidir litígios, mas como um processo multidimensional de busca pela equidade. Sob essa ótica, os tópicos que compõem este capítulo exploram a evolução das formas de acesso à justiça, partindo da compreensão do movimento de métodos adequados de solução de conflitos até a análise crítica da judicialização em massa. O objetivo central é verificar em que medida as instituições sejam elas judiciais ou administrativas conseguem incorporar o "enfoque das capacidades" na resolução de demandas sanitárias.

Nesse horizonte, a análise que se segue conecta a teoria da escolha social de Amartya Sen às novas morfologias da prestação jurisdicional. Discute-se aqui a superação de um modelo puramente contencioso em favor de mecanismos de autocomposição, como a mediação e a conciliação, sob a premissa de que tais métodos podem oferecer soluções mais próximas da realidade concreta dos indivíduos e de suas necessidades específicas de saúde.

Dessa forma, é preciso percorrer desde a evolução histórica dos métodos de solução de conflitos até o cenário estatístico atual da judicialização no Brasil, sempre sob o prisma de que a eficácia normativa da saúde depende de uma tutela capaz de conciliar a universalidade do direito com a justiça material devida a cada sujeito.

2.1 O movimento de resolução adequada de disputas no tempo

A mediação e os demais mecanismos de resolução adequada de disputas (ADR)⁴ devem ser compreendidos em uma perspectiva histórica que transcende o contexto contemporâneo. Como destaca Barrett (2004), o ADR constitui um movimento político, cultural e social, que se apoia em raízes históricas muito anteriores à sua difusão moderna. Essa trajetória pode ser analisada em três momentos: as genealogias tradicionais, o salto institucional do século XX e a relevância contemporânea para o acesso à justiça.

O ADR não é uma invenção recente, mas a formalização de práticas sociais de longa duração. Em sociedades tradicionais, como os Bushmen do Kalahari, o processo de resolução de conflitos envolvia longas sessões de fala e negociações coletivas, nas quais a comunidade buscava restabelecer a harmonia, evitando a escalada da violência (Albert *et al.*, 1995).

No Havaí, o *ho'oponopono* tinha caráter ritual e espiritual, sendo conduzido por um mediador respeitado, cujo objetivo era “acertar o que estava errado”, promovendo reconciliação e equilíbrio familiar (Barrett; Barrett, 2004). Já entre os Yorùbá, na Nigéria, anciãos atuavam como árbitros e a principal sanção era o ostracismo social, evidenciando que a eficácia do processo dependia da força cultural do grupo (Barrett; Barrett, 2004).

No mundo clássico, a arbitragem grega consolidou-se como uma prática formalizada. S. L. Ager (1996) analisa os processos arbitrais interestatais entre 337 e 90 a.C., mostrando a relevância do procedimento como mecanismo de prevenção da guerra (Ager, 1996). Aristóteles, em sua *Retórica*, distingue o julgamento, que exige aplicação estrita da lei, da arbitragem, voltada para a equidade e a moderação (Aristóteles, 1373b). Essas experiências revelam que a busca por soluções negociadas e justas atravessa diversas culturas e épocas.

O movimento moderno de ADR ganhou corpo especialmente nos Estados Unidos, vinculado inicialmente às relações trabalhistas. A obra de Bernhardt (1923) sobre a história da conciliação demonstra como o governo americano já institucionalizava formas de mediação desde o início do século XX (Bernhardt, 1923). O *Railway Labor Act* de 1926

⁴ O uso da sigla ADR decorre do comum uso na língua inglesa da expressão *Appropriate Dispute Resolution*.

(ESTADOS UNIDOS, 1926)⁵ e o *National Labor Relations Act* de 1935⁶ (ESTADOS UNIDOS, 1935) consolidaram a negociação coletiva e criaram condições institucionais para a mediação laboral (Barrett; Barrett, 2004). Posteriormente, o *Taft-Hartley Act* de 1947⁷ instituiu o Federal Mediation and Conciliation Service (FMCS), marco decisivo na profissionalização da mediação nos EUA (Barrett, 1995).

Com os movimentos sociais dos anos 1960, o ADR expandiu-se para outros campos. Barrett (1967), analisou a mediação em disputas de direitos civis, destacando seu papel como alternativa à violência (Barrett, 1967). Nesse período, o *Civil Rights Act* de 1964⁸ criou o Community Relations Service, responsável por intervir em disputas raciais e comunitárias, evidenciando a importância da mediação como instrumento político de inclusão (Barrett; Barrett, 2004). A criação do National Center for Dispute Settlement, em 1969, ampliou essa lógica para conflitos de campus universitários e

⁵ Trata-se da Lei do Trabalho nas Linhas de Ferro, é uma legislação federal dos Estados Unidos voltada à regulação das relações de trabalho nos setores ferroviário e, posteriormente, aéreo, com o objetivo central de evitar interrupções no comércio interestadual por meio da solução pacífica de conflitos entre empregadores e empregados. A lei estabelece a obrigação de negociação coletiva, protege o direito de organização dos trabalhadores e institui procedimentos obrigatórios e graduais de resolução de disputas incluindo negociação, mediação por órgão federal, possibilidade de arbitragem e intervenção presidencial antes da adoção de medidas como greves. Além disso, distingue conflitos relacionados à criação ou alteração de acordos coletivos daqueles ligados à sua interpretação, prevendo mecanismos específicos para cada caso, com forte ênfase na manutenção da estabilidade das relações de trabalho e na continuidade dos serviços essenciais.

⁶ Trata-se da Lei Nacional de Relações de Trabalho de 1935, responsável por estruturar juridicamente as relações coletivas de trabalho nos Estados Unidos, com especial ênfase na prevenção e resolução de disputas trabalhistas. A norma instituiu mecanismos formais para a solução de conflitos entre empregadores e empregados, proibindo práticas desleais e criando um modelo institucional voltado à negociação coletiva como meio prioritário de composição. Nesse contexto, destaca-se a criação do National Labor Relations Board (NLRB), órgão encarregado de supervisionar eleições sindicais e, sobretudo, de investigar e decidir controvérsias trabalhistas, atuando como instância central de mediação e adjudicação administrativa, com o objetivo de reduzir a litigiosidade e evitar conflitos que possam afetar o comércio interestadual.

⁷ Trata-se da Lei de Relações Trabalhistas e de Gestão de 1947 (Taft-Hartley Act), que reformulou o regime jurídico das relações coletivas de trabalho nos Estados Unidos, buscando reequilibrar as dinâmicas entre empregadores, sindicatos e o interesse público. No que se refere à resolução de disputas, a norma introduziu mecanismos voltados à organização e ao controle institucional dos conflitos trabalhistas, ampliando o papel do Estado na mediação e na supervisão das negociações coletivas. Destaca-se a previsão de intervenção federal em situações que possam afetar significativamente o interesse público, bem como a estruturação de procedimentos destinados a incentivar a negociação e evitar a escalada de conflitos. Com isso, a lei procurou promover maior previsibilidade e estabilidade nas relações de trabalho, especialmente em contextos de disputas coletivas de maior impacto econômico e social.

⁸ Trata-se da Lei dos Direitos Civis de 1964, que proibiu a discriminação com base em raça, cor, religião, sexo ou origem nacional em diversas esferas, incluindo relações de trabalho. No campo da resolução de disputas, a norma instituiu mecanismos administrativos para tratar conflitos relacionados à discriminação, especialmente por meio da atuação da Equal Employment Opportunity Commission (EEOC), responsável por investigar denúncias e promover soluções antes do encaminhamento ao Judiciário.

disputas comunitárias (Barrett, 1969-1970; Barrett, 2004)

O *Pound Conference*, realizado em 1976 sob liderança do juiz Warren Burger, é frequentemente considerado o marco fundador do ADR vinculado ao Judiciário. Sander (1976), nesse evento, apresentou a ideia do *multidoor courthouse*, segundo a qual os tribunais deveriam oferecer diferentes portas de acesso como mediação, arbitragem, conciliação etc., conforme a natureza do conflito (Sander, 1976; Barrett, 2004). Esse modelo inspirou políticas judiciais e acadêmicas subsequentes, como a criação do Program on Negotiation da Harvard Law School, em 1983, e a disseminação da negociação baseada em interesses com Fisher e Ury (1981).

No final do século XX, a expansão do ADR foi acompanhada de ampla institucionalização. O *Administrative Dispute Resolution Act*⁹ (ESTADOS UNIDOS, 1996) e o *Civil Justice Reform Act*¹⁰ (ESTADOS UNIDOS, 1990) nos Estados Unidos introduziram formalmente mecanismos consensuais na administração pública e no sistema de justiça federal norte-americano. A literatura mostra que essa incorporação refletiu não apenas uma preocupação com eficiência judicial, mas também com o fortalecimento democrático do acesso à justiça (Auerbach, 1983)

Como observa Barrett (1990), a negociação baseada em interesses passou a ser vista como uma estratégia de *win-win bargaining*, que não apenas resolvia disputas, mas fortalecia as relações entre as partes (Barrett, 1990; Barrett, 2004). Esse modelo ampliou-

⁹ Trata-se da Lei de Resolução Administrativa de Disputas de 1996 ampliou e consolidou o uso de métodos alternativos de resolução de disputas na administração pública federal dos Estados Unidos, incorporando mecanismos como arbitragem (vinculante e não vinculante) e atuação de *ombuds*, além de permitir sua aplicação em conflitos envolvendo servidores públicos. A lei também redefiniu regras de confidencialidade, incentivou a cooperação interinstitucional para difusão do ADR, autorizou o uso de estruturas de governos estaduais e locais, facilitou a contratação de mediadores e especialistas, e tornou permanente a utilização desses mecanismos. Ademais, promoveu ajustes em normas sobre arbitragem e revisão judicial, restringindo poderes unilaterais da Administração e reforçando a segurança jurídica, com o objetivo de tornar a resolução de conflitos administrativos mais eficiente, acessível e institucionalizada.

¹⁰ Trata-se da Lei de Reforma da Justiça Civil de 1990 que altera o Código Judiciário Federal Estadunidense para exigir que os tribunais distritais dos Estados Unidos implementem um plano de redução de custos e de atrasos na justiça civil, com o objetivo de facilitar a adjudicação, racionalizar a fase de produção de provas (*discovery*), aprimorar a gestão judicial dos processos e assegurar a resolução justa, célere e de baixo custo das disputas civis. Exige que tais planos sejam elaborados conjuntamente pelo Judiciário, pela sociedade e pela advocacia, devendo contemplar elementos específicos, incluindo a gestão diferenciada de casos com fluxos processuais distintos, procedimentos obrigatórios de gestão da fase de provas, limitações à produção probatória, utilização de métodos alternativos de resolução de disputas, realização de audiências preliminares não vinculantes em fases iniciais do processo, mecanismos de responsabilização judicial e o uso de magistrados auxiliares.

se para áreas como meio ambiente, consumo, relações comunitárias e políticas públicas, consolidando o ADR como um campo multifacetado. Atualmente, a mediação e outros métodos alternativos são fundamentais para lidar com os desafios de sobrecarga judicial, altos custos processuais e exclusão social. A proposta de Auerbach (1983), reforça a ideia de que os mecanismos extrajudiciais permitem maior inclusão e acesso efetivo à ordem jurídica, superando as barreiras tradicionais dos tribunais (Auerbach, 1983; Barrett, 2004)

A história do ADR mostra que a mediação e conciliação estão ancoradas em tradições antigas, mas sua força atual advém da institucionalização no século XX e de sua consolidação como instrumento democrático de acesso à justiça. A genealogia cultural, a profissionalização institucional e a importância contemporânea revelam que o ADR, mais do que alternativa, constitui um complemento essencial ao sistema de justiça, promovendo participação, equidade e soluções eficazes para conflitos complexos.

Nesse contexto, abordagens contemporâneas de caráter interdisciplinar permitem avançar para uma compreensão mais densa desses mecanismos. A mediação não deve ser concebida apenas como uma “porta alternativa” ao Judiciário, mas como parte integrante de um arranjo mais amplo de regulação de conflitos, no qual interage continuamente com a adjudicação estatal, a negociação privada e os mecanismos sancionatórios. Tal perspectiva rompe com a dicotomia entre judicial e extrajudicial, evidenciando a interdependência entre essas formas de regulação e a sua atuação conjunta na estabilização da ordem social (Härter; Hillemanns; Schlee, 2020).

Essa compreensão se aprofunda quando situada no marco do pluralismo normativo, no qual múltiplas ordens estatais, comunitárias, religiosas e transnacionais coexistem e se sobrepõem. A mediação opera, nesse cenário, como um espaço de articulação entre tais ordens, permitindo que os atores transitem entre diferentes regimes normativos e mobilizem estratégias diversas de resolução de conflitos. Trata-se, portanto, de um mecanismo que não apenas resolve disputas, mas organiza a convivência entre sistemas normativos concorrentes (Härter; Hillemanns; Schlee, 2020).

Ademais, essa análise exige o abandono de leituras idealizadas. A mediação não é intrinsecamente neutra ou emancipatória. Ao contrário, pode reproduzir assimetrias de poder, privilegiar soluções pragmáticas em detrimento da verdade substancial e funcionar

como instrumento de estabilização social mesmo quando não enfrenta as causas estruturais do conflito. Nesse sentido, sua função não se limita à produção de consenso, mas envolve também dinâmicas de controle social e gestão política dos conflitos (Schlee, 2020).

A dimensão histórica reforça essa leitura crítica, visto que longe de constituir inovação contemporânea, a mediação representa uma reconfiguração de práticas sociais de longa duração, que sempre coexistiram com formas institucionais de justiça. A consolidação do Estado moderno não eliminou tais práticas, mas as incorporou e regulou, produzindo arranjos híbridos que persistem até hoje (Härter, 2020).

Nesse contexto, destaca-se o conceito de *infrajustiça*¹¹, que designa o conjunto de práticas situadas entre o formal e o informal, operando em interação com o sistema jurídico estatal. A mediação insere-se nessa zona intermediária, funcionando como mecanismo de flexibilização do direito e de adaptação das respostas institucionais às demandas sociais. Essa posição liminar evidencia que a mediação não está fora do sistema de justiça, mas constitui parte de sua dinâmica interna ampliada (Härter, 2020).

Essas reflexões ganham especial relevância no campo das políticas públicas, especialmente na saúde. A mediação sanitária, frequentemente associada à desjudicialização, não pode ser reduzida a um instrumento de eficiência ou de redução de litigiosidade. Sua eficácia depende das condições institucionais em que se insere, das desigualdades estruturais que atravessam o acesso à saúde e da capacidade de articular diferentes ordens normativas e atores institucionais. Assim, mais do que técnica consensual, a mediação sanitária configura-se como instrumento de governança de conflitos, cuja eficácia está diretamente relacionada à promoção de equidade (Sen, 1999) e justiça social no âmbito do sistema de saúde (Härter; Hillemanns; Schlee, 2020).

¹¹ A *infrajustiça* pode ser compreendida como o conjunto de práticas de resolução de conflitos que se situam abaixo, ao redor ou para além da justiça formal estatal, mas que não são totalmente externas a ela. Trata-se, portanto, de uma categoria analítica que busca captar a existência de uma zona intermediária entre o formal e o informal, na qual diferentes mecanismos coexistem e interagem. Assim, *infrajustiça* designa um espaço relacional e dinâmico de regulação de conflitos, caracterizado pela interdependência funcional com o sistema jurídico estatal, no qual práticas como negociação, mediação, arbitragem, intercessão, petições, perdão e acordos compensatórios operam como alternativas, complementos ou até condicionantes da atuação jurisdicional. Nesse sentido, não se trata de um “fora do direito”, mas de um campo de práticas que tensionam, flexibilizam e, ao mesmo tempo, sustentam o próprio funcionamento da justiça formal (Härter, 2020).

2.2 Acesso à justiça no contexto do direito à saúde

O conceito de acesso à justiça ocupa lugar central no debate jurídico contemporâneo, sendo considerado requisito indispensável para a efetividade dos direitos fundamentais. A tradição liberal-individualista dos séculos XVIII e XIX concebia o acesso apenas como a possibilidade formal de ingressar em juízo, entendendo que os direitos eram anteriores ao Estado e que a este competia unicamente não impedir sua fruição. Nesse modelo, o Estado permanecia passivo, alheio às desigualdades sociais e econômicas que limitavam a capacidade de os indivíduos defenderem seus direitos. O resultado era a prevalência de uma igualdade apenas formal, na qual somente aqueles que possuíam recursos financeiros podiam efetivamente acionar a justiça (Cappelletti; Garth, 1988).

Com o advento do Estado Social e o crescimento da complexidade das relações sociais, essa concepção mostrou-se insuficiente. A ampliação do catálogo de direitos fundamentais, incluindo direitos sociais como saúde, educação, trabalho e segurança social, exigiu a atuação positiva do Estado para que deixassem de ser meras proclamações e se transformassem em realidades concretas. Nesse contexto, o acesso efetivo à justiça foi reconhecido como o mais fundamental dos direitos humanos, condição necessária para a fruição de todos os demais. Assim, a jurisdição passou a ser entendida não como uma simples faculdade formal, mas como instrumento de concretização da cidadania e de redução das desigualdades substanciais (Cappelletti; Garth, 1988).

O processo civil, tradicionalmente estudado de modo dogmático e abstrato, também sofreu uma reconfiguração. As técnicas processuais deixaram de ser vistas como mecanismos neutros para se revelar como instrumentos dotados de função social, capazes de influenciar quem efetivamente terá seus direitos reconhecidos e em que medida. A análise do processo passou a incorporar a dimensão empírica, reconhecendo que as regras procedimentais impactam diretamente a efetividade dos direitos, e exigindo dos estudiosos uma abordagem interdisciplinar que dialogue com a sociologia, a economia, a ciência política e a psicologia (Cappelletti; Garth, 1988).

Apesar dessa evolução, persistem barreiras que dificultam o acesso efetivo. Entre as mais significativas estão os elevados custos do litígio, especialmente honorários advocatícios e custas processuais, que inviabilizam a tutela de pequenas causas ao tornar antieconômica a própria demanda. Soma-se a isso a morosidade judicial, que, em muitos países, impõe prazos de anos para a obtenção de decisões executáveis, desestimulando os economicamente mais frágeis a prosseguir com suas ações. Além disso, há uma desigualdade estrutural entre litigantes ocasionais, geralmente indivíduos que raramente acionam o sistema, e litigantes habituais, compostos por grandes organizações que acumulam experiência, desenvolvem estratégias de longo prazo, diluem riscos e, muitas vezes, utilizam a jurisdição como forma de disciplinar indivíduos e extrair vantagens (Cappelletti; Garth, 1988).

Outro desafio é a tutela dos interesses difusos, como a proteção ambiental ou a defesa do consumidor. Tais interesses caracterizam-se pela fragmentação e pela dificuldade de mobilização, pois nenhum indivíduo isolado possui incentivo econômico suficiente para suportar os custos de uma demanda judicial. A dispersão dos titulares, a ausência de informação e o fenômeno do “carona”, aquele que não participa da ação, mas usufrui de seus benefícios, agravam a dificuldade de organização coletiva. Confiar exclusivamente no Estado para a defesa desses interesses mostrou-se insuficiente, sendo necessário criar mecanismos de ação coletiva e fortalecer a mobilização privada, a fim de garantir a proteção efetiva desses bens jurídicos fundamentais (Cappelletti; Garth, 1988).

O padrão que emerge dessa análise é claro: as barreiras ao acesso à justiça afetam de modo mais severo os litigantes individuais e economicamente vulneráveis, enquanto as vantagens estruturais concentram-se nas organizações habituadas a litigar. Esse cenário é particularmente preocupante diante dos novos direitos consagrados pelo Estado de bem-estar social, que frequentemente envolvem valores individuais reduzidos, mas confrontam cidadãos com grandes corporações ou o próprio Estado. O desafio é transformar esses direitos em vantagens concretas para os indivíduos comuns, exigindo do ordenamento jurídico medidas que equilibrem capacidades e tornem viável a reivindicação coletiva e difusa (Cappelletti; Garth, 1988).

É preciso destacar, ainda, que as barreiras ao acesso não podem ser enfrentadas

isoladamente. Muitas delas estão inter-relacionadas, de modo que a eliminação de um obstáculo pode acentuar outros. A tentativa de reduzir custos, por exemplo, mediante a supressão da obrigatoriedade de representação por advogado, pode prejudicar litigantes de baixa escolaridade e renda, que carecem da capacidade técnica necessária para conduzir seus processos. Sem mecanismos compensatórios, como a atuação ativa do juiz ou a ampliação da assistência jurídica, tais reformas podem aprofundar a desigualdade em vez de reduzi-la.

Assim, o acesso à justiça deve ser compreendido como o mais básico dos direitos humanos no Estado democrático de direito. Ele exige do Estado não apenas a abertura formal das portas do Judiciário, mas a construção de condições materiais, processuais e institucionais que garantam a todos, especialmente aos mais vulneráveis, a possibilidade real de reivindicar seus direitos. Como ensinam Cappelletti e Garth, somente quando o acesso for efetivo, e não apenas teórico, é que os direitos proclamados nas constituições modernas poderão cumprir sua função de promover igualdade e justiça em sociedades complexas e plurais.

A reflexão inaugurada por Cappelletti e Garth acerca das “ondas renovatórias” do acesso à justiça encontra ressonância e desenvolvimento na obra de Watanabe (2009) que ajusta tal concepção às especificidades brasileiras. Para o autor, o núcleo do direito fundamental não é apenas franquear o ingresso formal em juízo, mas assegurar o acesso à ordem jurídica justa, isto é, à efetiva realização de direitos substanciais segundo parâmetros de justiça material e equidade, superando a leitura estreita de “acesso” como simples abertura das portas do Judiciário (Watanabe, 2009).

Nessa chave, Watanabe (2009) propõe uma mudança de perspectiva: pensar a ordem jurídica e suas instituições a partir do destinatário (o cidadão) e não do Estado, o que desloca o debate para um programa de reformas e para um método de pensamento atento à realidade socioeconômica, às promessas normativas e à efetividade dos direitos. Esse programa demanda pesquisa interdisciplinar permanente e reordenação de instrumentos processuais, com vistas a aferir a aderência entre a ordem jurídica e a complexidade social contemporânea (Watanabe, 2009).

A efetividade do acesso exige, ademais, a pluralização dos meios de tratamento de conflitos. Ao lado da adjudicação, é indispensável uma estrutura mais leve e ágil para

disputas de pequena expressão econômica e de ocorrência cotidiana; em relações continuativas (vizinhança, família, locação), mediação e conciliação não apenas resolvem, mas pacificam os conflitantes, e o arbitramento pode produzir resultados amplos. Incumbe ao Estado organizar tais meios alternativos ao lado dos mecanismos tradicionais, admitindo serviços informais que não precisam estar integrados ao Poder Judiciário (Watanabe, 2009).

Nesse ponto, assume centralidade a participação da comunidade na administração da justiça. A experiência dos Juizados Informais de Conciliação e dos Juizados Especiais de Pequenas Causas evidencia que a atuação de conciliadores e árbitros provenientes da sociedade, associada à deformalização (maior informalidade) e à delegalização (menor legalismo, inclusive com solução por equidade em certos casos), constitui inovação relevante: incrementa celeridade, aproxima a justiça da realidade social, amplia a credibilidade institucional e gera efeito pedagógico ao fomentar cultura de colaboração e corresponsabilidade (Watanabe, 2009). Esse desenho apenas se completa quando os juizados ofertam, além da assistência judiciária, serviço de informação e orientação, não como apêndice, mas como complemento indissociável da solução de conflitos, de modo a reduzir assimetrias informacionais e a empoderar grupos vulneráveis (Watanabe, 2009).

Evidentemente, esse modelo não se presta a todo tipo de controvérsia: é vocacionado para conflitos cotidianos e de baixa complexidade (p. ex., vizinhança, consumo, condomínio), ao passo que litígios que demandam maior formalidade permanecem na estrutura adjudicatória tradicional. A calibragem entre mecanismos, quando utilizar a via formal, quando encaminhar a meios autocompositivos e quando estimular serviços informais e comunitários, integra a própria noção de acesso à ordem jurídica justa (Watanabe, 2009).

Por fim, Watanabe vincula esse arranjo a um imperativo de formação e aperfeiçoamento de magistrados e de organização adequada da justiça com pesquisa interdisciplinar contínua, informação, orientação e assistência judiciária, a fim de alinhar o sistema às demandas reais dos cidadãos e à efetividade dos direitos (Watanabe, 2009). Nesse sentido, a integração do pensamento de Cappelletti e Garth com a perspectiva de Watanabe evidencia que o acesso à justiça, no contexto brasileiro, ultrapassa a

eliminação de barreiras processuais e econômicas, constituindo projeto institucional e cultural mais amplo, que requer fortalecimento de instrumentos alternativos, participação comunitária, reorganização do Judiciário e reformulação da mentalidade judicial, com vistas à realização de uma ordem jurídica justa e efetiva.

A partir dessas premissas, a reflexão sobre o acesso à justiça amplia-se para incorporar experiências que transcendem o modelo jurisdicional clássico, especialmente diante da sobrecarga dos tribunais e da crescente demanda por soluções céleres e adequadas à diversidade dos conflitos sociais. Nesse horizonte, ganha relevo a proposta já mencionada de Sander (1976), ao apresentar a teoria do tribunal multiportas, concebida como um centro de resolução de disputas capaz de oferecer múltiplos caminhos de solução, de acordo com a natureza e as especificidades do litígio (Sander, 1976).

A inovação introduzida por Sander consistiu em deslocar o litígio judicial da posição de exclusividade para transformá-lo em uma entre várias opções possíveis. O acesso à justiça deixa, assim, de se identificar exclusivamente com o ingresso em juízo e passa a abranger um sistema integrado de métodos que incluem mediação, conciliação, arbitragem e outros mecanismos adequados de resolução de disputas. A escolha do procedimento adequado decorre de um processo de triagem inicial, no qual critérios como a natureza da controvérsia, a relação entre as partes, o valor econômico envolvido, o custo da solução e a agilidade do procedimento orientam a definição do canal mais adequado para cada caso (Sander, 1976).

Esse modelo revela-se especialmente pertinente em sociedades complexas, nas quais os conflitos são múltiplos e heterogêneos. Ao invés de concentrar todos os litígios em uma estrutura adjudicatória sobrecarregada e formal, a perspectiva multiportas favorece a racionalização dos meios de solução de disputas, fortalecendo a efetividade do direito fundamental de acesso à justiça. Ademais, a institucionalização de mecanismos alternativos permite que o Estado se organize de forma mais eficaz, aproximando a justiça da realidade vivida pelos cidadãos e assegurando maior aderência entre o sistema jurídico e a experiência social concreta.

No contexto brasileiro, essa concepção dialoga com a proposta de Kazuo Watanabe de acesso à ordem jurídica justa, pois ambos os autores destacam que não

basta a abertura formal do Judiciário: é necessário estruturar mecanismos capazes de concretizar a tutela de direitos em condições de equidade e eficiência. O tribunal multiportas, nesse sentido, não se limita a oferecer alternativas procedimentais, mas representa uma mudança de paradigma na compreensão do próprio papel das instituições de justiça, ao reconhecer que diferentes tipos de conflitos demandam respostas diferenciadas.

Ocorre que para o contexto brasileiro segundo Didier Júnior e Fernandez (2023) a denominação não basta falar em tribunal multiportas. A institucionalidade pátria é mais rica, diversa e dá aos sujeitos ainda mais capacidades/liberdades corroborando a leitura seniana realizada nesta pesquisa. Dessa forma, a expressão “sistema brasileiro de justiça multiportas” revela-se conceitualmente mais adequada do que outras expressões porque capta, com precisão teórica e fidelidade empírica, a estrutura plural, integrada e não hierarquizada do modelo brasileiro de tratamento de problemas jurídicos.

Em primeiro lugar, a noção de “sistema” evidencia que não se trata de um conjunto disperso de mecanismos, mas de uma totalidade organizada por interações normativas e institucionais, nos termos da teoria dos sistemas (Bertalanffy, 2008; Ferraz Júnior., 2003). Em segundo lugar, a expressão “justiça” é empregada em sentido amplo, não restrito à jurisdição estatal, mas compreendida como solução adequada de problemas jurídicos, o que inclui meios consensuais, administrativos e privados (Didier Júnior; Fernandez, 2023). Por fim, o qualificativo “multiportas” é essencial porque traduz a ideia central de pluralidade de vias de acesso, afastando concepções reducionistas que privilegiam uma única instância decisória, como ocorreria se se falasse apenas em “sistema judiciário” ou “sistema de resolução de conflitos”. Diferentemente de expressões como “meios alternativos”, que pressupõem uma centralidade da jurisdição, ou “tribunal multiportas”, que sugere um átrio institucional único, a noção de sistema multiportas reflete a realidade brasileira de um arranjo descentralizado, em rede, com múltiplos pontos de entrada e circulação, no qual diferentes instituições coexistem, interagem e se complementam sem subordinação estrutural rígida, permitindo, assim, uma compreensão mais precisa da complexidade, da abertura e da dinamicidade do acesso à justiça no Brasil.

Assim, a articulação entre os autores permite compreender que o acesso à justiça

é um projeto em constante evolução, no qual a democratização da jurisdição se associa à criação de múltiplos meios de solução de litígios, orientados pela adequação, celeridade, economicidade e efetividade. Esse arranjo normativo e institucional aponta para a superação da visão reducionista que equipara acesso apenas à abertura das portas do Judiciário, inaugurando uma concepção plural, dinâmica e funcional de justiça em sociedades democráticas e complexas.

2.3 Acesso à justiça por meio da autocomposição

A transição de uma visão centrada no Poder Judiciário para uma concepção plural de justiça exige ferramentas que operacionalizem essa nova funcionalidade. Se o acesso à justiça contemporâneo pressupõe a adequação entre o método e o conflito, a autocomposição emerge como o campo privilegiado para essa convergência. Ao afastar a rigidez do rito processual tradicional, a mediação e a conciliação abrem espaço para que a solução do litígio considere as variáveis subjetivas e sociais que a sentença adjudicada muitas vezes ignora.

Dessa forma, a escolha pelos meios consensuais deixa de ser uma estratégia meramente estatística de redução de acervos para se tornar uma opção normativa pela justiça de resultados. Essa mudança de eixo da perfeição das instituições para a qualidade das vidas afetadas pelas decisões encontra ressonância direta no debate sobre as realizações sociais. É nesse ponto que a técnica jurídica se encontra com a filosofia política, permitindo que a busca por soluções consensuais seja analisada não apenas como um procedimento, mas como um meio de promoção da dignidade e das liberdades individuais.

Nesse contexto, a análise de Sant'Anna (2019) traz âncora precisamente no referencial teórico de Amartya Sen, sobretudo na distinção entre *nīti* (instituições ideais) e *nyāya* (condições concretas de vida). Realizar essa distinção é fundamental porque desloca o foco da teoria da justiça de um modelo transcendental para uma perspectiva comparativa, que avalia o sistema pelo grau em que este remove injustiças manifestas. Sob essa lente, a mediação é compreendida como um mecanismo apto a ampliar as

liberdades substantivas, uma vez que devolve às partes a condição de agentes, permitindo-lhes construir soluções fundadas na deliberação pública e na autonomia.

Essa fundamentação filosófica dialoga com a clássica lição de Watanabe (2011), para quem o acesso à justiça não se confunde com o mero ingresso no Judiciário, mas com a garantia de uma "ordem jurídica justa". Tal premissa justifica a implementação do paradigma de justiça multiportas, em que a mediação ocupa papel central ao oferecer respostas céleres e participativas, adequadas à natureza de cada controvérsia.

Ao mapear o desenvolvimento das formas adequadas de solução de conflitos no Brasil, Sant'Anna (2019) reforça a distinção fundamental entre os métodos de heterocomposição marcados pela transferência do poder decisório a um terceiro, e os de autocomposição. Na mediação, o facilitador não impõe decisões, mas atua na reconstrução da comunicação. Esse arranjo reafirma a perspectiva seniana de que a justiça deve ser medida pela expansão das capacidades reais e pela criação de condições para que os indivíduos decidam de forma livre e consciente sobre seus próprios interesses.

Nesse contexto de expansões das capacidades cabe realizar uma análise sobre a estrutura institucional brasileira e a sua abertura a autogestão dos entes que a operam. A evolução da institucionalidade brasileira no campo do acesso à justiça revela um movimento progressivo de superação do paradigma jurisdicional centralizado, em direção a um modelo plural, integrado e orientado à adequação dos meios de solução de problemas jurídicos. Esse percurso não se deu por ruptura, mas por um processo paulatino de expansão e reconfiguração das estruturas existentes, marcado pela incorporação de novos sujeitos, técnicas e instrumentos normativos, culminando na conformação do sistema brasileiro de justiça multiportas como um sistema auto-organizado (Didier Júnior; Fernandez, 2023).

A base teórica dessa compreensão encontra respaldo na teoria geral dos sistemas, segundo a qual um sistema consiste em um conjunto de elementos em interação (Bertalanffy, 2008; Losano, 2008), sendo composto por repertório (elementos) e estrutura (regras de interação) (Ferraz Júnior, 2003). No campo jurídico, essa abordagem permite compreender o sistema de justiça não apenas como um conjunto de órgãos, mas como uma rede dinâmica de instituições e práticas voltadas à solução

adequada de problemas jurídicos. Essa perspectiva é reforçada pela epistemologia jurídica que busca construir conceitos fundamentais aplicáveis aos sistemas de justiça, como heterocomposição e autocomposição (Didier Júnior, 2022)

Como visto, historicamente, o sistema brasileiro partiu de uma configuração centrada na jurisdição estatal, em que o Poder Judiciário ocupava posição predominante. Essa visão, porém, foi sendo progressivamente tensionada pela emergência de novos meios de solução de controvérsias, influenciada, como tratado, por formulações teóricas internacionais, como a proposta de tribunal multiportas desenvolvida por Sander (1976) na *Pound Conference* de 1976. A ideia fundamental consistia em reconhecer que diferentes conflitos demandam diferentes formas de tratamento, o que rompe com a lógica de uniformização da resposta jurisdicional (Didier Júnior; Fernandez, 2023).

No Brasil, essa concepção foi progressivamente incorporada, sobretudo a partir da difusão doutrinária e legislativa da justiça multiportas (Cabral; Zaneti Júnior, 2016), consolidando-se como um sistema que não se organiza a partir de um centro único, mas de um “átrio imaginário” que permite o acesso a múltiplas portas (Didier Júnior; Fernandez, 2023). Essa configuração afasta a ideia de centralidade do Judiciário nos moldes propostos por Niklas Luhmann, que concebia os tribunais como centro do sistema jurídico (Luhmann, 1990; Luhmann, 2016), aproximando-se mais de uma estrutura em rede, compatível com a noção de *unitas multiplex* desenvolvida por Teubner (1993; 2020). em sua teoria do direito como sistema autopoietico.

A evolução institucional brasileira, nesse sentido, é marcada pela auto-organização, conceito trabalhado por Debrun (1996), segundo o qual sistemas complexos se estruturam a partir de dinâmicas internas e interações progressivas, sem planejamento centralizado. No âmbito do sistema de justiça, isso se traduz na incorporação gradual de novos atores, como árbitros (Lei n. 9.307/1996), mediadores e conciliadores (Lei n. 13.140/2015), tribunais administrativos, Ministério Público (Resolução CNMP n. 118/2014), Advocacia Pública (Lei n. 10.522/2002) e plataformas digitais de resolução de disputas, como as formas adequadas de solução de disputas (Susskind, 2019).

Esse processo de expansão institucional é acompanhado por uma crescente integração normativa, cujo eixo estruturante passa a ser o Código de Processo Civil de 2015. O CPC assume papel de norma central do sistema multiportas, estabelecendo

diretrizes que transcendem o processo judicial, como o incentivo à autocomposição (art. 3º, §§ 2º e 3º¹²), a aplicação subsidiária a outros ramos (art. 15) e a cláusula geral de negociação processual (art. 190). Tais dispositivos evidenciam uma redefinição do próprio conceito de processo, que deixa de ser exclusivamente jurisdicional para se afirmar como método de solução de problemas jurídicos (Didier Júnior; Fernandez, 2023).

Nesse contexto, os negócios jurídicos processuais assumem papel de destaque como instrumentos de ampliação da autonomia privada e de racionalização dos caminhos de solução de conflitos. A partir da leitura conjunta dos arts. 190, 3º e 15 do CPC¹³, consolida-se a possibilidade de as partes convencionarem não apenas aspectos procedimentais, mas o próprio modo de solução do problema jurídico, inclusive mediante a criação de arranjos multiportas. Esses negócios podem estabelecer cláusulas escalonadas, condicionar o acesso a determinadas vias e promover o trânsito entre diferentes instâncias, funcionando como verdadeiros mecanismos de design institucional do conflito (Didier Júnior; Fernandez, 2023; Stipanowich, 1998).

A interação entre as diversas portas do sistema ocorre tanto de forma indireta quanto direta, podendo envolver desde a difusão de boas práticas até a cooperação institucional estruturada. Nesse ponto, a teoria das capacidades institucionais contribui para justificar a articulação entre diferentes órgãos, considerando sua aptidão específica para lidar com determinados problemas (Komesar, 1994; Sunstein; Vermeule, 2003). A cooperação judiciária, positivada nos arts. 67 a 69 do CPC¹⁴ e regulamentada pelo CNJ,

¹³ Art. 3º Não se excluirá da apreciação jurisdicional ameaça ou lesão a direito.

§ 1º É permitida a arbitragem, na forma da lei.

§ 2º O Estado promoverá, sempre que possível, a solução consensual dos conflitos.

Art. 15. Na ausência de normas que regulem processos eleitorais, trabalhistas ou administrativos, as disposições deste Código lhes serão aplicadas supletiva e subsidiariamente.

Art. 190. Versando o processo sobre direitos que admitam autocomposição, é lícito às partes plenamente capazes estipular mudanças no procedimento para ajustá-lo às especificidades da causa e convencionar sobre os seus ônus, poderes, faculdades e deveres processuais, antes ou durante o processo.

7

¹⁴ Art. 67. Aos órgãos do Poder Judiciário, estadual ou federal, especializado ou comum, em todas as instâncias e graus de jurisdição, inclusive aos tribunais superiores, incumbe o dever de recíproca cooperação, por meio de seus magistrados e servidores.

Art. 68. Os juízos poderão formular entre si pedido de cooperação para prática de qualquer ato processual.

Art. 69. O pedido de cooperação jurisdicional deve ser prontamente atendido, prescinde de forma específica e pode ser executado como:

constitui um dos principais instrumentos de integração, permitindo a atuação coordenada entre diferentes instâncias e promovendo o trânsito de informações, técnicas e decisões (Didier Júnior; Fernandez, 2023).

Além disso, a noção de livre trânsito tanto de técnicas quanto entre portas reforça a lógica de circulação no sistema. Técnicas desenvolvidas em determinados contextos podem ser adaptadas a outros, enquanto os próprios conflitos podem migrar entre diferentes meios de solução, conforme critérios de adequação. Essa dinâmica evidencia a superação de uma estrutura compartimentalizada, aproximando o sistema de uma lógica de rede flexível e interconectada (Didier Júnior; Fernandez, 2023).

A incorporação de plataformas digitais de resolução de disputas, como consumidor.gov.br, representa etapa avançada desse processo, ampliando o acesso à justiça por meio de soluções rápidas, eficazes e consensuais. Essas ferramentas não apenas coexistem com o sistema judicial, mas se integram a ele, permitindo fluxos contínuos entre diferentes portas e reforçando a lógica de desjudicialização (Didier Júnior; Fernandez, 2023; Susskind, 2019).

Esse percurso evolutivo pode ser interpretado, em chave teórica, à luz da abordagem das capacidades desenvolvida por Amartya Sen. Para Sen, como abordado anteriormente, o desenvolvimento deve ser compreendido como expansão das liberdades substantivas dos indivíduos, entendidas como suas reais capacidades de escolha e ação (Sen, 2017). Sob essa perspectiva, a transformação do sistema de justiça brasileiro de um modelo centralizado e limitado a um sistema plural e multiportas representa um incremento significativo das capacidades dos cidadãos no campo jurídico.

Com efeito, ao ampliar os meios de solução de problemas jurídicos, permitir a escolha entre diferentes portas, incentivar a autocomposição e reconhecer a autonomia privada na definição dos caminhos procedimentais, o sistema multiportas expande as possibilidades reais de ação dos indivíduos. Não se trata apenas de oferecer mais opções formais, mas de criar condições institucionais para que essas opções sejam efetivamente acessíveis, adequadas e eficazes, reduzindo custos, tempo e assimetrias informacionais. O acesso à justiça, nesse sentido, deixa de ser mera possibilidade de ingressar em juízo

e passa a ser compreendido como capacidade de obter uma solução adequada, em ambiente institucional compatível com as necessidades do caso.

Nesse cenário, os Centros Judiciários de Solução de Conflitos e Cidadania emergem como instrumentos particularmente relevantes. Inseridos na política pública de tratamento adequado de conflitos da Resolução CNJ nº 125/2010 (BRASIL, 2010), os CEJUSCs operam como verdadeiros *hubs* do sistema multiportas, promovendo a mediação e a conciliação tanto na fase pré-processual quanto processual. Sua atuação contribui para a efetivação da lógica de adequação, ao oferecer um ambiente estruturado para a autocomposição, com profissionais capacitados e técnicas apropriadas.

Além disso, os CEJUSCs funcionam como espaços de concretização das capacidades dos indivíduos, na medida em que ampliam o acesso a meios consensuais, reduzem barreiras institucionais e promovem soluções mais céleres e satisfatórias. Ao favorecer o diálogo, a autonomia e a construção compartilhada de soluções, esses centros não apenas desafogam o Judiciário, mas fortalecem a cidadania e a participação ativa dos sujeitos na resolução de seus próprios conflitos.

A evolução da institucionalidade brasileira no campo do acesso à justiça revela um processo de expansão, integração e abertura que culmina na formação de um sistema multiportas auto-organizado. Ao fomentar a deliberação racional e o protagonismo dos sujeitos, a prática mediadora traduz o pensamento de Sen, a justiça não reside no desenho abstrato das instituições, mas nos resultados concretos e na promoção da equidade e da cidadania ativa na vida das pessoas. Nesse contexto, instrumentos como os CEJUSCs desempenham papel estratégico, ao operacionalizar, na prática, os ideais de adequação, eficiência e emancipação que orientam o novo paradigma do acesso à justiça.

2.3.1 Teorias da mediação e modelos autocompositivos

A consolidação da autocomposição como instrumento central no sistema brasileiro de justiça multiportas exige não apenas sua legitimação normativa, mas a compreensão de seus fundamentos teóricos próprios, especialmente quando aplicada a contextos de elevada complexidade, como o direito à saúde. Se, no plano geral, a mediação se

apresenta como técnica de solução consensual de conflitos, no âmbito sanitário ela assume contornos específicos, na medida em que envolve a articulação entre dimensões técnicas, institucionais e existenciais, exigindo modelos teóricos capazes de lidar com assimetrias informacionais, vulnerabilidades sociais e urgências vitais.

Nesse contexto, a literatura especializada identifica diferentes matrizes teóricas da mediação, notadamente os modelos facilitativo, avaliativo, transformativo e narrativo, que, longe de representarem meras variações metodológicas, traduzem distintas concepções de justiça, de racionalidade decisória e de papel do mediador. A escolha entre esses modelos não é neutra, mas implica consequências diretas sobre a qualidade da solução construída, sobretudo quando se analisa a mediação sanitária como instrumento de promoção de equidade.

O modelo facilitativo, também denominado modelo harvardiano, desenvolvido a partir da obra de Roger Fisher e William Ury, estrutura-se na lógica da negociação baseada em interesses, segundo a qual os conflitos devem ser resolvidos a partir da identificação das necessidades subjacentes das partes, e não de suas posições formais (Fisher; Ury, 1981). O mediador, nesse modelo, atua como facilitador do diálogo, promovendo a comunicação, a escuta ativa e a construção de soluções cooperativas. No contexto da saúde, essa abordagem pode favorecer a construção de alternativas que conciliem, por exemplo, a necessidade clínica do paciente com as limitações orçamentárias do sistema público.

Nesse contexto, a compreensão do modelo facilitativo exige o aprofundamento da noção de interesses, que constituem o núcleo estruturante das disputas. Diferentemente das posições, que representam as demandas explicitamente formuladas pelas partes, os interesses correspondem às necessidades, valores, preocupações, desejos e medos subjacentes que efetivamente orientam o comportamento dos envolvidos no conflito. Essa distinção, classicamente desenvolvida por Fisher e Ury (1981), revela que a adequada condução da mediação depende da capacidade de identificar e trabalhar tais dimensões subjacentes, muitas vezes não verbalizadas, mas determinantes para a construção de soluções consensuais.

Os interesses, portanto, não se limitam a objetivos materiais, mas incorporam dimensões emocionais e identitárias que influenciam diretamente a dinâmica do conflito

(Shapiro, 2016). Nesse sentido, um mediador eficiente deve ser capaz de mapear, desde os momentos iniciais, os interesses de todas as partes envolvidas, reconhecendo que sua não consideração tende a comprometer o resultado da negociação (Ury, 2015).

A negociação integrativa, também formulada por Fisher e Ury (1981), apresenta-se como alternativa à negociação distributiva, ao buscar não apenas a divisão de recursos, mas a criação de valor para todos os envolvidos. Essa abordagem pressupõe a exploração dos interesses subjacentes como caminho para a construção de soluções criativas e mutuamente benéficas. Como destaca Falcão (2010), antes da etapa de reivindicação de valor, há uma fase essencial de criação de valor, na qual o mediador atua como colaborador na identificação de convergências e oportunidades de ganho conjunto. Tal dinâmica exige habilidades como escuta ativa, empatia e capacidade de reorganização das percepções das partes, de modo a viabilizar soluções mais amplas e sustentáveis.

Para além dessa estrutura, a negociação deve ser compreendida a partir de três dimensões fundamentais, substância, comunicação e relacionamento, que se articulam de forma interdependente (Falcão, 2010). A substância refere-se aos objetivos e resultados tangíveis, a comunicação diz respeito à troca de informações e à construção de confiança, e o relacionamento envolve os vínculos interpessoais ou institucionais que sustentam a interação. Ainda que os objetivos materiais sejam alcançados, a deterioração do relacionamento pode comprometer a efetividade e a continuidade do acordo, o que evidencia a necessidade de uma abordagem sistêmica por parte do mediador.

Essa perspectiva sistêmica é reforçada pela compreensão de que os interesses não existem de forma isolada, mas integram um ecossistema relacional mais amplo, no qual diferentes atores, diretos e indiretos, exercem influência sobre o conflito (Cebola, 2011). Nesse cenário, a mediação exige a consideração de múltiplas variáveis interdependentes, demandando do mediador uma leitura ampliada das dinâmicas em jogo. Como observa Shapiro (2016), as chamadas *integrative dynamics* revelam que os elementos da negociação funcionam de forma interconectada, de modo semelhante a um organismo, em que alterações em uma dimensão repercutem nas demais.

A compreensão dos interesses em negociações, portanto, exige uma abordagem

interdisciplinar e contextualizada. Ao integrar as contribuições de Fisher e Ury (1981), Ury (2015), Falcão (2010) e Shapiro (2016), verifica-se que os interesses refletem uma rede complexa de motivações e influências que devem ser cuidadosamente identificadas e trabalhadas ao longo do processo mediador.

Essa centralidade dos interesses evidencia que a mediação, especialmente em contextos sensíveis como o direito à saúde, não pode se limitar à resolução formal da controvérsia, devendo abarcar as múltiplas dimensões, materiais, emocionais e relacionais, que estruturam a demanda. Sob a perspectiva do enfoque das capacidades de Amartya Sen, essa abordagem permite deslocar a análise para além das posições jurídicas formalizadas, incorporando as condições concretas de vida dos sujeitos e suas possibilidades efetivas de escolha. Desse modo, a identificação e o tratamento adequado dos interesses não apenas qualificam o processo deliberativo, mas ampliam a agência dos envolvidos, reforçando o potencial da mediação como instrumento de promoção de equidade e de concretização de uma justiça substantiva no âmbito das demandas sanitárias.

Todavia, a aplicação do modelo facilitativo encontra limites nas demandas sanitárias, especialmente em razão das profundas assimetrias entre os sujeitos envolvidos. De um lado, o paciente, frequentemente em situação de vulnerabilidade física, emocional e informacional, e, de outro, o Estado, detentor de expertise técnica e capacidade institucional. Nessas condições, a mera facilitação do diálogo pode não ser suficiente para garantir equilíbrio deliberativo, exigindo adaptações para que sejam reconhecidas e enfrentadas tais desigualdades, posto que uma das tarefas do mediador é justamente encontrar estratégias para evitar assimetrias entre os participantes da mediação (Fisher; Ury, 1981).

O modelo avaliativo, por sua vez, caracteriza-se por uma atuação mais interventiva do mediador, que pode sugerir soluções, indicar parâmetros jurídicos e antecipar possíveis desfechos judiciais. Embora esse modelo possa contribuir para a eficiência decisória e para a previsibilidade dos resultados, sua utilização no campo da saúde deve ser cautelosa, sob pena de reproduzir a lógica adjudicatória e reduzir o espaço de autonomia das partes, esvaziando o potencial emancipatório da autocomposição.

Em contraste, o modelo transformativo, desenvolvido por Robert A. Baruch Bush

e Joseph Folger, desloca o foco da mediação do acordo para o processo. Nesse paradigma, o objetivo central não é apenas resolver o conflito, mas transformar a qualidade da interação entre as partes, por meio do fortalecimento de sua capacidade de decisão, *empowerment*, e do reconhecimento mútuo, *recognition* (Bush; Folger, 1994). A mediação passa a ser compreendida como espaço de reconstrução da agência dos sujeitos, permitindo que estes se percebam como protagonistas de suas próprias decisões.

Essa perspectiva revela profunda afinidade com o enfoque das capacidades de Amartya Sen, segundo o qual a justiça deve ser avaliada não apenas pela conformidade institucional, mas pela efetiva expansão das liberdades substantivas dos indivíduos (Sen, 2011). No âmbito da mediação sanitária, essa aproximação teórica é particularmente fecunda, pois permite compreender que a resolução do conflito não se esgota na obtenção de um medicamento ou procedimento, mas envolve a ampliação da capacidade do paciente de compreender, participar e influenciar as decisões que afetam sua saúde. Ainda assim, tais potenciais não se realizam de forma automática, estando condicionados a limitações institucionais como assimetrias informacionais, restrições administrativas e desigualdades de acesso, bem como a críticas quanto ao eventual déficit de pragmatismo do modelo, que, para alguns, pode comprometer sua adequação ao contexto institucional em que se insere.

Por sua vez, o modelo narrativo, desenvolvido por John Winslade e Gerald Monk, compreende o conflito como resultado de construções discursivas, propondo a mediação como espaço de reconfiguração das narrativas das partes (Winslade; Monk, 2000). No contexto da saúde, essa abordagem assume especial relevância, uma vez que os conflitos frequentemente envolvem experiências subjetivas de sofrimento, medo e insegurança, que não podem ser plenamente captadas por categorias jurídicas tradicionais. A possibilidade de recontar a própria experiência permite ao paciente ressignificar sua posição no conflito, ao mesmo tempo em que possibilita ao gestor público compreender dimensões não evidentes da demanda. Contudo, importa destacar que a operacionalização desse modelo também encontra limites importantes, especialmente em contextos institucionais marcados por alta demanda, restrições de tempo e necessidade de respostas céleres, nos quais a aprofundada reconstrução

narrativa pode revelar-se de difícil implementação. Ademais, a ênfase na dimensão discursiva do conflito pode ser percebida, por alguns, como insuficientemente pragmática diante de demandas urgentes por insumos ou tratamentos, o que suscita questionamentos quanto à sua adequação em determinados contextos da gestão pública em saúde.

Ocorre que, a partir da experiência empírica deste autor, construída mediante o acompanhamento reiterado de sessões de mediação no âmbito institucional, observa-se a predominância dos modelos facilitativo e avaliativo na condução dos conflitos sanitários. Tal constatação não se revela, por si só, problemática, sobretudo quando considerada a inserção dos Centros Judiciários de Solução de Conflitos e Cidadania no interior da estrutura do Poder Judiciário, ambiente no qual a necessidade de orientação jurídica, previsibilidade decisória e racionalidade procedimental tende a favorecer práticas mediativas com maior grau de direção. Nesse contexto, a adoção combinada desses modelos pode se mostrar adequada, desde que não comprometa a autonomia das partes nem reduza o espaço de escuta qualificada. O ponto central, portanto, não reside na pureza do modelo teórico adotado, mas na garantia de que os interesses dos envolvidos sejam efetivamente identificados, compreendidos e trabalhados ao longo do procedimento, possibilitando a construção de soluções cooperativas e mutuamente benéficas, orientadas por uma lógica de ganhos recíprocos e compatíveis com a promoção da equidade.

A análise desses modelos evidencia que a mediação sanitária não pode ser concebida como procedimento padronizado, mas como prática contextual, que deve ser adaptada às especificidades do conflito. Em demandas envolvendo o direito à saúde, a combinação entre elementos transformativos e narrativos, poderia ser especialmente adequada, na medida em que permite lidar simultaneamente com as dimensões técnicas e humanas do conflito, promovendo soluções mais aderentes à realidade dos envolvidos.

Essa compreensão reforça a ideia de que a mediação sanitária, quando estruturada a partir de referenciais teóricos adequados, não constitui mero instrumento de redução da litigiosidade, mas verdadeiro mecanismo de ampliação das capacidades humanas. Ao criar um espaço institucional de diálogo qualificado, no qual informações são compartilhadas, assimetrias são mitigadas e decisões são construídas de forma

participativa, a mediação contribui para transformar o acesso formal à justiça em acesso substantivo a soluções justas.

Nesse sentido, a mediação sanitária pode ser compreendida como uma tecnologia institucional de promoção de equidade, na qual o critério de avaliação não se limita ao número de acordos celebrados, mas ao grau em que o procedimento amplia a capacidade dos sujeitos de agir, escolher e participar. A justiça, sob essa perspectiva, deixa de ser medida exclusivamente pelo resultado final e passa a ser aferida pela qualidade do processo deliberativo e pela efetiva expansão das liberdades dos envolvidos.

Assim, ao integrar os modelos teóricos da mediação ao enfoque das capacidades, evidencia-se que a autocomposição, no campo da saúde, não apenas resolve conflitos, mas reconfigura o próprio sentido do acesso à justiça, aproximando-o de uma concepção substantiva fundada na dignidade, na participação e na equidade. Trata-se, portanto, de um instrumento que, longe de substituir a jurisdição, a complementa e a qualifica, ao oferecer respostas mais sensíveis à complexidade dos conflitos sanitários e às necessidades concretas dos cidadãos.

Importa mencionar também que a conciliação constitui método autocompositivo dotado de características próprias, distinguindo-se da mediação tanto em sua finalidade quanto em sua dinâmica procedimental, razão pela qual é fundamental compreendê-la. Conforme destaca Almeida (2015), a conciliação orienta-se prioritariamente para a construção de acordos, tendo como foco central a solução imediata da controvérsia, ao passo que a mediação busca a desconstrução do conflito em sua dimensão mais ampla. Nesse sentido, a conciliação privilegia a resolução objetiva da disputa, com ênfase na obtenção de um resultado concreto que ponha fim ao litígio.

Nessa perspectiva, a atuação do conciliador tende a ser mais diretiva, admitindo a sugestão de propostas e a condução mais ativa do procedimento, com vistas à obtenção de um acordo entre as partes. Diferentemente da mediação, em que se privilegia a autonomia plena dos envolvidos na construção da solução, a conciliação admite uma participação mais incisiva do terceiro, especialmente na formulação de alternativas que possam viabilizar a composição (Almeida, 2015). Tal característica torna o método particularmente adequado para conflitos episódicos, nos quais não há vínculo continuado

ou necessidade de aprofundamento relacional.

Outro aspecto distintivo reside no fato de que a conciliação se orienta predominantemente para a satisfação individual das partes, buscando atender interesses imediatos e concretos, enquanto a mediação tende a privilegiar soluções que contemplem a satisfação mútua e a preservação das relações (Almeida, 2015). Essa diferença reflete-se também na delimitação da pauta do procedimento, sendo a conciliação mais centrada em aspectos objetivos e jurídicos do conflito, ao passo que a mediação amplia o escopo da análise para incluir dimensões subjetivas, emocionais e relacionais.

Ademais, conforme ressalta Almeida (2015), a conciliação adota, em regra, uma abordagem monodisciplinar, com forte influência do saber jurídico, enquanto a mediação se caracteriza por uma perspectiva multidisciplinar, incorporando contribuições da psicologia, da comunicação e de outras áreas do conhecimento. Tal distinção reforça o caráter mais pragmático da conciliação, voltado à resolução eficiente da controvérsia, em contraste com a mediação, que busca transformar a dinâmica relacional subjacente ao conflito.

Por fim, a conciliação tende a concentrar-se no presente e na resolução imediata do problema, frequentemente associando-se à identificação de responsabilidades e à delimitação de obrigações, enquanto a mediação projeta-se para o futuro, buscando construir soluções sustentáveis e prevenir novos conflitos (Almeida, 2015). Essa orientação temporal distinta evidencia que, embora ambos os métodos integrem o campo da autocomposição, suas finalidades e estratégias são substancialmente diversas, o que exige do operador do direito a escolha adequada do método conforme a natureza do conflito.

Diante desse percurso teórico, evidencia-se que a autocomposição, no âmbito do direito à saúde, não pode ser compreendida a partir de categorias rígidas ou de modelos isolados, mas como um campo dinâmico e plural, no qual diferentes métodos, como mediação e conciliação, desempenham funções complementares dentro de um sistema de justiça orientado pela adequação do meio ao conflito. A análise dos modelos mediativos, aliada à compreensão das especificidades da conciliação, revela que o elemento estruturante de qualquer prática autocompositiva eficaz reside na capacidade

de identificar, interpretar e trabalhar os interesses em sua dimensão complexa, considerando tanto aspectos materiais quanto relacionais e institucionais.

Nesse contexto, a atuação em ambientes institucionalizados, como os Centros Judiciários de Solução de Conflitos e Cidadania, exige não a adesão dogmática a um modelo específico, mas a construção de arranjos procedimentais sensíveis às assimetrias, às urgências e às múltiplas dimensões do conflito. Assim, mais do que distinguir métodos, importa compreender como sua articulação concreta pode contribuir para a ampliação das capacidades dos sujeitos, a qualificação do processo decisório e a promoção de soluções equitativas. É precisamente nesse cenário que se insere o debate sobre o papel dos CEJUSCs no sistema de justiça multiportas, enquanto espaços institucionais responsáveis por operacionalizar, na prática, essa pluralidade de métodos e por concretizar, em nível procedimental, as diretrizes teóricas até aqui delineadas.

2.3.2 O papel dos CEJUSCs no sistema multiportas

Os Centros Judiciários de Solução de Conflitos e Cidadania foram instituídos no contexto da política judiciária nacional de tratamento adequado dos conflitos, delineada pela Resolução nº 125/2010 do Conselho Nacional de Justiça (BRASIL, 2010), configurando-se como unidades organizacionais vinculadas aos tribunais e destinadas à promoção de métodos autocompositivos. Sua estrutura funcional é composta, em regra, por três setores distintos, o pré-processual, o processual e o setor de cidadania, os quais operam de forma integrada na triagem, orientação e encaminhamento das demandas, bem como na condução de sessões de mediação e conciliação (Branco; Camargo, 2025).

No âmbito pré-processual, os CEJUSCs atuam como porta de entrada para conflitos ainda não judicializados, possibilitando que as partes busquem a solução consensual antes da instauração de um processo formal. Já no setor processual, os métodos autocompositivos são empregados no curso de demandas já ajuizadas, funcionando como instrumento de resolução ou abreviação do litígio. O setor de cidadania, por sua vez, exerce função complementar relevante, ao prestar orientação jurídica e promover o acesso à informação, ampliando as condições de ingresso e compreensão do sistema de justiça pelos usuários (Branco; Camargo, 2025).

O funcionamento desses centros evidencia a existência de um fluxo procedimental próprio, no qual o conflito é inicialmente submetido a uma triagem institucional, sendo posteriormente direcionado ao método mais adequado conforme sua natureza. Tal dinâmica aproxima-se da lógica do sistema de justiça multiportas, ao permitir a seleção de mecanismos mais eficientes e adequados à resolução de cada controvérsia (Sander, 1976). Nesse processo, destacam-se elementos como a informalidade procedimental, a centralidade do diálogo e a atuação de mediadores e conciliadores capacitados, sob supervisão institucional do Poder Judiciário (CNJ, 2010; Branco; Camargo, 2025).

A realização de milhares de sessões de mediação e conciliação, com taxas expressivas de acordos, especialmente na fase pré-processual, demonstra sua capacidade de atuar como instrumento de filtragem e resolução consensual de demandas. Em experiências analisadas, observa-se que parcela expressiva dos conflitos é solucionada antes mesmo do ajuizamento, o que evidencia o potencial desses centros para reduzir o ingresso de novas ações do sistema judicial (Branco; Camargo, 2025).

Todavia, o funcionamento dos CEJUSCs não está isento de limitações. A literatura aponta desafios estruturais e operacionais que impactam sua eficácia dentre os quais se destacam três dimensões principais: i) estrutural, ligada à capacitação de magistrados e servidores, bem como à criação e adequada organização dos Centros Judiciários de Solução de Conflitos; ii) educacional, relativa à formação de estudantes e futuros profissionais do Direito, ressaltando-se a necessidade de reformulação curricular para além da lógica adversarial, com a inclusão de disciplinas que abordem as possibilidades do sistema multiportas; e iii) cultural, associada à percepção equivocada de inferioridade dos meios consensuais em relação à solução adjudicada por decisão judicial. Tais obstáculos são frequentemente apontados como os grandes entraves ao pleno desenvolvimento do sistema multiportas (Figueiredo; 2023).

Um exemplo desse sintoma pode ser observado a partir do levantamento empírico realizado no CEJUSC da Justiça Federal em Minas Gerais por Figueiredo (2023), cujo teor revela que a audiência prevista no art. 334, embora concebida como etapa estruturante do modelo cooperativo do CPC/15, tem sido marcada por uma implementação distante de seu desenho normativo: na prática, predomina uma condução conciliatória tradicional, com pouca distinção entre conciliação e mediação; observa-se

significativa resistência de determinados litigantes institucionais, especialmente entes públicos; e a taxa de acordos permanece limitada, concentrando-se em tipos muito específicos de demandas. A pesquisa também identificou que a designação das audiências muitas vezes ocorre de modo automatizado ou aleatório e que a atuação dos mediadores e conciliadores é assimétrica, fatores que reduzem o potencial da audiência como instrumento efetivo de autocomposição.

Tais fatores sugerem que a institucionalização da autocomposição, por si só, não garante sua plena eficácia, sendo necessária a adoção de políticas públicas voltadas ao fortalecimento dessas estruturas, especialmente no que se refere à qualificação dos mediadores, à redução de assimetrias entre as partes e à garantia de condições materiais adequadas para a condução dos procedimentos.

Nesse contexto, impõe-se afastar qualquer leitura idealizada dos métodos autocompositivos como solução universal para a crise do Judiciário. Ao contrário, a sua adequada compreensão exige reconhecê-los como instrumentos que devem coexistir com a jurisdição tradicional, em uma lógica de complementaridade e não de substituição. É justamente nessa perspectiva que os CEJUSCs se inserem como mecanismos integrados a uma política mais ampla de diversificação dos meios de resolução de conflitos, conforme o paradigma do sistema multiportas (Didier Júnior; Fernandez, 2023).

Essa compreensão, por sua vez, encontra fundamento direto na Resolução nº 125 do CNJ (BRASIL, 2010), que, ao disciplinar a organização e o funcionamento dos Centros Judiciários de Solução de Conflitos e Cidadania revela a existência de uma dupla dimensão de atuação pré-processual e processual. Longe de constituir mera distinção operacional, essa dualidade assume centralidade analítica, pois permite compreender, de forma mais sofisticada, tanto os limites quanto as potencialidades da autocomposição no interior do sistema de justiça, especialmente no debate sobre desjudicialização e reconfiguração da jurisdição.

A partir do texto normativo, notadamente os artigos 8º ao 11, observa-se que os CEJUSCs devem necessariamente abranger setores voltados tanto à solução de conflitos pré-processuais quanto processuais (BRASIL, 2010). Essa previsão evidencia que o modelo institucional foi concebido para atuar em dois momentos distintos do conflito: antes da instauração da demanda judicial e após sua formalização. Na fase pré-

processual, os conflitos são apresentados diretamente ao CEJUSC, sem a constituição de processo contencioso, sendo conduzidos por meio de sessões de mediação e conciliação cuja eventual homologação judicial não altera o fato de que a solução se deu fora da dinâmica adjudicatória tradicional. Já na fase processual, o CEJUSC atua de forma integrada ao processo judicial, recebendo demandas já distribuídas para tentativa de autocomposição, mantendo-se, portanto, no interior da relação processual.

É precisamente essa distinção que permite qualificar, com maior rigor teórico, o debate acerca da natureza jurídica e funcional dos CEJUSCs. A interpretação segundo a qual tais centros promoveriam a desjudicialização revela-se, frágil de início, na medida em que se trata de unidades inseridas na própria estrutura do Poder Judiciário, sob supervisão de magistrados e com atos sujeitos à homologação judicial (CNJ, 2010; Branco; Camargo, 2025). Sob uma perspectiva estritamente formal, portanto, não haveria deslocamento do conflito para fora da esfera judicial (Cutrim Filho, 2025).

Nesse sentido, a desjudicialização para essa corrente seria fenômeno pelo qual litígios ou atos da vida civil, que tradicionalmente exigiriam a intervenção judicial para serem resolvidos, passam a poder ser realizados por agentes externos ao Poder Judiciário, que não são seus servidores tratando-se estritamente da obtenção do acesso à justiça fora do Poder Judiciário, ou seja, do acesso à justiça extramuros (Hill, 2021).

Entretanto, essa leitura formal não é suficiente para esgotar o fenômeno. Quando se desloca o foco para a fase pré-processual, torna-se possível sustentar a existência de uma desjudicialização em sentido material. Nessa dimensão, o conflito é resolvido sem a instauração de processo judicial, evitando-se a ativação do aparato jurisdicional contencioso. Ainda que o acordo venha a ser homologado, tal intervenção judicial assume caráter secundário, não se confundindo com a atividade típica de adjudicação. Nesse sentido, os CEJUSCs operam como mecanismos de filtragem de demandas, contribuindo para a redução da litigiosidade e para o não ingresso de conflitos no sistema judicial, conforme evidenciam dados empíricos (Branco; Camargo, 2025).

Por outro lado, quando se analisa a fase processual, a noção de desjudicialização perde densidade explicativa. Nesse contexto, não há retirada do conflito do Judiciário, mas sim sua reorganização interna por meio da incorporação de técnicas consensuais no curso do processo. A atuação do CEJUSC configura, assim, um instrumento de gestão

adequada de conflitos, inserido na lógica do tribunal multiportas, no qual a jurisdição se expande para oferecer múltiplos caminhos de solução, conforme a natureza da controvérsia (Sander, 1976; Didier Júnior; Fernandez, 2023). Trata-se, portanto, de uma transformação qualitativa da função jurisdicional, e não de sua substituição.

Essa característica demonstra certa ambivalência, ora aproximando-se da desjudicialização, ora revelando uma reconfiguração interna da jurisdição, ensejando a conclusão de que a categoria “desjudicialização”, isoladamente considerada, é insuficiente para descrever o fenômeno em sua integralidade. Com efeito, uma análise mais refinada exige a incorporação da distinção entre desjudicialização e desestatização. Enquanto a primeira se limita à retirada do conflito da esfera adjudicatória, mantendo sua inserção em estruturas estatais, a segunda implica a mitigação do monopólio estatal sobre a realização do direito, ao deslocar para os próprios sujeitos o protagonismo na construção e materialização das soluções. Embora os CEJUSCs não representem, em sentido estrito, um processo de desestatização por permanecerem vinculados ao Poder Judiciário, sua lógica de funcionamento aproxima-se parcialmente desse movimento, ao privilegiar a autonomia das partes e a solução consensual dos conflitos, em detrimento da imposição decisória estatal (Passos; Silva, 2021).

Dessa forma, mais adequado é reconhecer que os CEJUSCs operam em uma zona de interseção entre a redução da litigiosidade e a reestruturação do próprio sistema de justiça, funcionando como espaços institucionais de transição no âmbito do modelo multiportas. Essa lógica evidencia que os CEJUSCs operam em um campo intermediário entre a gestão institucional dos conflitos e a ampliação do protagonismo das partes (Passos; Silva, 2021). Em outras palavras, ao mesmo tempo em que permanecem sob a égide estatal, contribuem para a difusão de uma racionalidade voltada à consensualidade e à corresponsabilidade dos envolvidos, relativizando, ainda que de forma limitada, a centralidade da jurisdição adjudicatória, aproximando-se ao conceito de infrajustiça mencionado anteriormente (Härter, 2020).

Todavia, a adoção dessa perspectiva não dispensa o enfrentamento das críticas formuladas pela literatura. Genn (2010) adverte que a expansão dos métodos consensuais pode estar associada a uma racionalidade gerencial voltada à eficiência e à redução de custos, potencialmente em detrimento da proteção substantiva de direitos.

De modo semelhante, Fiss (1984) sustenta que a substituição da adjudicação por acordos pode comprometer a dimensão pública da justiça, ao deslocar a resolução de conflitos para espaços menos estruturados e marcados por assimetrias entre as partes.

Essas objeções ganham especial relevância quando analisadas à luz do funcionamento concreto dos CEJUSCs, especialmente na fase pré-processual, em que a ausência de formalidades processuais mais robustas pode intensificar desigualdades informacionais e comprometer a autonomia real das partes. Mesmo na fase processual, embora haja maior controle institucional, persistem desafios relacionados à qualidade da autocomposição e à efetiva proteção de direitos, sobretudo em contextos de vulnerabilidade.

Nesse cenário, a contribuição do enfoque das capacidades, desenvolvido por Sen (2011), revela-se particularmente relevante. Ao deslocar a análise da estrutura institucional para os efeitos concretos sobre os indivíduos, esse referencial permite avaliar os CEJUSCs não apenas em termos de eficácia ou localização institucional (dentro ou fora do Judiciário), mas sobretudo quanto à sua capacidade de ampliar as liberdades substantivas das partes envolvidas. Assim, a questão central passa a ser se os procedimentos adotados efetivamente promovem participação informada, equilíbrio entre os sujeitos e construção de soluções justas.

Diante disso, a compreensão mais consistente dos CEJUSCs não reside na sua classificação simplista como instrumentos de desjudicialização, mas na identificação de seu papel em um processo mais amplo de transformação do sistema de justiça. Na fase pré-processual, podem ser compreendidos como mecanismos de desjudicialização material dos conflitos; na fase processual, como expressão do paradigma do tribunal multiportas e da incorporação de meios adequados de solução de controvérsias no interior da jurisdição. Em ambos os casos, contudo, sua legitimidade depende das condições concretas de funcionamento e da capacidade de assegurar soluções equitativas, socialmente adequadas e eficazes.

2.4 Autocomposição e Equidade: mediação, conciliação e o enfoque das capacidades em Amartya Sen.

A busca pela efetivação do acesso à justiça exige superar a compreensão restrita de que a tutela jurisdicional se limita à atuação do Poder Judiciário. Ao longo das últimas décadas, o debate jurídico incorporou mecanismos alternativos de resolução de conflitos, com especial ênfase na mediação e na conciliação, na condição de instrumentos de democratização do acesso e de fortalecimento da cidadania. Tais métodos de autocomposição não apenas desafogam o sistema judicial, mas, primordialmente, possuem o potencial de promover equidade quando são concebidos a partir de uma perspectiva substantiva de justiça.

Sob a luz da abordagem das capacidades desenvolvida por Amartya Sen, a equidade não se resume à existência formal de instituições ou procedimentos, visto que depende da possibilidade efetiva de os indivíduos atuarem como agentes ativos, capazes de deliberar e participar das decisões que afetam suas próprias vidas (Sen, 2002). É nesse contexto que a mediação e a conciliação ganham relevância, pois, ao criarem espaços de diálogo, elas ampliam as condições para que as partes exerçam sua autonomia, transformando o processo de resolução de disputas em um meio de expansão de liberdades reais.

Complementando essa visão, Boscatto e Zambam (2020) sustentam que a mediação e a conciliação devem ser compreendidas como políticas públicas voltadas à redução das desigualdades sociais. Essa percepção decorre do fato de tais métodos permitirem que sujeitos historicamente marginalizados encontrem canais efetivos de expressão e de composição de seus interesses. Para além da mera celeridade processual, a autocomposição é apresentada como um instrumento de justiça distributiva, na medida em que possibilita soluções mais próximas às necessidades concretas das partes, respeitando suas especificidades e promovendo uma maior inclusão social.

Esta lente analítica adquire novos contornos no cenário da mediação digital, que constitui o objeto da análise de Wüst e Boscatto (2020). As tecnologias de informação e comunicação possuem o potencial de ampliar o acesso à justiça, especialmente em sociedades marcadas pela sobrecarga do Judiciário e pela desigualdade territorial. No entanto, quando observadas a partir do enfoque das capacidades, essas ferramentas revelam também novas formas de exclusão, uma vez que diferenças de letramento

digital, acesso precário à internet e desigualdade de infraestrutura podem comprometer a igualdade substancial no uso desses mecanismos. Consequentemente, a mediação digital somente contribuirá para a equidade se for acompanhada de políticas públicas inclusivas que assegurem condições materiais mínimas de acesso e participação efetiva.

A partir da teoria da escolha social de Sen, constata-se que a efetividade dos meios autocompositivos não deve ser medida apenas pelo número de conflitos solucionados, mas sim pelo grau em que tais instrumentos ampliam as capacidades humanas de agir e decidir. A equidade, nesse panorama, manifesta-se na redução das barreiras que impedem os cidadãos de se reconhecerem como agentes de sua própria história. A mediação torna-se, portanto, não apenas um mecanismo processual, mas um instrumento de justiça social capaz de alinhar a promessa do acesso universal à justiça às exigências substantivas da dignidade e da liberdade humanas.

A mediação e a conciliação, quando estruturadas de forma inclusiva, podem representar mais do que simples alternativas processuais, pois constituem instrumentos de devolução às pessoas de sua condição de agente, entendida por Sen como a capacidade de decidir e influenciar a realidade em que vivem. Zambam e Kujawa (2020) ressaltam que a ausência de condições mínimas de participação ativa gera ambientes de exclusão e despersonalização, frequentemente marcados pela pobreza, pelo desemprego e pela limitação de mecanismos democráticos. Nesse cenário, a autocomposição pode atuar como uma política pública de empoderamento, oferecendo às partes não apenas a oportunidade de resolver litígios, mas de exercer sua autonomia em processos dialógicos que reconhecem sua voz e suas necessidades.

Ao criar espaços institucionais que viabilizam o exercício da cidadania ativa, a autocomposição contribui para a reconstrução da autonomia dos indivíduos, permitindo que estes se percebam como sujeitos capazes de influenciar o destino de sua comunidade. Conforme afirmam Zambam e Kujawa (2020), a condição de agente está ligada à possibilidade de tomar decisões relevantes para a vida pessoal e coletiva, exercer direitos e cumprir obrigações, além de emitir opiniões e assumir responsabilidades públicas. Ao trazer essas dimensões para o campo da justiça, a mediação e a conciliação se tornam instrumentos que expandem as liberdades reais, alinhando-se à concepção de equidade em Sen (2009), na qual a justiça só se efetiva

quando promove melhorias concretas na vida das pessoas.

A fundamentação teórica desse entendimento ancora-se nas contribuições de Amartya Sen, especialmente no que concerne à argumentação pública, às capacidades e à escolha social. Para Sen (2011), a deliberação racional e inclusiva é condição essencial para que as soluções sejam socialmente justificáveis, de modo que a justiça não se limite ao cumprimento formal de regras, mas se traduza na ampliação das liberdades substantivas. Nesse sentido, a mediação e a conciliação configuram-se como espaços de exercício da razão pública, permitindo que as partes expressem seus interesses, confrontem argumentos e construam acordos mutuamente aceitáveis. A equidade passa, assim, a ser medida não apenas pelo resultado formal do procedimento, mas pela qualidade do processo deliberativo e pela efetiva expansão das capacidades humanas (Sen, 2011; Sen, 2018).

Esse enquadramento teórico encontra ressonância na análise da autocomposição como política pública de equidade. Boscatto e Zambam (2024) enfatizam que a mediação e a conciliação pré-processuais, sobretudo no âmbito dos CEJUSCs, representam instrumentos de promoção da dignidade e do bem-estar social por ampliarem o acesso, reduzirem custos e favorecerem a autonomia da vontade. Em vez de medir o sucesso apenas pelo número de acordos homologados, o critério de eficácia deve ser a capacidade de tais instrumentos de reduzir barreiras de acesso e devolver às partes sua condição de agentes, em linha com o enfoque das capacidades de Sen. Ao permitir que sujeitos vulneráveis participem ativamente das decisões que lhes dizem respeito, a autocomposição converte-se em meio de realização concreta da justiça distributiva (Boscatto; Zambam, 2024).

Além disso, o fortalecimento da autocomposição no Brasil é ilustrado por dados e iniciativas institucionais do Conselho Nacional de Justiça que evidenciam a expansão contínua dos CEJUSCs e a consolidação de uma política nacional voltada à conciliação. Tais iniciativas só atingem seus objetivos, porém, se forem acompanhadas do adequado desenho procedimental e do papel ético do mediador. Como destacam Boscatto e Zambam (2024), cabe ao mediador criar um espaço seguro, garantir a escuta ativa e reconhecer assimetrias entre as partes, favorecendo uma comunicação clara e respeitosa. Assim, a autocomposição deixa de ser um mero rito processual e se converte

em um instrumento emancipatório no qual a deliberação pública, no sentido seniano, torna-se condição essencial para a construção de acordos justos e sustentáveis.

A experiência da mediação familiar pré-processual nos CEJUSCs ilustra com clareza a conexão entre autocomposição e justiça substantiva. Nesses casos, questões relativas a guarda, visitas e alimentos são tratadas em sessões que privilegiam a comunicação entre os responsáveis e priorizam o interesse das crianças. Mais do que resolver um litígio, o procedimento busca restaurar relações, reorganizar a convivência e devolver às partes o protagonismo decisório, contando com o acompanhamento do Ministério Público e a homologação judicial. Essa prática mostra que a autocomposição pode ser concebida como política pública emancipatória, pois permite que cidadãos exerçam sua autonomia em questões sensíveis, reforçando o vínculo entre deliberação e justiça (Boscatto; Zambam, 2022).

Este arranjo dialoga diretamente com a concepção de Amartya Sen, ao colocar a justiça como um processo de remoção de injustiças manifestas e de expansão de liberdades substantivas. Na lógica seniana, não basta oferecer acesso formal a instituições, sendo necessário garantir condições reais para que as pessoas transformem esse acesso em oportunidades de escolha e de agência. Ao viabilizar a participação ativa das partes e reduzir barreiras sociais, econômicas e informacionais, a mediação e a conciliação tornam-se instrumentos de efetivação da equidade, promovendo justiça comparativa em contextos concretos. Trata-se, portanto, de um mecanismo que traduz em prática a ideia de que a justiça deve ser avaliada não pelo modelo ideal de instituições, mas pela capacidade de gerar melhorias reais na vida das pessoas (Sen, 2011; Sen, 2018).

No plano das políticas públicas, os dados e metas estabelecidos pelo Conselho Nacional de Justiça demonstram o compromisso institucional com a ampliação da conciliação e da mediação, inclusive como forma de enfrentar a morosidade e o congestionamento processual (Boscatto; Zambam, 2022). Contudo, como observam Boscatto e Zambam (2022), a eficácia desses instrumentos não pode ser medida apenas pelo número de acordos firmados, mas pelo quanto ampliam capacidades e devolvem agência às partes. A autocomposição, assim, consolida-se como um caminho democrático de pacificação social, alinhado à perspectiva de Sen, na medida em que

converte o acesso formal à justiça em uma oportunidade substantiva de participação, dignidade e equidade.

Sob essa ótica, a mediação, quando analisada pela teoria das capacitações de Amartya Sen, revela-se como algo que transcende um simples instrumento de resolução de conflitos. Ao devolver às partes a possibilidade de atuarem como agentes ativos em processos decisórios, a mediação contribui para a ampliação das liberdades substantivas, entendidas como condições reais de escolha e ação. Não se trata, portanto, apenas de diminuir a sobrecarga do Judiciário, mas de criar espaços de participação cidadã que fortalecem a autonomia individual e coletiva (Copatti; Oliveira; Briancini, 2020).

Compreendida como política pública, a mediação deve ser institucionalizada e democratizada de modo a garantir acesso amplo e inclusivo. Isso significa integrá-la ao conjunto de ações estatais destinadas à promoção da cidadania, assegurando tanto a prevenção de conflitos quanto a criação de ambientes de diálogo. Essa perspectiva coloca o indivíduo não mais como um destinatário passivo de decisões impostas, mas como um sujeito de direitos que participa ativamente da construção das soluções que afetam sua vida em sociedade. Dessa forma, a mediação torna-se um mecanismo estruturante da democracia participativa e um vetor de equidade social (Copatti; Oliveira; Briancini, 2020).

Além de favorecer a pacificação social, a mediação fortalece o desenvolvimento humano e social. Ao promover a inclusão de grupos historicamente marginalizados, ela cria oportunidades para o exercício da cidadania ativa e para a redução de desigualdades, permitindo que a participação cidadã se traduza em ganhos concretos de bem-estar. Sua implementação como política pública implica reconhecer que o desenvolvimento não se limita ao crescimento econômico, pois envolve a expansão das capacidades humanas e a efetivação de direitos fundamentais.

Dessa forma, a contribuição central de Copatti, Oliveira e Briancini (2020) está em ressaltar que a mediação deve ser avaliada não apenas pelo número de acordos celebrados, mas pela sua capacidade de empoderar os indivíduos e fortalecer o tecido social. Quando aplicada com essa finalidade, a autocomposição converte-se em uma verdadeira estratégia de promoção da cidadania ativa e do desenvolvimento social,

alinhada à visão seniana de justiça. Assim, a mediação deixa de ser um mecanismo periférico do sistema de justiça e passa a ocupar um papel de destaque na construção de sociedades mais justas, democráticas e inclusivas (Copatti; Oliveira; Briancini, 2020).

2.5 Mediação de conflitos no âmbito do Sistema Único de Saúde

A consolidação da autocomposição como via de emancipação individual e fortalecimento democrático projeta efeitos que transcendem a esfera das relações estritamente privadas, alcançando a própria estrutura e o funcionamento da Administração Pública. Ao reconhecer que a justiça substantiva depende da aptidão das instituições em gerar melhorias reais na vida dos sujeitos, torna-se imperativo que o Estado reavalie suas formas de interação com o cidadão, de modo que a lógica do confronto seja progressivamente substituída por uma cultura de consenso e de agência mútua. Essa transição para uma gestão pública mais dialógica e menos impositiva exige um suporte normativo que legitime a busca por soluções consensuais, fundamentando-se na premissa de que a eficácia administrativa não se dissocia da justiça material e do respeito às capacidades humanas.

Nesse horizonte, a aplicação da mediação no âmbito do Poder Público deixa de ser uma faculdade discricionária para se tornar um imperativo de governança democrática, alinhado ao dever estatal de produzir resultados sociais tangíveis. O reconhecimento da Administração Pública como sujeito capaz de transigir e de compor conflitos de forma horizontal representa um avanço na concretização da equidade, uma vez que permite que o interesse público seja interpretado à luz das necessidades concretas dos administrados. Para que essa mudança de paradigma ocorresse, no entanto, foi necessária uma evolução legislativa que conferisse segurança jurídica aos gestores, permitindo que a racionalidade das decisões administrativas se pautasse não apenas no rigor da forma, mas na utilidade social de seus efeitos.

A promulgação da Lei nº 13.655/2018, que reformou a Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro (LINDB), inaugurou um marco de racionalidade e pragmatismo na atuação estatal. Conforme destacam Barbosa *et al.* (2023), a alteração

deslocou o eixo do controle meramente formalista para um controle baseado em consequências, ao exigir que decisões administrativas e de controle levem em conta os efeitos práticos e a viabilidade real de cumprimento das determinações públicas.

Essa inflexão normativa, ao privilegiar a análise de impactos concretos, abriu caminho para o fortalecimento dos métodos autocompositivos, entre os quais se destaca a mediação administrativa. A LINDB passou a exigir do gestor público um comportamento orientado por eficiência, segurança jurídica e proporcionalidade, nos termos dos arts. 20 a 30, o que torna compatível o exercício do poder público com práticas de diálogo e consenso (Barbosa *et al.*, 2023).

Os artigos 26 a 28 da LINDB instituíram deveres expressos de cooperação entre Administração e particulares, permitindo a celebração de compromissos de ajustamento de conduta ou instrumentos equivalentes para assegurar a solução adequada de controvérsias e a eficiência da gestão. De acordo com Barbosa *et al.* (2023), essa inovação normativa representou a transição do controle repressivo para o controle preventivo e resolutivo, autorizando o gestor a buscar soluções dialogadas sem receio de violar o princípio da legalidade.

A reforma introduziu, assim, o que alguns autores chamam de dimensão consequencialista da decisão administrativa, exigindo que os órgãos de controle ponderem os custos e benefícios de suas deliberações e considerem as dificuldades práticas enfrentadas pelos agentes públicos. Essa nova racionalidade normativa abre espaço para a mediação como instrumento legítimo de composição entre entes públicos e privados, dentro do paradigma da boa administração (Carvalho Filho, 2021).

Um dos grandes entraves à mediação na Administração sempre foi o princípio da indisponibilidade do interesse público. No entanto, essa noção deve ser reinterpretada em harmonia com o princípio da eficiência (art. 37 da Constituição Federal), de modo a permitir que a Administração disponha dos meios, sem abdicar dos fins públicos (Barbosa, *et al.*, 2023).

A indisponibilidade, nessa perspectiva, não impede a autocomposição, mas apenas veda a renúncia ao interesse coletivo. Assim, conflitos de natureza patrimonial, contratual ou regulatória podem ser objeto de mediação administrativa, desde que acompanhados de mecanismos de controle e de motivação adequada (Justen Filho,

2020).

A eficiência, segundo Barbosa *et al.* (2023), deixa de ser mero princípio retórico e converte-se em critério jurídico de legitimidade das decisões públicas, exigindo do gestor soluções proporcionais, céleres e economicamente racionais. A mediação, nesse contexto, constitui forma de efetivar o interesse público por meios menos onerosos e mais participativos, alinhando-se à LINDB e às modernas exigências de governança pública.

A Lei nº 13.140/2015 (Lei de Mediação) consolidou, pela primeira vez, a possibilidade de utilização da mediação pela Administração Pública, criando um regime jurídico específico nos artigos 32 a 37. De acordo com o art. 32, “a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão utilizar-se da mediação para dirimir conflitos no âmbito da Administração Pública”, exigindo-se fundamentação no interesse público e homologação da autoridade competente.

Conforme observam Barbosa *et al.* (2023), essa legislação deve ser lida em conjunto com o Código de Processo Civil de 2015 (arts. 3º e 174), com a LINDB reformada e com o Decreto nº 9.830/2019, que impõe às instâncias de controle a priorização de medidas preventivas e consensuais. A Lei nº 14.133/2021 (Nova Lei de Licitações e Contratos Administrativos), por sua vez, reafirmou essa diretriz ao prever a utilização de mediação, conciliação e comitês de resolução de disputas (arts. 151 e 153), reforçando a normatividade da autocomposição nas relações contratuais públicas.

Esse conjunto normativo, interpretado de forma sistemática, configura o que Barbosa *et al.* (2023) denominam de microsistema da consensualidade administrativa, um corpo coeso de dispositivos que legitima a atuação dialógica do Estado, orientada pela eficiência e pela racionalidade decisória.

A aplicação desse microsistema de consensualidade no campo da saúde pública ganha transição para um modelo de administração dialógica e resolutiva, amparada pelo microsistema da consensualidade, encontra na saúde pública um campo de aplicação urgente, dado que a judicialização no Brasil reflete não apenas uma busca por direitos, mas uma crise de efetividade das vias administrativas tradicionais.

No âmbito do CEJUSC da saúde, a mediação sanitária transcende a função de mero filtro processual para se tornar um mecanismo de desjudicialização qualificada, fundamentada na premissa de que a solução de conflitos complexos exige competências

que extrapolam a esfera puramente jurídica. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios corroboram essa viabilidade prática, indicando que aproximadamente 27,6% dos cidadãos que resolveram seus litígios fora do Judiciário o fizeram por meio da mediação ou conciliação, evidenciando uma receptividade social crescente aos métodos autocompositivos (W. Ribeiro, 2018).

A eficácia da mediação no CEJUSC depende da harmonização de três discursos fundamentais que frequentemente colidem no litígio tradicional: o técnico-médico, o emocional do paciente e o financeiro do gestor. Conforme defendem Albuquerque e Pereira (2017), os atores do sistema de justiça não possuem especialização em ciências médicas ou orçamentárias, tornando imprescindível que o diálogo seja subsidiado por evidências científicas e pareceres técnicos, como os fornecidos pelo NAT-JUS. No Ceará, a implementação prática desse suporte técnico resultou em 54 consultas em um curto período, demonstrando que o conhecimento especializado é o "fiel da balança" que permite ao mediador construir soluções que respeitem as políticas públicas estabelecidas sem negligenciar a necessidade individual do usuário.

No entanto, a institucionalização da mediação no âmbito do SUS enfrenta desafios estruturais decorrentes da infiltração de modelos de gestão gerencialistas/neoliberais que priorizam a eficiência quantitativa e a redução de custos. Parisi e Silva (2018) observam que essa lógica muitas vezes gera o enfraquecimento do ofício e o sofrimento ético do trabalhador, fragmentando as equipes de saúde. Em experiências práticas, como as analisadas em Belo Horizonte, a mediação permitiu que as partes recontextualizassem disputas geradas por protocolos rígidos, restabelecendo o diálogo e o sentido de solidariedade institucional (Parisi; Ferreira; Silva, 2016).

A viabilidade e os limites da mediação na Administração Pública residem na tensão entre a consensualidade e a atuação vinculada. Embora o gestor possua agora maior liberdade para negociar (W. Ribeiro, 2018), a mediação não deve ser tratada como uma panaceia, exigindo a participação de instituições neutras como a Defensoria Pública e o Ministério Público para evitar que se torne um instrumento de aumento da desigualdade social ou de proteção a interesses privados. Iniciativas como a Camedis (DF) e o Cirads (RN) exemplificam como a busca por soluções administrativas pode evitar o ajuizamento de ações e oferecer respostas céleres a demandas por medicamentos e serviços, desde

que pautadas na transparência e na motivação adequada (K. Ribeiro, 2018).

Para o município de São Luís, a consolidação desse modelo no CEJUSC da saúde representa a oportunidade de migrar de um controle reativo judicial para um controle preventivo e resolutivo das políticas públicas. Conforme aponta a literatura elencada, a mediação é a alternativa mais adequada para gerir a complexidade das relações no setor saúde, pois prioriza a manutenção dos vínculos e o bem-estar dos indivíduos. Ao alinhar o conhecimento técnico à governança participativa, a mediação sanitária fortalece o SUS para as futuras gerações, assegurando que a busca por soluções equitativas não seja apenas um ideal retórico, mas uma ferramenta prática de justiça social e aperfeiçoamento institucional.

A consolidação da mediação como instrumento de governança pública não se restringe ao campo da saúde, embora nele adquira especial relevância em razão da complexidade e da urgência das demandas. Trata-se de um movimento mais amplo de reconfiguração das formas de atuação estatal, que também se manifesta em outras instâncias institucionais, especialmente no âmbito do controle externo. A análise dessas experiências revela que a consensualidade não constitui fenômeno setorial, mas tendência estrutural do direito público contemporâneo, orientada à superação de modelos estritamente sancionatórios em favor de práticas mais dialógicas, preventivas e resolutivas. É nesse contexto que se insere a experiência do Tribunal de Contas da União, cuja atuação permite compreender, em perspectiva comparada, os limites e as potencialidades da mediação administrativa no interior das instituições de controle.

2.5.1 O exemplo do tribunal de contas da união

No âmbito desse movimento mais amplo de institucionalização da consensualidade na Administração Pública, a experiência do Tribunal de Contas da União (TCU) apresenta-se como um exemplo paradigmático da incorporação de práticas dialógicas no exercício do controle externo. Ao deslocar o enfoque tradicionalmente sancionatório para uma atuação orientada à prevenção e à solução consensual de controvérsias, o TCU evidencia que a mediação administrativa pode ser instrumentalizada não apenas na gestão de políticas públicas, mas também no próprio sistema de controle, ampliando sua capacidade de produzir resultados efetivos e

socialmente relevantes.

No campo do controle externo, a mediação administrativa encontrou aplicação concreta no Tribunal de Contas da União, que instituiu a Secretaria de Controle Externo de Solução Consensual e Prevenção de Conflitos (SecexConsenso). Como ressaltam Barbosa *et al.* (2023), a criação desse órgão simboliza a mudança paradigmática do controle sancionatório para o controle dialógico, materializada no Procedimento de Solicitação de Solução Consensual (SSC).

O modelo criado pelo TCU prevê filtros de admissibilidade, formação de comissões mistas e prazos definidos para mediação institucional, com oitiva obrigatória do Ministério Público junto ao TCU e decisão final do Plenário. Tais medidas preservam a legalidade e a accountability, assegurando que a consensualidade se opere dentro de um ambiente de transparência e motivação técnica.

Essa experiência demonstra que a mediação pode ser instrumento de prevenção de conflitos e incremento da eficiência do controle, reduzindo litigiosidade e custos processuais. Como destacam os autores, a solução consensual não retira do Tribunal de Contas seu poder sancionatório, mas lhe confere capacidade de agir estrategicamente para preservar o interesse público com racionalidade e previsibilidade (Barbosa *et al.*, 2023).

Embora a consolidação normativa seja inequívoca, Barbosa *et al.* (2023) reconhecem desafios na aplicação prática da mediação pública, especialmente quanto à definição dos direitos indisponíveis transacionáveis, à necessidade de capacitação de mediadores públicos e à replicação federativa do modelo do TCU nos Tribunais de Contas Estaduais e Municipais.

A mediação exige uma cultura institucional de confiança e transparência, em que gestores e controladores reconheçam que dialogar não significa renunciar ao controle, mas reconduzi-lo à sua função pedagógica e preventiva. O caminho da consensualidade, portanto, não substitui a legalidade, mas a aperfeiçoa, aproximando o Estado da sociedade e promovendo a efetividade do interesse público.

2.5.2 Construção da cultura consensual na administração pública

A institucionalização da mediação e da conciliação como instrumentos legítimos

de solução de conflitos na Administração Pública exige, conforme Tonin (2018), que a teoria da consensualidade se traduza em práticas administrativas concretas, capazes de alterar o modo como o Estado se relaciona com a sociedade. A superação da cultura da litigiosidade depende da criação de espaços de diálogo estruturados, em que a legalidade e a eficiência coexistam com a transparência, a boa-fé e a cooperação. Nessa direção, Tonin (2018) sustenta que o Poder Público deve abandonar a lógica da defesa incondicional e reconhecer que, em muitas hipóteses, a autocomposição é não apenas possível, mas juridicamente exigível, especialmente quando o conflito envolve direitos disponíveis ou interesses públicos passíveis de harmonização.

A conciliação, no plano prático, revela-se mais recorrente que a mediação, pois envolve relações episódicas entre Administração e administrado. Como observa o autor, “normalmente as partes não se conhecem e nem voltarão a se relacionar após a negociação” (Tonin, 2018, p. 52), o que torna o método conciliativo mais adequado a disputas pontuais, como débitos tributários, indenizações ou revisões contratuais. Já a mediação, caracterizada por um processo mais colaborativo e dialógico, é recomendável para controvérsias complexas e continuadas a exemplo de políticas públicas, conflitos fundiários ou educacionais, nas quais a reconstrução das relações sociais é tão relevante quanto o resultado material da disputa.

Essa perspectiva de legalidade dialógica, apontada por Tonin (2018), encontra ressonância nas análises de Bovo (2018), especialmente ao situar a conciliação e a mediação no interior das políticas de gestão pública e de acesso à justiça. A autora demonstra que a adoção de métodos autocompositivos não é apenas uma escolha administrativa moderna, mas uma exigência de racionalidade e eficiência no exercício da função pública. No contexto da Administração Pública gerencial, a mediação passa a integrar um modelo de governança orientado a resultados, em que o foco se desloca da coerção formal para a solução efetiva e sustentável dos conflitos.

Como observa Bovo (2018), o Poder Judiciário, ao implantar os Centros Judiciários de Solução de Conflitos e Cidadania, assumiu uma lógica gerencial e de prestação de serviço ao cidadão, aproximando-se das práticas de governança pública que privilegiam planejamento, avaliação e qualidade. Esse movimento, impulsionado pelo Conselho Nacional de Justiça por meio da Resolução nº 125/2010 (BRASIL, 2010), materializa a

ideia de que a conciliação é simultaneamente instrumento de pacificação e mecanismo de administração eficaz dos recursos públicos.

No caso concreto estudado por Bovo, o CEJUSC de Palmas-TO exemplifica o potencial dessa integração entre gestão pública e cultura de pacificação. A autora demonstra que a institucionalização da conciliação depende não apenas de normas e estruturas, mas também da criação de rotinas administrativas de monitoramento qualitativo, que avaliem a satisfação dos usuários, a imparcialidade dos conciliadores e a efetividade dos acordos celebrados. Em outras palavras, a autocomposição exige gestão baseada em evidências: decisões administrativas devem ser orientadas por indicadores de desempenho e não por formalismos estatísticos.

Essa racionalidade consequencialista coincide com a virada introduzida pela Lei nº 13.655/2018 (reforma da LINDB), que impõe ao gestor público a análise dos impactos concretos de suas decisões. Como destaca Bovo (2018), o dever de eficiência previsto no art. 37 da Constituição ganha densidade prática quando a Administração Pública é capaz de mensurar, justificar e aperfeiçoar os resultados de sua atuação conciliatória. Trata-se, portanto, de substituir o controle punitivo por um controle orientado à aprendizagem institucional e à boa administração.

A cultura da mediação, nessa perspectiva, não se restringe ao âmbito do Judiciário. Ela se projeta sobre a própria estrutura administrativa, transformando a relação entre Estado e sociedade. Ao adotar práticas conciliatórias em suas instâncias decisórias e consultivas, a Administração Pública reconfigura o espaço público como arena de diálogo e reduz a judicialização excessiva, que, como reconhece Tonin (2018), consome recursos e compromete a credibilidade estatal.

Bovo (2018) ressalta que o êxito da mediação administrativa depende da profissionalização dos mediadores públicos, da padronização dos procedimentos e da articulação entre os diversos órgãos da gestão condições indispensáveis para que a autocomposição se torne política pública estável e não apenas projeto isolado.

Os resultados empíricos obtidos por Bovo (2018) reforçam, de modo contundente, a pertinência da mediação e da conciliação como instrumentos de boa governança pública. A pesquisa, realizada junto ao CEJUSC de Palmas-TO, analisou dados estatísticos da Corregedoria e aplicou questionários a 195 participantes, sendo 100

advogados ou defensores públicos e 95 jurisdicionados, entre os dias 2 e 8 de maio de 2018, permitindo um diagnóstico abrangente sobre o funcionamento e a percepção social da conciliação. Os dados demonstraram altos índices de satisfação com o atendimento, a postura dos conciliadores e a infraestrutura do centro, mas também revelaram fragilidades estruturais na coleta de informações, na capacitação dos mediadores e no acompanhamento pós-acordo.

A autora verificou que, embora a taxa de acordos homologados fosse expressiva próxima de 90% das audiências realizadas, faltava um sistema de monitoramento qualitativo permanente capaz de medir não apenas a celebração, mas a sustentabilidade dos acordos e o impacto social da pacificação. Entre os advogados e defensores, 82% consideraram o procedimento célere e eficaz, mas cerca de 40% apontaram ausência de uniformidade nas práticas conciliatórias. Já entre os jurisdicionados, a maioria afirmou ter compreendido plenamente o conteúdo do acordo, porém um terço relatou dúvidas sobre suas consequências jurídicas. Esses resultados levaram Bovo a propor a criação de indicadores de desempenho e de satisfação do usuário¹⁵ como ferramenta de gestão e transparência, defendendo a implantação de um sistema contínuo de avaliação, capaz de transformar o CEJUSC em um espaço de aprendizado institucional. Ao sistematizar essas evidências, a autora demonstra que o verdadeiro avanço da política pública de conciliação não está apenas na expansão numérica dos centros, mas na capacidade da Administração Pública de gerir com base em dados, ouvir o cidadão e aperfeiçoar continuamente a qualidade da justiça prestada.

Assim, tanto Tonin quanto Bovo convergem para uma compreensão madura da mediação: um instrumento de governança democrática que pode ampliar a legitimidade do poder público e concretiza o direito fundamental de acesso à justiça em sua dimensão

¹⁵ Bovo (2018) propõe que a avaliação dos CEJUSCs ultrapasse os critérios meramente quantitativos e incorpore indicadores qualitativos agrupados em quatro dimensões principais: satisfação do usuário, por meio da análise da clareza das informações, imparcialidade do conciliador e compreensão do acordo; efetividade dos acordos, mensurada pelo cumprimento integral, redução da reincidência de litígios e sustentabilidade das soluções; gestão e estrutura, abrangendo capacitação de servidores, adequação de instalações e integração institucional; e transparência e aprendizagem institucional, com divulgação pública de relatórios, coleta de feedbacks contínuos e uso dos resultados para aperfeiçoar a prática conciliatória. Esses indicadores, concebidos como instrumentos de governança, visam garantir que a conciliação seja avaliada não apenas pelo número de acordos, mas pela qualidade, legitimidade e impacto social das soluções produzidas.

substantiva. A mediação, ao articular gestão, eficiência e participação, torna-se a expressão contemporânea do Estado dialógico, um Estado que administra com base na escuta, na transparência e na construção compartilhada de soluções.

No entanto, a transição para um Estado dialógico e a consolidação da mediação como pilar da governança pública encontram um obstáculo substancial na realidade fática do sistema jurídico brasileiro. Embora o referencial teórico aponte para a construção compartilhada de soluções e para a redução da litigiosidade, o cenário empírico da última meia década demonstra que o direito à saúde ainda é objeto de uma crescente e complexa judicialização. Compreender essa discrepância exige o exame detalhado dos indicadores estatísticos, pois os dados revelam a magnitude do desafio que as instituições enfrentam para converter a promessa constitucional de saúde em realizações concretas sem sobrecarregar a estrutura jurisdicional. Assim, a análise quantitativa que se segue serve como diagnóstico fundamental para justificar a necessidade de modelos que privilegiem a equidade e a eficiência em detrimento da mera contenção processual.

Nesse contexto, a análise desenvolvida ao longo deste capítulo permite reconhecer que a mediação de conflitos, embora não constitua solução universal para as tensões que permeiam o direito à saúde, configura-se como um instrumento institucional viável no tratamento dessas demandas, especialmente quando compreendida em uma lógica de complementaridade em relação à jurisdição tradicional. A incorporação de práticas dialógicas, a valorização da participação dos sujeitos e a possibilidade de construção de soluções mais ajustadas às especificidades dos casos indicam que a mediação pode atuar como ferramenta relevante na qualificação do acesso à justiça em matéria de saúde.

Ao mesmo tempo, os limites apontados pela literatura, relacionados a assimetrias entre as partes, restrições institucionais e riscos de captura gerencial, evidenciam que a análise desse modelo não pode prescindir da observação de suas condições concretas de funcionamento. A mediação sanitária, portanto, deve ser compreendida como um arranjo institucional situado, cujos resultados dependem de seu desenho, de sua implementação e do contexto em que se insere.

É nesse quadro que se justifica o exame empírico de experiências concretas de institucionalização da mediação no campo da saúde. Entre elas, destaca-se a atuação

do Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania da Saúde do Maranhão, cuja estrutura e funcionamento oferecem elementos relevantes para a análise das potencialidades e limites desse modelo no tratamento de demandas sanitárias.

A partir dessas considerações, passa-se, no capítulo seguinte, à análise material da experiência do CEJUSC Saúde, com o objetivo de investigar, à luz dos referenciais teóricos aqui delineados, em que medida a mediação sanitária se relaciona com a eficácia do direito à saúde no contexto concreto de sua aplicação.

3 - A MEDIAÇÃO SANITÁRIA COMO ALTERNATIVA À JUDICIALIZAÇÃO

A compreensão da mediação sanitária como instrumento de enfrentamento à judicialização da saúde exige uma análise que ultrapasse a mera descrição normativa, incorporando também suas dimensões prática, institucional e crítica. Nesse sentido, o presente capítulo propõe examinar a mediação sanitária não apenas como técnica de resolução de conflitos, mas como política pública inserida no contexto mais amplo de transformação do sistema de justiça e de reorganização das formas de acesso ao direito à saúde.

Inicialmente, serão analisados os mecanismos de resolução de conflitos no ordenamento jurídico brasileiro, com ênfase na consolidação do modelo multiportas e na expansão das práticas autocompositivas no âmbito do Poder Judiciário. Busca-se compreender como a institucionalização da mediação e da conciliação se articula com a lógica de gestão da litigiosidade, especialmente no campo da saúde, marcado por alta complexidade e sensibilidade social.

Na sequência, o capítulo dedica-se à análise dos fundamentos e finalidades da mediação sanitária, situando-a como instrumento eficaz para prestação do direito à saúde, da equidade e do acesso à justiça. Essa abordagem é desenvolvida a partir do diálogo com o marco teórico da pesquisa, especialmente a perspectiva da equidade e das capacidades, permitindo avaliar em que medida a mediação contribui para a construção de soluções mais adequadas às necessidades concretas dos envolvidos.

A análise é aprofundada a partir o exame de experiências internacionais e práticas brasileiras de mediação em saúde, com o objetivo de identificar padrões, limites e possibilidades de um modelo de desjudicialização que se pretenda colaborativo. Todavia, para além da descrição dessas experiências, incorpora-se uma perspectiva crítica, problematizando a própria ideia de desjudicialização quando os mecanismos consensuais permanecem estruturados no interior do aparato judicial, o que suscita questionamentos acerca da real autonomia dessas práticas e de seu potencial transformador.

Por fim, o capítulo culmina na análise do Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania de Saúde em São Luís do Maranhão como instrumento institucional de

mediação sanitária, avaliando sua eficácia enquanto instrumento voltado à redução da litigiosidade e à promoção de soluções céleres e equitativas. A investigação busca compreender se o modelo adotado é capaz de responder à complexidade das demandas sanitárias ou se, ao contrário, reproduz limitações estruturais do próprio sistema de justiça, tensionando a promessa de uma desjudicialização eficaz.

3.1 Mecanismos de Resolução de Conflitos e desafios estruturais da mediação no Brasil

A consolidação da Política Judiciária Nacional de Tratamento Adequado dos Conflitos, instituída pela Resolução nº 125/2010 do Conselho Nacional de Justiça (BRASIL, 2010), provocou uma transformação profunda na arquitetura institucional da justiça brasileira. O crescimento vertiginoso dos Centros Judiciários de Solução de Conflitos e Cidadania (é um dos principais indicadores dessa mudança, refletindo a tentativa do Judiciário de migrar de um paradigma de resolução coercitiva para uma justiça dialógica e cooperativa. Segundo os dados do relatório Justiça em Números 2025 (CNJ, 2025), havia, ao final de 2024, 2.135 CEJUSCs instalados em todo o país, com predominância na Justiça Estadual, que concentra 1.851 unidades (86,7%). A Justiça Federal contava com 143 CEJUSCs (6,7%), enquanto a Justiça do Trabalho mantinha 141 unidades (6,6%). Trata-se de uma rede de capilaridade nacional, que cresceu de modo contínuo e consistente ao longo da última década, revelando uma política pública em franca expansão e institucionalização.

A análise histórica demonstra que, entre 2014 e 2024, o número de CEJUSCs quintuplicou, passando de 362 para 1.851 unidades apenas na Justiça Estadual. O crescimento foi mais expressivo entre 2014 e 2016, quando o número de centros saltou 80,7%, chegando a 808 unidades, resultado direto da implantação de núcleos permanentes de mediação e conciliação nos tribunais de justiça estaduais e da obrigatoriedade introduzida pelo Código de Processo Civil de 2015 (artigos 3º e 334), que impôs a realização da audiência prévia de conciliação ou mediação. Esse avanço demonstra não apenas o engajamento institucional do CNJ, mas também o amadurecimento da cultura da autocomposição como política pública estruturante.

Todavia, o simples aumento da infraestrutura não garante, por si só, a eficiência e a qualidade da mediação, como já advertiam Bovo (2018) e Tonin (2018) ao destacarem a necessidade de indicadores qualitativos de efetividade e de avaliação dos resultados sociais.

Os dados sobre a produtividade e a natureza dos acordos mostram uma realidade mais complexa. Em 2024, as sentenças homologatórias de acordo representaram 10,4% do total de sentenças e decisões terminativas proferidas, o que revela uma queda em relação a 2023, quando esse índice havia atingido 12,3%. Embora o número absoluto de homologações continue crescendo, com aumento de 52,4% em nove anos, passando de 3 milhões em 2015 para 4,6 milhões em 2024, a proporção de acordos em relação ao total de processos resolvidos permanece relativamente estável. Isso sugere que, apesar do esforço de expansão, a cultura da mediação ainda enfrenta resistências estruturais e culturais no sistema judicial. O dado mais expressivo é o aumento de 372,7 mil sentenças homologatórias em 2024 (alta de 8,9% em relação ao ano anterior), que demonstra o vigor quantitativo da política, mas também indica que a conciliação permanece concentrada em determinadas fases processuais e matérias específicas.

Outro ponto relevante é a diferença entre as fases de conhecimento e execução. Em 2024, a conciliação alcançou 16,8% na fase de conhecimento, ligeiramente inferior ao índice de 2023 (18,5%), enquanto, na fase de execução, atingiu 6,6%, valor que mais que dobrou desde 2015, quando era de apenas 3,3%. Esse avanço reflete o incentivo do CNJ e de alguns tribunais para promover acordos também na fase executiva, etapa historicamente marcada pela lentidão e pelo acúmulo de processos. A mudança de enfoque para a execução revela uma tendência de amadurecimento institucional, voltada à eficiência e à redução do passivo judicial, ainda que a taxa geral de conciliação no primeiro grau tenha sofrido uma redução de 2,3 pontos percentuais em relação a 2023, demonstrando que há desafios persistentes na consolidação da cultura do diálogo.

Esses números permitem uma leitura crítica sobre o estado atual da mediação judicial no Brasil. Por um lado, o aumento exponencial de CEJUSCs e a expansão do número de acordos homologados evidenciam o comprometimento institucional com a política de autocomposição. Por outro, o decréscimo proporcional de acordos e a estagnação de alguns indicadores demonstram limites culturais e estruturais já

mencionados: falta de capacitação continuada de mediadores, excesso de formalismo procedimental, ausência de métricas de qualidade e desigualdade regional na oferta dos serviços. O dado mais sensível é que, apesar do CPC de 2015 ter tornado a audiência prévia obrigatória, não se observa um impacto direto nos índices de conciliação ao longo da série histórica. Isso revela que a mediação ainda não se consolidou como prática transformadora, permanecendo muitas vezes como etapa protocolar do processo judicial, e não como instrumento efetivo de construção de consenso (Bovo, 2018).

A partir da perspectiva de governança pública e eficiência administrativa, a análise dos números indica que o sistema de justiça brasileiro opera entre duas racionalidades: uma quantitativa, voltada à produtividade e metas, e outra qualitativa, centrada na efetividade social da pacificação. Como já propunha Bovo (2018), o futuro da mediação depende de um modelo de gestão baseado em indicadores de qualidade, que avaliem a satisfação do usuário, a durabilidade dos acordos e o aprendizado institucional. Nesse sentido, os dados do Justiça em Números servem como alerta: embora o crescimento da infraestrutura e das homologações seja relevante, ele precisa ser acompanhado por uma avaliação substantiva da qualidade do serviço prestado, sob pena de reduzir a política de mediação a mero instrumento de gestão estatística.

O quadro atual da mediação no Brasil revela um paradoxo estrutural: o país conseguiu criar uma grande rede de centros de conciliação, mas ainda luta para consolidar uma cultura de consenso e confiança social. A política pública da mediação não deve ser medida apenas por quantos CEJUSCs existem, mas por quanto pacificam de fato, quantas relações sociais são restauradas, quantas políticas públicas são aprimoradas e quantos conflitos deixam de se transformar em litígios. A justiça em números, embora imprescindível para o diagnóstico institucional, só alcança sentido pleno quando traduzida em justiça em qualidade: um sistema orientado não apenas a resolver processos, mas a recompor vínculos, reduzir desigualdades e aprimorar a legitimidade do Estado perante os cidadãos.

Nesse sentido, a mediação de conflitos na área da saúde, conforme defendido por Nascimento (2016), configura um instrumento de humanização e democratização das relações sanitárias, justamente por integrar dimensões técnicas, emocionais e financeiras que as soluções adjudicadas tendem a apartar. Esse caráter integrador revela-se ainda

mais relevante quando observado à luz da teoria das capacidades de Amartya Sen (1999), segundo a qual o desenvolvimento deve ser entendido como a ampliação das liberdades substantivas das pessoas, isto é, a expansão de suas capacidades de escolher e de viver uma vida que tenham razões para valorizar.

No campo da saúde, essa perspectiva significa que não basta assegurar o acesso formal a bens e serviços médicos, é necessário garantir que indivíduos e coletividades tenham condições efetivas de compreender, participar e influir nas decisões que afetam sua saúde. A mediação atua precisamente nesse ponto de inflexão entre o direito e a liberdade substantiva, pois amplia as capacidades sociais ao fomentar a participação ativa dos sujeitos em processos decisórios que envolvem o cuidado, o erro médico, o acesso a tratamentos e a gestão de recursos. Ao promover o diálogo entre pacientes, familiares, profissionais e gestores, cria-se um espaço de reconhecimento mútuo que transforma a relação hierárquica tradicional em uma prática comunicativa de corresponsabilidade.

Sen (1999) afirma que a privação de capacidades reflete, em última instância, desigualdades estruturais que limitam as escolhas das pessoas e, portanto, a equidade social. A judicialização excessiva da saúde é sintoma dessa limitação pois quando o conflito é judicializado, os sujeitos já se encontram despossuídos de sua capacidade de agir comunicativamente e de deliberar sobre alternativas razoáveis. A mediação, ao contrário, atua como tecnologia social de empoderamento, permitindo que os envolvidos compreendam as causas técnicas dos eventos, expressem seus sentimentos e negociem soluções proporcionais e humanizadas. Essa expansão da agência individual e coletiva não apenas previne litígios, mas reforça a equidade enquanto princípio normativo de justiça, na medida em que distribui poder de decisão e reconhecimento a quem usualmente é silenciado.

Nascimento (2016) observa que a saúde é atravessada por discursos ético, técnico, emocional e financeiro, e que a mediação é o mecanismo mais adequado para acolher simultaneamente essas dimensões. Essa observação converge com o entendimento seniano de que a equidade em saúde não se mede apenas por indicadores epidemiológicos ou econômicos, mas também pela possibilidade de cada pessoa exercer sua autonomia moral e comunicativa diante do sofrimento e da vulnerabilidade. Ampliar

capacidades, nesse contexto, significa criar instituições dialógicas que reconheçam o valor da voz, do cuidado e da confiança como bens públicos indispensáveis ao florescimento humano.

Essa constatação encontra respaldo prático nos benefícios organizacionais e comunicacionais proporcionados pela mediação em saúde. Nascimento (2016) evidencia que os processos dialógicos e colaborativos promovem benefícios mútuos, de forma célere, mais econômica e com menor desgaste, favorecendo melhor fluidez na comunicação e claras melhorias no relacionamento intergrupal e interpessoal entre as partes de uma disputa. A presença do mediador, capaz de compreender e articular os discursos técnico, emocional e financeiro, potencializa o consenso e a construção de soluções acolhidas por todos os envolvidos, transformando o diálogo em parte integrante do próprio tratamento e da prestação de serviços de saúde

Nesse contexto, os resultados observados em experiências práticas relatadas por Sampaio e Alves (2019) evidenciam que a mediação sanitária produz impactos que vão além da mera desjudicialização, alcançando transformações organizacionais e comunicacionais profundas no sistema de saúde. As autoras destacam o caso paradigmático da ação institucional de mediação sanitária do Ministério Público de Minas Gerais, conduzida pelo Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde. Nessa iniciativa, mais de setenta reuniões microrregionais foram realizadas, reunindo promotores, gestores, profissionais de saúde e cidadãos para discutir de forma participativa as deficiências e as necessidades locais do sistema

Os efeitos foram expressivos: a formação de convênios de cooperação técnica entre entes públicos, o estabelecimento de corresponsabilidades financeiras, a melhoria das condições de trabalho em unidades de saúde, a intervenção administrativa em hospitais com gestão comprometida, o aumento de leitos de UTI e, sobretudo, a redução de confrontos e demandas judiciais reflexas. Como observam as autoras, a redução da litigiosidade não aparece como objetivo inicial, mas como consequência natural da criação de canais estáveis de comunicação e colaboração interinstitucional

Sampaio e Alves (2019) argumentam que tais resultados ilustram a mediação sanitária como mecanismo de governança pública e inovação administrativa. A partir da interação entre os diversos atores do sistema de saúde, médicos, gestores, usuários e

órgãos de controle, gera-se um espaço de aprendizagem institucional no qual o conflito é reinterpretado como fonte de diagnóstico e aprimoramento das políticas públicas. O diálogo intersetorial, promovido por meio das mediações, contribui para a formulação de soluções mais sustentáveis e equitativas, fundadas na corresponsabilidade e na racionalidade comunicativa.

Ademais, a literatura que examina a mediação no campo da saúde pública evidencia que a aplicação desse instituto, quando transposta para o ambiente institucional das políticas sanitárias, nem sempre reproduz integralmente o modelo clássico de mediação concebido na teoria dos métodos autocompositivos. Isto se dá pois no desenho tradicional, o mediador atua como terceiro imparcial cuja função consiste essencialmente em facilitar o diálogo, sem oferecer soluções ou direcionar o conteúdo do acordo, permitindo que as próprias partes construam autonomamente a solução do conflito. Entretanto, como observam Andrade e Lamy (2020), nas chamadas mediações sanitárias frequentemente ocorre uma aproximação entre a figura do mediador e os próprios agentes institucionais envolvidos na formulação ou implementação das políticas públicas de saúde. Nesse contexto, a atuação deixa de ser estritamente facilitadora e passa a assumir contornos mais amplos de coordenação institucional e de organização das respostas administrativas às demandas sociais.

Essa característica faz com que tais experiências não correspondam propriamente a uma mediação “pura”, nos termos clássicos da teoria da mediação. Ainda assim, isso não implica a perda de sua relevância jurídica e institucional. Ao contrário, esses mecanismos acabam desempenhando uma função importante na racionalização da gestão pública da saúde, especialmente ao promover espaços de diálogo entre gestores, instituições do sistema de justiça e usuários do sistema de saúde. Nesse sentido, mesmo afastando-se do modelo estrito de mediação, essas iniciativas contribuem para a construção de soluções coletivas e estruturais, favorecendo a formulação de agendas institucionais preventivas, o planejamento regionalizado das políticas sanitárias e a descentralização dos serviços de saúde (Andrade; Lamy, 2020).

3.2 A Mediação Sanitária como Instrumento de Eficácia do Direito à Saúde e do Acesso à Justiça

A compreensão da mediação como mecanismo de governança e aprendizagem institucional, conforme discutido anteriormente, revela que sua eficácia ultrapassa a mera redução de processos. Ao transformar o conflito em diagnóstico para políticas públicas, a mediação sanitária deixa de ser apenas uma técnica de gestão para se consolidar como um instrumento de proteção de direitos fundamentais. Ela atua no núcleo da Dignidade da Pessoa Humana, assegurando que o cidadão não seja apenas um número em um processo judicial, mas um sujeito de direitos ouvido em suas necessidades singulares.

Nesse prisma, o acesso à justiça é ressignificado: ele deixa de ser o simples direito a um provimento jurisdicional (uma sentença) para tornar-se o direito a uma solução que realize o direito à saúde de forma célere e adequada. Para fundamentar essa ideia, é preciso observar como essa transição do "litígio para o diálogo" tem sido operada em diferentes contextos, servindo de paradigma para a inclusão de grupos vulneráveis e para a resolução de tensões sociais complexas.

3.2.1 Experiência de Mediação em Matéria de Saúde: Perspectiva Internacional, o povo ROMA

A análise da experiência com a mediação em saúde voltada às comunidades Roma¹⁶ revela-se particularmente relevante no âmbito desta pesquisa na medida em que

¹⁶O povo Roma, também conhecido como ciganos, refere-se a um conjunto diverso de grupos historicamente associados a migrações oriundas do norte da Índia para a Europa entre os séculos IX e XIV, que ao longo do tempo desenvolveram formas próprias de identidade cultural, incluindo língua, tradições e fortes vínculos comunitários. Não se trata, contudo, de um grupo homogêneo ou facilmente delimitável, mas de uma categoria marcada por grande heterogeneidade interna e frequentemente definida por classificações externas, sobretudo em contraste com populações "não-Roma". Destaca-se ainda que essa identificação está profundamente relacionada a processos históricos de discriminação, pobreza e exclusão social, de modo que os Roma são muitas vezes reconhecidos tanto por sua identidade cultural quanto pelas condições materiais em que vivem, o que evidencia seu caráter socialmente construído e situado em relações de desigualdade. Além disso, são historicamente associados a um estilo de vida nômade, ainda que muitos grupos sejam hoje sedentários, coexistindo com diferentes formas de organização social. Parte da literatura também atribui a esses grupos crenças e práticas específicas relacionadas à saúde, higiene e cuidado familiar, ainda que tais generalizações sejam muitas vezes simplificadoras e baseadas em interpretações externas, o que reforça a necessidade de um olhar atento a

permite observar, em um contexto empírico concreto, como a mediação sanitária pode operar para além da simples resolução de conflitos, assumindo um papel estruturante na redução de desigualdades, na ampliação do acesso a direitos e na reconstrução das relações entre Estado e populações historicamente marginalizadas. Trata-se de um caso paradigmático que evidencia tanto as potencialidades quanto os limites da mediação enquanto política pública, especialmente quando inserida em cenários marcados por discriminação institucional, barreiras culturais e exclusão social. Ao examinar essa experiência internacional, torna-se possível extrair elementos fundamentais para a compreensão crítica da mediação sanitária no contexto brasileiro, sobretudo no que se refere à sua capacidade de promover equidade, fortalecer a cidadania sanitária e ampliar as capacidades dos indivíduos, nos termos da abordagem teórica adotada nesta pesquisa, justificando, assim, a pertinência de sua análise detalhada no presente capítulo

A experiência de mediação em saúde desenvolvida na Romênia para atendimento às comunidades Roma constitui uma das iniciativas internacionais mais robustas e longevas de mediação sanitária na Europa. Segundo Kühlbrandt (2017), o programa de mediação surgiu como desdobramento direto de conflitos comunitários nos anos 1990, quando episódios de violência entre “Roma” e “não-Roma” levaram organizações civis a estruturar mecanismos de diálogo destinados a restaurar a confiança entre grupos e construir soluções pacíficas para tensões étnicas persistentes.

Essa iniciativa comunitária inaugural forneceu o modelo conceitual e operacional para o subsequente Programa de Mediação em Saúde Roma, estruturado com o objetivo de aproximar as comunidades Roma dos serviços públicos de saúde, reduzir desigualdades de acesso e mitigar conflitos decorrentes de discriminação institucional e barreiras culturais. Nas palavras do manual oficial do programa, o mediador é definido como a pessoa que media a relação entre a comunidade Roma e as autoridades locais de saúde, atuando para aumentar a confiança, ampliar o acesso e melhorar os resultados sanitários da população marginalizada.

O programa teve início em 1996, com a formação de 30 mediadoras por meio da ONG RomaniCRISS. Após sua fase piloto, passou por expansão acelerada e

essas práticas dentro de contextos sociais mais amplos e não como traços culturais fixos ou universais (Kühlbrandt, 2017).

institucionalização formal, culminando, em 2002, na assinatura de um acordo entre RomaniCRISS, o Ministério da Saúde e a Organização para Segurança e Cooperação na Europa, o que permitiu sua incorporação à política pública nacional. Em 2008, cerca de 600 mediadores estavam empregados pelo Ministério da Saúde, número que representou a consolidação do programa como profissão oficialmente reconhecida pelo Estado (Kühlbrandt, 2017).

A partir de 2011, contudo, reformas administrativas e a descentralização orçamentária transferiram a responsabilidade empregatícia para o âmbito da municipalidade, provocando redução do corpo de mediadores e vulnerabilidade contratual, inclusive com relatos de abuso empregatício e desvio de função por parte de autoridades locais.

Além da dimensão sanitária, Kühlbrandt (2017) mostra que a mediação funciona como mecanismo de tradução cultural, conectando comunidades Roma, muitas vezes segregadas ou consideradas excluídas pelas políticas públicas, às estruturas formais de saúde. Os mediadores exercem o papel de intérpretes de normas, procedimentos e expectativas institucionais, reduzindo tensões e desfazendo estigmas que classificavam indivíduos Roma como pacientes ruins ou incapazes frente às exigências burocráticas dos serviços de saúde.

Entre suas funções centrais, destaca-se a facilitação do acesso à documentação civil, por meio da qual os mediadores auxiliam na obtenção de certidões de nascimento e documentos de identidade, condição indispensável para o reconhecimento estatal e para o acesso a serviços públicos de saúde e seguros médicos (Kühlbrandt, 2017). Paralelamente, os mediadores atuam como intermediários culturais, estabelecendo relações de confiança entre comunidades historicamente marginalizadas e os profissionais de saúde, contribuindo para a superação de barreiras linguísticas, institucionais e normativas.

No campo da saúde pública, o programa enfatiza ações preventivas, especialmente por meio da mobilização para campanhas de vacinação, do monitoramento de doenças transmissíveis e da realização de visitas domiciliares voltadas à orientação sanitária. Nesse contexto, a educação em saúde assume papel estratégico, com especial atenção às práticas nutricionais e ao cuidado materno-infantil, incluindo

orientações sobre alimentação adequada, amamentação e desenvolvimento infantil, de modo a enfrentar vulnerabilidades associadas às condições socioeconômicas das comunidades.

Ademais, a mediação nesse contexto incorpora uma dimensão relevante de gênero, ao integrar predominantemente mulheres das próprias comunidades como mediadoras, o que não apenas favorece a comunicação em temas sensíveis como saúde reprodutiva, cuidados pré e pós-natais e planejamento familiar, mas também promove o empoderamento feminino, ampliando sua participação social e sua inserção em espaços institucionais. Soma-se a isso o apoio logístico direto prestado aos usuários, com acompanhamento em consultas, auxílio no agendamento e na compreensão dos tratamentos, reforçando a eficácia do cuidado e proteção da população vulnerável. Dessa forma, o programa articula inclusão social, promoção da saúde e fortalecimento da autonomia comunitária (Kühlbrandt, 2017)

Essa atuação tem efeitos profundos na reconstrução da cidadania sanitária: mediadores, ao facilitar o diálogo, ajudam a redefinir percepções de pertencimento e legitimidade, permitindo que membros das comunidades participem ativamente das decisões relacionadas ao cuidado. Kühlbrandt (2017) demonstra que a mediação cria encontros transformadores, nos quais indivíduos reinterpretem seus papéis como sujeitos de direitos e não apenas receptores passivos de serviços públicos.

A experiência do povo Roma dialoga diretamente com o marco teórico de Amartya Sen, especialmente em três dimensões centrais. Primeiramente, observa-se a expansão das liberdades substantivas, uma vez que, ao reduzir barreiras linguísticas, culturais e burocráticas, a mediação amplia as oportunidades reais ou *capabilities* de acesso à saúde. Sob a ótica de Sen (1999), a desigualdade sanitária revela-se injusta quando impede os indivíduos de viverem vidas que valorizam, e o programa de combate precisamente essa restrição ao promover, simultaneamente, o fortalecimento da agência. Nesse aspecto, a mediação permite que os sujeitos exerçam voz ativa na interação com o Estado e participem das decisões sobre seus próprios cuidados, reivindicando direitos e ampliando sua capacidade de agência, conceito fundamental da justiça seniana.

Ademais, o modelo reflete o caráter público e participativo da justiça, visto que Sen defende que a justiça se concretiza no próprio processo, e não meramente no resultado

final. Assim, a mediação Roma institui um espaço deliberativo onde cidadãos, profissionais e autoridades negociam soluções, configurando um procedimento em plena consonância com a ideia seniana de democracia enquanto prática pública de razão.

Dessa forma, a mediação sanitária, não apenas soluciona conflitos, mas reduz desigualdades estruturais, fortalece capacidades individuais e coletivas, e transforma a interação entre Estado e grupos historicamente marginalizados. A experiência analisada por Kühlbrandt (2017) mostra que a mediação pode operar como ferramenta de justiça emancipatória, ampliando horizontes de liberdade real e promovendo equidade em saúde nos termos defendidos por Sen (2017).

Aprofundando a discussão, a crise sanitária global instaurada pela COVID-19 não apenas testou a resiliência dos sistemas de saúde, mas atuou como um catalisador que exacerbou as desigualdades estruturais pré-existentes enfrentadas pela população Roma na Romênia. Estima-se que existam 1,85 milhão de cidadãos pertencentes a essa etnia no país, representando aproximadamente 8% da população total, um grupo que historicamente enfrenta disparidades severas em relação à população não-Roma em dimensões fundamentais como educação, habitação, emprego e expectativa de vida (Budian; Blaga, 2024). No âmbito da saúde, essas barreiras manifestam-se através da discriminação por parte de instituições e equipes médicas, além da frequente carência de documentação de identificação. Embora o programa de mediação tenha buscado mitigar esses hiatos desde sua introdução em 2002, os dados de 2017 indicavam a presença de apenas 436 mediadores de saúde ativos para atender a essa vasta demanda nacional (Budian; Blaga, 2024).

Durante os primeiros meses da pandemia, as medidas de saúde pública, como restrições de mobilidade e distanciamento social, tiveram efeitos devastadores sobre as minorias étnicas. Diferentemente de outros estratos sociais, as comunidades Roma frequentemente não possuíam condições para o trabalho remoto ou acesso a serviços de educação online, enfrentando um agravamento das barreiras de acesso aos serviços públicos de saúde. A realidade vivida em comunidades rurais do condado de Mureș exemplifica essa precariedade, onde o superaquecimento habitacional e a ausência de acesso a água potável elevaram exponencialmente o risco de infecção por doenças transmissíveis. Nesse cenário de vulnerabilidade extrema, o fosso entre os detentores de

recursos e os marginalizados tendeu a se ampliar, consolidando uma tendência histórica de exclusão em situações de emergência.

A análise empírica revelou um ceticismo profundo em relação à existência da COVID-19 e à eficácia da vacinação nas comunidades estudadas. Dos 20 participantes Roma entrevistados, apenas dois haviam se vacinado, e mesmo nestes casos, a decisão foi motivada por exigências pragmáticas, como a necessidade de migração para trabalho ou para garantir a continuidade de tratamentos de doenças crônicas. Esse fenômeno é indissociável de uma desconfiança institucional alimentada por notícias falsas e pela falta de comunicação governamental culturalmente sensível. Além disso, em comunidades como Tamnâsa, a religiosidade exerce um papel central, onde a crença na proteção divina frequentemente desencoraja a intervenção médica preventiva. O ceticismo foi reforçado por relatos de condutas ambíguas por parte de profissionais de saúde, que, embora recomendassem a vacina, indicavam aos pacientes que não a haviam tomado, minando a credibilidade do sistema (Budian; Blaga, 2024).

A importância estratégica do mediador de saúde tornou-se ainda mais evidente diante das barreiras financeiras e do racismo institucional. O sistema do povo Roma é marcado pela prática de pagamentos informais, o que obriga famílias em situação de pobreza a escolherem entre a alimentação dos filhos e a assistência médica. Narrativas colhidas na pesquisa indicam que, sem a intervenção direta dos mediadores, muitos cidadãos Roma seriam sumariamente ignorados em centros de saúde ou teriam suas prescrições negadas por equipes de enfermagem. Existe uma transferência de responsabilidade médica perversa, na qual médicos e assistentes delegam o cuidado integral do paciente Roma ao mediador, utilizando expressões que reforçam a segregação étnica dentro do ambiente hospitalar.

O cenário de discriminação atinge níveis alarmantes no atendimento hospitalar, com relatos de tratamento degradante e priorização sistemática de pacientes não-Roma em detrimento de indivíduos da etnia Roma. Adicionalmente, o estudo destaca experiências traumáticas de mulheres Roma que relataram práticas de esterilização involuntária após o parto, uma violação de direitos humanos que, embora tenha sido mais comum nos anos 2000, ainda é reportada por mediadores. Em última análise, a experiência da pandemia enfrentada pelo povo Roma demonstra que a equidade em

saúde não pode ser alcançada sem abordar o racismo estrutural e a violência institucional (Budian; Blaga, 2024).

Por fim, em que pese as barreiras raciais, o caso destaca-se como exemplo emblemático de política pública sustentada pela cooperação entre sociedade civil, organismos internacionais e governo. A análise desse cenário demonstra que a mediação em saúde é capaz de auxiliar na relação instituição-cidadão e reduzir conflitos, ao mesmo tempo em que amplia o acesso a serviços essenciais ainda que precise de grande atenção para que possa cumprir seu papel desejado a contento.

Mais do que um arranjo procedimental, tal iniciativa atua para fortalecer a cidadania sanitária e integrar populações marginalizadas ao sistema de saúde de forma não coercitiva. Trata-se de evidência de que a mediação sanitária se levada à sério pode ser adotada como instrumento para enfrentar desigualdades, aproximando-se de uma agenda ética e política alinhada à teoria das capacidades de Sen (1999).

3.2.2 Experiências de Mediação em Matéria de Saúde: Perspectivas Nacionais

Embora a experiência do povo Roma forneça um paradigma sobre a redução de desigualdades em grupos vulneráveis, a recepção desses ideais no Brasil ganha contornos próprios, moldados pela necessidade de racionalizar o uso dos recursos públicos e garantir o acesso tempestivo ao Sistema Único de Saúde. A transição de uma postura puramente reativa e contenciosa para uma atuação administrativa dialógica manifesta-se no país por meio de arranjos institucionais que buscam operacionalizar a consensualidade no coração da gestão pública.

3.2.2.1 A experiência do Município de São Paulo

A análise das experiências de mediação desenvolvidas no Município de São Paulo mostra-se particularmente relevante para o presente trabalho na medida em que permite observar, no município mais populoso do país, como a consensualidade tem sido concretamente incorporada à atuação estatal, oferecendo parâmetros empíricos para a avaliação da mediação enquanto política pública de gestão de conflitos. Diferentemente da experiência internacional tratada, que evidencia potencialidades estruturais da

mediação em contextos de marginalização social, o caso paulistano possibilita examinar a operacionalização desses mecanismos no interior da própria Administração Pública brasileira, revelando tanto seus resultados em termos de eficácia na resolução de conflitos e promoção da pacificação social quanto seus desafios institucionais, como a necessidade de capacitação, coordenação interinstitucional e consolidação de uma cultura dialógica. A avaliação deste caso fornece, ainda, elementos comparativos indispensáveis para a análise crítica da mediação sanitária no contexto investigado nesta dissertação

Nesse contexto, o Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania Municipal, fruto do Convênio nº 262/2015 entre o Tribunal de Justiça de São Paulo e a Prefeitura Municipal, instalado estrategicamente na Procuradoria-Geral do Município, o CEJUSC atua em parceria com a Secretaria Municipal de Segurança Urbana e a Defensoria Pública, realizando sessões de conciliação e mediação em demandas encaminhadas judicial ou extrajudicialmente.

Os dados corroboram a eficácia dessa mudança de postura: somente em 2017, foram celebrados 343 acordos, totalizando mais de R\$ 2,8 milhões em valores negociados, com um índice de êxito superior a 90%. Trata-se de um modelo institucional que alia a presença estatal à metodologia autocompositiva, evidenciando que a conciliação pode gerar resultados expressivos em termos de economia processual, arrecadação e, fundamentalmente, pacificação social (Tonin, 2018).

O segundo caso destacado é o das Casas de Mediação da Guarda Civil Metropolitana (GCM), criadas em 2011. Essas unidades descentralizadas, distribuídas em dezessete bairros, permitem a mediação de conflitos de vizinhança, questões familiares e desentendimentos cíveis de menor complexidade. Tonin (2018) ressalta que o envolvimento direto dos guardas civis como mediadores, após formação específica conforme a Resolução nº 125/2010 do CNJ (BRASIL, 2010), confere legitimidade comunitária ao processo e contribui para a aproximação entre segurança pública e cidadania. O autor enfatiza que a atuação desses agentes na terapia do conflito, expressão utilizada por Calmon (2013), transforma a cultura institucional, convertendo o poder coercitivo em poder comunicativo.

Outro exemplo é a Comissão de Mediação de Conflitos Fundiários, instituída pela

Portaria nº 267/SEHAB.G/2016, vinculada à Secretaria Municipal de Habitação (SEHAB) da cidade de São Paulo. A comissão atua em conflitos decorrentes de ocupações urbanas, buscando soluções negociadas que evitem remoções forçadas e promovam regularização fundiária. Tonin (2018) explica que a comissão privilegia dois tipos de solução: (i) a permanência das famílias, mediante estudos de viabilidade técnica e jurídica para regularização do território; ou (ii) a saída voluntária, com encaminhamento a programas habitacionais ou indenização compensatória. Casos como os das áreas denominadas *Caixa D'Água*, *Mar Desconhecido* e *Vaquejada* ilustram o êxito dessa metodologia, que transforma a mediação em instrumento eficaz de política urbana e de proteção à dignidade humana.

A quarta experiência refere-se à Mediação Escolar, criada pela Lei Municipal nº 16.134/2015 e regulamentada pelo Decreto nº 56.560/2015. Essa política prevê a instituição de Comissões de Mediação de Conflitos em todas as escolas municipais, compostas por professores, servidores, alunos e familiares, com a finalidade de prevenir e resolver divergências no ambiente escolar. Tonin (2018) observa que mais de 1.500 comissões já estavam previstas na rede pública de ensino, refletindo a compreensão de que a educação para o diálogo e a convivência pacífica deve começar na escola. Contudo, o autor alerta para o desafio da capacitação dos mediadores escolares, sem a qual o processo pode se reduzir a mera formalidade. Essa crítica reforça a necessidade de políticas públicas permanentes de formação e acompanhamento técnico, condição indispensável para a sustentabilidade da cultura da paz.

Essas experiências paulistanas revelam que a instrumentalização da mediação em assuntos diversos afetos da administração pública não é uma abstração normativa, mas uma prática institucional transformadora, apta a redefinir as relações entre Estado e sociedade. Elas tornam evidente que é possível compatibilizar eficácia, legalidade e participação cidadã, desde que o gestor público compreenda a autocomposição não como concessão, mas como dever de boa administração.

Como conclui Tonin (2018), o Poder Público deve dar o exemplo e não se utilizar da morosidade do Judiciário para se esquivar do cumprimento de seus deveres legais. A mediação, quando adequadamente implementada, converte-se em uma expressão da legalidade dialógica, em que o direito deixa de ser um instrumento de imposição unilateral

e passa a ser um espaço de construção cooperativa de soluções. Nessa lógica, a conciliação e a mediação tornam-se não apenas mecanismos de gestão de conflitos, mas estratégias de governança democrática, alinhadas à LINDB reformada, ao novo CPC e às exigências contemporâneas de transparência e racionalidade decisória.

A mediação materializa a “legalidade dialógica” proposta por Tonin (2018), na qual o Estado abdica do litígio em favor da colaboração. Essa mudança de paradigma, contudo, não se restringe à teoria, ela ganha contornos práticos em experiências regionais que adaptam os ideais de eficiência e consensualidade às complexidades do sistema de saúde brasileiro. Por isso, observar essas experiências em outras regiões da nação permite compreender como os ideais de eficácia e consensualidade são adaptados às complexidades locais e às carências específicas de cada sistema regional de saúde.

3.2.2.2 A experiência de Imperatriz/MA

Outra experiência relevante a ser analisada é a da Câmara de Mediação em Direito da Saúde (CAMEDS), no município de Imperatriz/MA, cuja importância para o presente trabalho decorre de sua inserção em contexto empírico diretamente vinculado à realidade maranhense e ao próprio objeto desta pesquisa. Ao contrário das experiências anteriormente examinadas, o caso da CAMEDS permite observar, com maior proximidade metodológica, a operacionalização concreta da mediação sanitária enquanto política pública voltada à desjudicialização da saúde, evidenciando como a articulação entre mediação, gestão pública e tecnologia pode produzir respostas institucionais mais eficazes em um cenário marcado por elevada litigiosidade. Trata-se, portanto, de uma experiência que possibilita avaliar, de forma mais aderente à realidade investigada, os impactos, limites e potencialidades da mediação sanitária, bem como sua capacidade de induzir transformações na cultura administrativa e nas práticas decisórias do poder público

A CAMEDS, constitui uma experiência de aplicação prática da mediação no campo das políticas públicas que deve ser analisada. Conforme o estudo desenvolvido por Mendes, Chaves e Zenkner (2023), a CAMEDS não opera apenas como um balcão de acordos, pois trata-se como um modelo inovador de governança colaborativa. Ao articular

mediação, tecnologia e gestão pública para enfrentar a crise de judicialização da saúde, a iniciativa responde à necessidade de promover a efetividade do direito fundamental previsto no art. 196 da Constituição Federal de forma célere, técnica e racional

a CAMEDS repousa em um tripé normativo composto pelo Código de Processo Civil de 2015, pela Lei de Mediação (Lei nº 13.140/2015) e pela reforma da Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro (Lei nº 13.655/2018), que impõem ao administrador público o dever de buscar soluções consensuais e eficazes. Segundo Mendes, Chaves e Zenkner (2023), o modelo implantado em Imperatriz rompe com a tradição do balcão de acordos para consolidar uma estrutura de governança multilateral. A utilização do Método Harvard de Negociação e da Comunicação Não Violenta permite que o conflito seja desconstruído, separando as posições antagônicas dos interesses reais das partes e dos limites orçamentários dos entes federativos (Costa, 2023). Essa abordagem é potencializada pela inovação tecnológica da comunicação assíncrona, onde o uso de plataformas digitais e grupos institucionais elimina custos logísticos e permite uma deliberação mais precisa e menos constrangedora do que o ambiente de uma audiência formal, garantindo ao mesmo tempo um registro documental transparente e seguro.

No ano de sua implementação, em 2017, a Câmara enfrentou o ápice de sua demanda direta, processando 134 casos individuais. Desse montante, obteve-se um desfecho positivo em 95 situações, o que representa um índice de resolatividade de aproximadamente 75% (Costa, 2023). Este marco inicial é fundamental, pois serviu como prova de conceito para o sistema: a maioria esmagadora dos conflitos que anteriormente terminariam em processos judiciais morosos foi resolvida por meio de acordos céleres, preservando a vida dos pacientes, ressaltados cinco óbitos ocorridos antes da conclusão do processo e a higidez do orçamento público.

A trajetória subsequente, entre 2018 e 2019, apresenta o que pode ser chamado de paradoxo do sucesso quantitativo. Em 2018, o volume de novas demandas registradas caiu para 65 casos, mantendo, contudo, uma eficácia notável com 50 acordos firmados (Mendes; Chaves; Zenkner, 2023), ressaltando-se a ocorrência de quatro óbitos. Já no primeiro semestre de 2019, o número de registros reduziu-se drasticamente para 15 a 20 casos. Para um leitor não familiarizado com os dados, essa queda poderia sugerir um

desuso da ferramenta, mas a análise qualitativa profunda aponta para o "efeito sistêmico de pacificação".

Esse conceito descreve um estágio de maturação em que os canais de diálogo instituídos pela CAMEDS especialmente os grupos de comunicação assíncrona via WhatsApp, passaram a operar de forma autônoma na rotina dos gestores. O conflito, antes de ser formalizado como uma "demanda" na Câmara, passou a ser resolvido preventivamente através do diálogo direto entre os entes federativos, que internalizaram a cultura de cooperação e o fluxo técnico de resposta (Mendes; Chaves; Zenkner, 2023).

A análise dos dados apresentados permite avançar para além de sua dimensão quantitativa, evidenciando que a atuação da CAMEDS produz efeitos estruturais sobre a forma de organização da política pública de saúde no âmbito local. Mais do que indicar elevados índices de resolutividade, os resultados revelam uma transformação no próprio fluxo de tratamento das demandas sanitárias, na medida em que a mediação passa a atuar como mecanismo indutor de respostas administrativas prévias, reduzindo a necessidade de formalização de conflitos. Nesse sentido, a diminuição progressiva das demandas submetidas à Câmara deve ser compreendida como expressão de um rearranjo institucional, no qual os canais de diálogo estabelecidos passam a operar de maneira autônoma no interior da administração pública.

Esse deslocamento funcional da mediação torna-se ainda mais evidente quando se observa que as demandas remanescentes tendem a concentrar maior complexidade técnica e orçamentária, indicando que os conflitos de menor densidade passaram a ser absorvidos diretamente pelos próprios entes públicos. Tal dinâmica evidencia um processo de maturação institucional, no qual a mediação deixa de exercer apenas função resolutive para assumir papel estruturante na coordenação das respostas estatais em matéria de saúde.

Nesse cenário, destaca-se a consolidação de um espaço contínuo de articulação interfederativa, no qual Município, Estado e estruturas federais passam a atuar de forma mais integrada. A institucionalização de canais permanentes de comunicação notadamente por meio de ferramentas digitais possibilita a circulação ágil de informações, a explicitação de limites administrativos e a construção compartilhada de soluções, superando a fragmentação decisória anteriormente verificada. Trata-se de um ambiente

deliberativo que, embora informal, revela elevada capacidade de coordenação, permitindo respostas mais adequadas às demandas apresentadas.

Essa reconfiguração evidencia uma alteração qualitativa na gestão dos conflitos sanitários, que passam a ser compreendidos não como eventos isolados, mas como manifestações de disfunções sistêmicas que exigem soluções coordenadas entre os entes federativos. Ao viabilizar esse tipo de interação, a mediação sanitária transcende a dimensão do caso concreto, contribuindo para a construção de respostas institucionais mais alinhadas à lógica de responsabilidade compartilhada que estrutura o Sistema Único de Saúde.

Por outro lado, a evolução dos dados em 2020 introduz uma variável de alerta que aprofunda o debate acadêmico sobre a sustentabilidade desses modelos. No referido ano, o volume de demandas minguou para apenas 9 casos, com uma queda acentuada na taxa de êxito para 33% (Costa, 2023). Este declínio tardio é multifatorial: por um lado, o isolamento social e a paralisação de procedimentos eletivos durante a pandemia de COVID-19 alteraram o fluxo da saúde pública; por outro, revelou-se uma resistência institucional crítica por parte da Defensoria Pública. Como o modelo de mediação não possuía prazos procedimentais rígidos e vinculativos, muitos defensores, pressionados pela urgência vital de seus assistidos, optaram por regressar à via judicial tradicional, que oferecia a resposta imediata da liminar. O fato de a Defensoria ter ajuizado 1.200 ações em 2019, enquanto a CAMEDS via seus números decrescerem, demonstra que a pacificação sistêmica enfrenta o desafio constante de competir com a celeridade, ainda que agressiva, do provimento jurisdicional (Costa, 2023).

A leitura integrada dos dados empíricos produzidos pela CAMEDS permite avançar para além da constatação de seus índices de resolutividade, revelando dinâmicas institucionais mais profundas que explicam o seu funcionamento como mecanismo de reorganização do sistema de saúde local. Observa-se, inicialmente, que o volume de demandas no âmbito da Justiça Federal submetidas à Câmara 134 em 2017, 65 em 2018 e entre 15 e 20 no primeiro semestre de 2019 não apenas demonstra uma capacidade consistente de resolução de conflitos, com percentuais superiores a 70% de acordos, mas indica um movimento de reconfiguração progressiva do fluxo decisório no interior da administração pública sanitária.

Figura 4- Números apresentados pela CAMEDS de ações judiciais na Justiça Federal

Ano	Ações judiciais na Justiça Federal	Acordos	Acordos não obtidos	Óbitos
Exercício de 2017	134	95	34	5
Exercício de 2018	65	50	11	4
Exercício de 2019 (até 13/06/2019)*	15	9	6	0

Fonte: Mendes; Chaves; Zenkner, 2023

A redução contínua de demandas não decorre de retração da procura por serviços de saúde, mas da absorção prévia dos conflitos pelos próprios canais institucionais de diálogo criados pela mediação, evidenciando a transição de um modelo reativo, centrado na judicialização, para um modelo preventivo, baseado na cooperação administrativa.

A análise desses dados permite concluir que a redução do volume de processos não é apenas uma vitória estatística, mas uma estratégia de eficácia econômica e administrativa. A transição da cultura de judicialização para a de cooperação gerou uma diminuição substancial nos custos operacionais do Estado. No modelo litigioso, o erário é onerado por honorários, custas e, principalmente, pelo sequestro de verbas públicas via bloqueios judiciais, que retiram recursos de áreas planejadas para cobrir decisões intempestivas. Com a mediação alcançando índices médios de 72% de resolutividade no período consolidado, a administração pública de Imperatriz logrou manter a governança orçamentária, substituindo o bloqueio coercitivo pela alocação técnica e consensual. Portanto, a CAMEDS não apenas "resolveu casos", mas reeducou o aparato estatal para operar sob uma legalidade dialógica, onde a eficiência e a proteção do direito à saúde deixam de ser antagônicas para se tornarem objetivos colaborativos (Mendes; Chaves; Zenkner, 2023).

Este cenário de maturação e resistência compõe um quadro pedagógico para futuras políticas públicas. A lição extraída da evolução dos índices de resolutividade da CAMEDS é que a mediação funciona como um mecanismo de aprendizado institucional. Ao reduzir a necessidade de intervenção do mediador formal através da criação de fluxos

de diálogo prévios, a iniciativa demonstra que o sucesso de uma política de desjudicialização pode, ironicamente, ser medido pela sua própria "invisibilidade" futura: quanto mais eficaz é a cultura de cooperação entre os gestores, menor é a necessidade de abertura de novos procedimentos de mediação, pois o conflito é dissipado na origem. Contudo, para que essa pacificação não sofra retrocessos, os dados de 2020 reforçam que a estrutura deve ser constantemente realimentada com protocolos de urgência e treinamento contínuo, garantindo que o diálogo administrativo seja sempre percebido como a via mais rápida e segura para a efetivação da saúde (Mendes; Chaves; Zenkner, 2023).

Do ponto de vista teórico, o caso CAMEDS confirma a tese de Bovo (2018) de que a conciliação e a mediação, quando integradas à gestão pública, constituem políticas de acesso à justiça baseadas na qualidade e na satisfação do usuário. Tal como a autora propõe em sua dissertação sobre o CEJUSC de Palmas/TO, a mediação deve ser avaliada não apenas por indicadores quantitativos, mas pela percepção de equidade e eficiência do serviço público. A experiência da CAMEDS reforça esse entendimento, pois demonstra que a autocomposição orientada por dados empíricos e mediadores especializados é capaz de gerar confiança institucional e aprimorar a legitimidade da Administração.

Dessa forma, o caso da CAMEDS materializa a convergência entre as perspectivas de Tonin (2018) e Bovo (2018). De um lado, confirma o ideal de legalidade dialógica e consequencialista, no qual a Administração negocia os meios sem abdicar dos fins públicos. De outro, exemplifica a gestão baseada em evidências e indicadores qualitativos, que transforma o cidadão em eixo central da política pública.

A análise dos dados permite inferir que a atuação da CAMEDS transcende a dimensão estritamente resolutiva, operando como mecanismo de reestruturação dos fluxos institucionais de tratamento das demandas sanitárias. Para além dos índices de resolutividade, a evidência empírica mais sensível aponta que tais instrumentos apresentam maior capacidade de atuação na fase pré-conflito, incidindo sobre o próprio processo de formação das demandas. Nessa perspectiva, a mediação sanitária revela-se menos como instrumento destinado à solução de litígios já constituídos e mais como tecnologia institucional de caráter preventivo, apta a interromper a escalada conflitiva

antes de sua formalização. Assim não se trata apenas da retirada de casos do âmbito jurisdicional, mas da sua não constituição como demanda judicial, o que implica uma atuação de natureza sistêmica sobre a litigiosidade. Tal dinâmica evidencia uma mudança qualitativa na gestão dos conflitos em saúde, na medida em que desloca o foco da resposta reativa para a antecipação administrativa, contribuindo para a estabilização das relações institucionais e para a maior coerência na implementação das políticas públicas sanitárias.

3.2.2.3 Experiência de Minas Gerais

A inclusão da experiência de Minas Gerais no percurso analítico desta dissertação justifica-se, no plano metodológico, pela necessidade de examinar um modelo de mediação sanitária institucionalmente estruturado no âmbito de um órgão de controle, permitindo observar como práticas consensuais podem ser incorporadas à atuação estatal sem ruptura com a juridicidade, mas a partir de sua releitura funcional. Diferentemente de experiências centradas na mediação como instrumento operacional ou como política administrativa localizada, o caso mineiro foi selecionado por evidenciar a mediação enquanto mecanismo de governança interinstitucional, articulando intersetorialidade e interdisciplinaridade em um arranjo decisório complexo. Trata-se, portanto, de um estudo empírico relevante para a metodologia adotada, pois permite compreender como diferentes atores jurídicos, técnicos e administrativos podem atuar de forma coordenada na construção de soluções sanitárias, revelando a mediação como espaço de integração de saberes e de racionalização da atuação pública, em consonância com a perspectiva sociojurídica-crítica que orienta esta pesquisa

Estruturada pela Resolução PGJ nº 78/2012, a experiência de mediação sanitária implementada pelo Ministério Público do Estado de Minas Gerais (MPMG) introduziu um novo modelo de governança baseado na coordenação interinstitucional, na articulação de saberes técnicos e jurídicos e na mediação de conflitos complexos envolvendo o Sistema Único de Saúde. O modelo mineiro demonstra que a mediação, quando incorporada de forma estruturada à Administração Pública, pode funcionar como um instrumento de racionalização da ação estatal, sem renunciar à legalidade, mas reinterpretando-a à luz da eficiência e da proporcionalidade.

A mediação sanitária, nesse contexto, concretiza o ideal de intersectorialidade, conceito definido por Akerman e Inojosa (1998) como a integração de diferentes setores governamentais e sociais para a produção de respostas coletivas a problemas públicos que não podem ser solucionados de forma isolada. Nas mesas de negociação conduzidas pelo MPMG, participam gestores estaduais e municipais de saúde, técnicos da vigilância sanitária, representantes de consórcios intermunicipais, defensores públicos, conselhos de saúde e profissionais médicos, compondo uma rede decisória horizontal. Essa pluralidade de vozes permite identificar gargalos administrativos, redirecionar recursos e propor soluções conjuntas, o que resulta em melhoria da governança sanitária e redução de litígios potenciais. Como observa Silva (2017), a intersectorialidade é o elemento que converte a mediação de um simples método alternativo em uma política pública articuladora de instituições.

A efetividade desse modelo decorre também da interdisciplinaridade, dimensão que, conforme Morin (2000), rompe com a fragmentação dos saberes e promove uma visão complexa da realidade. No âmbito da saúde pública, essa integração é indispensável: conflitos que envolvem fornecimento de medicamentos, regulação de leitos ou tratamentos de alto custo não se esgotam na perspectiva jurídica, exigindo diálogo entre o conhecimento médico, administrativo, econômico e ético. A mediação conduzida pelo MPMG, conforme demonstram as análises de Silva (2017), opera como um espaço epistemológico híbrido, em que o saber jurídico atua como mediador entre a técnica e o direito, permitindo decisões mais racionais e contextualizadas. Nessa lógica, a interdisciplinaridade não apenas garante soluções mais adequadas, mas redefine o papel do Estado como facilitador de consensos e não apenas executor de normas.

Outro aspecto essencial é o reposicionamento do Ministério Público. Tradicionalmente vinculado ao papel de fiscal e demandante judicial, o órgão passa a exercer uma função pedagógica e colaborativa, mediando o diálogo entre cidadãos e gestores sem perder sua autoridade institucional. Tal mudança expressa o que Cátia Cebola (2014) denomina de “mediação administrativa”, um modelo em que o Estado participa do processo comunicativo não para impor decisões, mas para construir soluções legitimadas pela transparência e pela reciprocidade. Essa atuação se coaduna com a racionalidade consequencialista prevista na LINDB, especialmente após a reforma de

2018, que exige que a Administração e os órgãos de controle considerem os efeitos práticos das decisões e as dificuldades reais de implementação.

Os achados empíricos da pesquisa conduzida por Silva (2017) revelam resultados concretos que reforçam a solidez teórica da experiência mineira. A análise de 47 atas de mediação demonstrou que a intersetorialidade esteve presente em mais de 90% das sessões, com participação ativa de órgãos das três esferas de governo e de representantes da sociedade civil, e que a interdisciplinaridade foi observada em cerca de 70% dos casos, com diálogo constante entre gestores, médicos, advogados, assistentes sociais e técnicos do SUS. Silva (2017) também identificou que, embora nem todas as mediações resultassem em acordos formais, a grande maioria produziu efeitos administrativos positivos, como a reorganização de fluxos de regulação de leitos, a revisão de protocolos de fornecimento de medicamentos e o estabelecimento de rotinas interinstitucionais permanentes.

Além disso, verificou-se que a presença do Ministério Público como mediador contribuiu para elevar o grau de comprometimento dos gestores públicos e reduzir a reincidência das mesmas demandas, o que indica um impacto indireto na diminuição da judicialização da saúde no estado. Esses resultados empíricos demonstram que a mediação sanitária, quando apoiada em práticas colaborativas e estruturada institucionalmente, é capaz de gerar ganhos mensuráveis de eficácia, coordenação e confiança pública, confirmando sua relevância como política de governança no âmbito do SUS.

A experiência mineira ilustra uma transformação paradigmática na forma de tratar os conflitos em saúde. A mediação não se reduz a um instrumento de resolução pontual, mas representa uma estratégia de reorganização institucional. Ao estimular a cooperação entre diferentes esferas do poder público, ela favorece a eficácia de políticas sanitárias, reduzindo custos processuais e fortalecendo o diálogo entre os entes federativos. Essa abordagem confirma o entendimento de Spengler (2019a) de que a mediação é uma espécie de reconstrução das relações de confiança entre Estado e sociedade, na medida em que reabilita o espaço público como território de consenso, e não de imposição.

O modelo de Minas Gerais soma-se aos indícios que a mediação sanitária pode ser instrumento de governança e de boa administração, ao articular intersetorialidade e

interdisciplinaridade sob a coordenação de uma instituição pública de alta legitimidade. Sua contribuição não se mede apenas em números de acordos, mas na mudança cultural que promove do litígio à cooperação, da imposição à escuta, da fragmentação à complexidade. Esse paradigma, sustentado por autores como Silva (2017), Morin (2000), Akerman e Inojosa (1998), Cebola (2014) e Spengler (2019b), parece oferecer bases teóricas sólidas para compreender a mediação não como exceção à legalidade, mas como uma forma mais eficaz e democrática da sua realização.

A partir da análise dessa experiência, é possível extrair lições relevantes para o conjunto da investigação, especialmente no que se refere à compreensão da mediação sanitária como instrumento de reorganização estrutural da ação estatal. O modelo mineiro evidencia que a eficácia da mediação não se restringe à obtenção de acordos formais, mas se manifesta na capacidade de produzir efeitos administrativos duradouros, como a reestruturação de fluxos decisórios, a construção de rotinas interinstitucionais e a redução da reincidência de demandas. Ademais, reforça-se a ideia de que a mediação sanitária, quando orientada pela intersetorialidade e pela interdisciplinaridade, atua diretamente na prevenção de conflitos, ao antecipar soluções e corrigir disfunções sistêmicas antes que se convertam em litígios judicializados. Nesse sentido, a experiência de Minas Gerais contribui para a consolidação do argumento central da dissertação, ao demonstrar que a desjudicialização não se limita à retirada de processos do Judiciário, mas se realiza na própria prevenção de demandas e reorganização da saúde.

Em consonância, Mesquita (2023) reforça que a eficácia da mediação sanitária deve ser compreendida sob dupla perspectiva: institucional e social. No plano institucional, a mediação revela-se eficaz ao reorganizar fluxos administrativos, reduzir custos processuais e restabelecer o diálogo entre as instâncias do Sistema Único de Saúde, permitindo que a gestão pública responda de forma mais célere e racional às demandas sanitárias. No plano social, mostra-se como mecanismo de humanização do acesso à justiça, na medida em que aproxima gestores e cidadãos em torno de soluções consensuais e factíveis, baseadas na escuta ativa e na confiança mútua.

Dessa forma, a eficácia não se confunde com eficiência estatística ou aumento no número de acordos, mas com a capacidade da mediação de produzir resultados

socialmente legítimos e sustentáveis, conforme os princípios da dignidade humana, da solidariedade e da razoabilidade. A eficácia do modelo autocompositivo depende, assim, da adoção de indicadores de impacto que avaliem a satisfação dos usuários, o grau de cumprimento espontâneo dos acordos e a redução de demandas judiciais repetitivas. Para Mesquita (2023), essas variáveis permitem mensurar de forma mais realista o alcance da mediação como política pública transformadora, capaz de reduzir a litigiosidade e aumentar a confiança social nas instituições.

Além disso, a eficácia da mediação sanitária está condicionada à cooperação interinstitucional, à formação de mediadores especializados e à integração com as políticas de saúde. Experiências observadas acima demonstram que, quando o modelo é institucionalizado e articulado entre o Poder Judiciário e a Administração, os resultados se traduzem em menor judicialização e maior capacidade resolutiva administrativa. Assim, a mediação sanitária consolida-se como um instrumento de boa governança pública, compatível com os princípios da LINDB e com o paradigma consequencialista introduzido pela reforma de 2018, ao privilegiar soluções efetivas e proporcionais às capacidades estatais.

Nesse contexto a eficácia da mediação sanitária manifesta-se quando esta é incorporada como política pública permanente de acesso à justiça, não apenas como expediente de desjudicialização. A mediação torna-se, assim, elemento de aprimoramento do Estado Democrático de Direito, promovendo a eficiência administrativa, a equidade e a humanização do direito à saúde, pilares essenciais para uma justiça que vá além da sentença e se converta em instrumento de transformação social (Mesquita, 2023).

3.3 O CEJUSC Saúde em São Luís/MA, uma ferramenta eficaz para desjudicialização da saúde

A análise das experiências de mediação sanitária, como a observada na CAMEDS em Imperatriz e nos modelos de governança em Minas Gerais, oferece um panorama empírico fundamental sobre como a legalidade dialógica e a cooperação interinstitucional podem mitigar os efeitos nocivos da judicialização. Essas iniciativas demonstram que a

maturação institucional e a internalização de uma cultura de consenso entre os entes federativos são capazes de produzir um efeito sistêmico de pacificação, reduzindo custos operacionais e garantindo a celeridade que o direito fundamental à saúde exige, bem como garantindo o aumento das capacidades individuais do cidadão alinhando-se com as teses Senianas já analisadas.

A hipótese que orienta a presente análise é a de que o Centro de Mediação das Demandas de Saúde Pública de São Luís não deve ser compreendido apenas como um instrumento de resolução de conflitos já instaurados, mas como um dispositivo institucional capaz de reconfigurar o próprio processo de formação da litigiosidade em saúde. Sustenta-se, nesse sentido, que sua principal contribuição reside na atuação na fase pré-processual, na qual a mediação opera como mecanismo de prevenção do conflito, impedindo que demandas se consolidem em litígios judiciais. Tal perspectiva permite deslocar a compreensão tradicional da desjudicialização centrada na retirada de processos do Judiciário para uma abordagem mais sofisticada, voltada à redução estrutural quantitativa de litígios por meio da antecipação institucional das respostas estatais.

Nesse sentido, o centro desta investigação desloca-se para a capital do Estado do Maranhão, concentrando-se no coração da estrutura autocompositiva voltada ao direito sanitário maranhense: o Centro de Mediação das Demandas de Saúde Pública de São Luís. Diferente das experiências pré-processuais descentralizadas, o CEJUSC da capital representa a consolidação de uma política pública de tratamento adequado de conflitos no âmbito do Tribunal de Justiça do Maranhão, funcionando como um laboratório de governança em que a estrutura física e o corpo técnico são especificamente desenhados para suportar a pressão da demanda metropolitana. A seguir, detalha-se a organização estrutural e o contingente humano que operacionalizam este Centro, elemento indissociável para a compreensão dos dados empíricos, índices de resolutividade e valores transacionados que serão apresentados na sequência.

Quanto ao procedimento metodológico de coleta de dados, cumpre destacar que as informações empíricas utilizadas nesta pesquisa foram obtidas diretamente junto ao CEJUSC Saúde. Os dados foram disponibilizados pela própria unidade institucional ao pesquisador, em formato de relatórios periódicos, contendo a sistematização mensal dos

resultados institucionais no período compreendido entre os anos de 2021 e 2024. Tais relatórios incluíram informações relativas ao volume de atendimentos, número de acordos celebrados, distribuição das demandas entre fases pré-processual e processual, bem como os valores envolvidos nas soluções pactuadas. Cabe apontar ainda que as informações relativas à estrutura física e de pessoal também foram fornecidas pelo próprio Centro.

Ressalte-se, contudo, que, em razão da natureza sensível desses documentos no âmbito da administração pública, especialmente por envolverem dados relacionados à gestão de demandas sanitárias e informações potencialmente vinculadas a usuários do sistema de saúde, não foi possível proceder à sua juntada integral ao presente trabalho. Ainda assim, a utilização dos dados observou critérios de fidedignidade, transparência e responsabilidade metodológica, sendo empregados exclusivamente para fins acadêmicos, com tratamento agregado e anonimizado das informações, de modo a preservar a integridade institucional e a confidencialidade dos dados analisados.

A análise da trajetória evolutiva do Centro de Mediação das Demandas de Saúde Pública de São Luís, entre os anos de 2021 e 2024, revela um processo de amadurecimento institucional e uma expansão quantitativa e qualitativa no que tange à desjudicialização das demandas de saúde pública no estado do Maranhão. No limiar deste período, especificamente no exercício de 2021, o cenário apresentava uma estrutura ainda em fase de consolidação, registrando um volume total de 151 demandas, subdivididas entre 60 procedimentos pré-processuais e 91 processuais. Naquele momento, a eficácia do sistema de conciliação resultou na formalização de 70 acordos, refletindo um esforço inicial de mediação em um contexto de alta complexidade jurídica e social inerente à área da saúde pública. Este ponto de partida é fundamental para compreender a escala de crescimento que se seguiu nos anos subsequentes, marcados por uma curva ascendente de produtividade e pela aceitação progressiva do método consensual pelas partes envolvidas no conflito.

O crescimento observado ao longo da série histórica não deve ser interpretado apenas como incremento quantitativo da atividade do Centro, mas como evidência da progressiva institucionalização da mediação sanitária enquanto prática legítima e confiável de gestão de conflitos. A ampliação do número de acordos e da adesão das

partes indica a internalização de uma racionalidade consensual no âmbito das relações entre usuários e Administração Pública, sugerindo que a mediação deixa de ser percebida como alternativa excepcional para se consolidar como via ordinária de tratamento das demandas sanitárias. Esse movimento revela um processo de transformação cultural e institucional, no qual a lógica adversarial cede espaço a formas cooperativas de resolução, com impactos diretos na redução da litigiosidade e na melhoria da governança pública.

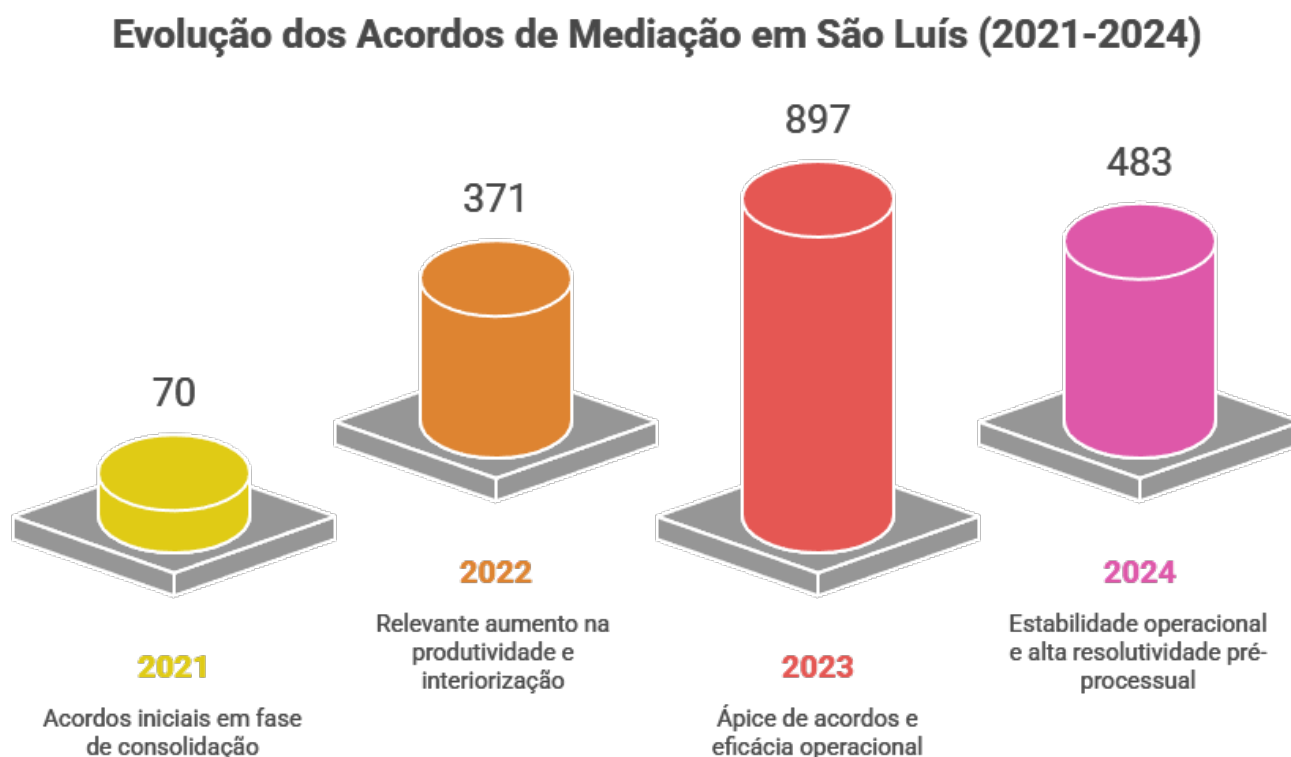
Em análise ao ano de 2022, observou-se uma transição significativa para um modelo de maior escala operacional dentro do Centro de Mediação das Demandas de Saúde Pública de São Luís. A produtividade anual apresentou um salto expressivo, acumulando um total de 371 acordos homologados, o que evidencia tanto a interiorização quanto o refinamento das técnicas de mediação aplicadas pela equipe técnica. Destaca-se que, deste montante, a via pré-processual respondeu por 228 composições amigáveis, enquanto a esfera processual logrou êxito em 143 casos específicos ao longo dos doze meses. Este período foi caracterizado por uma expressiva movimentação financeira, com o valor transacionado em acordos processuais atingindo a marca de aproximadamente 4,1 milhões de reais, impulsionado por picos mensais de alta resolutividade, como o observado em março de 2022, que isoladamente registrou o montante de 1,4 milhão de reais em acordos de natureza processual.

O ápice do volume de atendimento e da eficiência sistêmica ocorreu no ano de 2023, consolidando o Centro de Mediação das Demandas de Saúde Pública de São Luís como um protagonista essencial na gestão de conflitos sanitários vinculados ao Tribunal de Justiça do Maranhão. O centro registrou a realização de 897 processos totais, um salto numérico que demonstra a confiança crescente da população e dos entes públicos nos métodos autocompositivos. A eficiência operacional atingiu níveis elevados, especialmente no setor pré-processual, onde a taxa de frutividade alcançou 91,42%, representando a concretização de 437 acordos em um universo de 479 audiências realizadas. Do ponto de vista econômico, o exercício de 2023 também se destacou como o ano de maior impacto financeiro global, totalizando mais de 4,6 milhões de reais em acordos homologados, o que reafirma a premissa de que a conciliação não apenas acelera a entrega da prestação jurisdicional, mas também otimiza a alocação de recursos

públicos destinados à saúde.

Finalmente, os dados referentes ao ano de 2024 consolidaram a maturidade técnica e a estabilidade operacional do Centro de Mediação das Demandas de Saúde Pública de São Luís. Embora o volume total de audiências agendadas tenha sido de 836, o índice de aproveitamento operacional mostrou-se excepcional, com 807 audiências efetivamente realizadas, o que corresponde a 96,53% da pauta planejada para o período. O índice geral de acordos manteve-se robusto em 59,85%, totalizando 483 composições bem-sucedidas que evitaram o prolongamento de litígios judiciais onerosos. Um dado relevante deste último período é a manutenção da alta performance no segmento pré-processual, que obteve 72,75% de resolutividade, em contraste com os 44,92% observados no âmbito estritamente processual. Essa disparidade reforça a tese acadêmica de que a intervenção precoce no conflito, antes da formalização da lide judicial, constitui o caminho mais eficaz para a pacificação social e a garantia do direito à saúde.

Figura 5 - Quantidade de acordos por ano entre 2021 e 2024 no CEJUSC Saúde TJMA.



Fonte: Elaborado pelo autor com base em dados fornecidos pelo CEJUSC Saúde do TJMA

Em suma, o panorama evolutivo entre 2021 e 2024 demonstra que o Centro de Mediação das Demandas de Saúde Pública de São Luís evoluiu de um projeto de mediação pontual para uma posição estratégica de governança judiciária, capaz de gerir volumes crescentes de demandas com precisão técnica e elevado impacto social positivo para a comunidade maranhense.

É preciso apontar que a análise da eficácia comparativa entre as modalidades pré-processual e processual no âmbito do Centro de Mediação das Demandas de Saúde Pública de São Luís revela disparidades que são fundamentais para a compreensão da dinâmica de resolução de conflitos sanitários. A distinção entre essas duas vias não é apenas procedimental, mas reflete níveis distintos de resolutividade, sugerindo que o momento da intervenção mediadora atua como um determinante crítico para o sucesso da composição amigável. Historicamente, os dados demonstram que as demandas que ainda não ingressaram na esfera judicial formal possuem uma propensão substancialmente maior ao acordo, evidenciando a eficácia da mediação como ferramenta, em especial, de prevenção ao litígio.

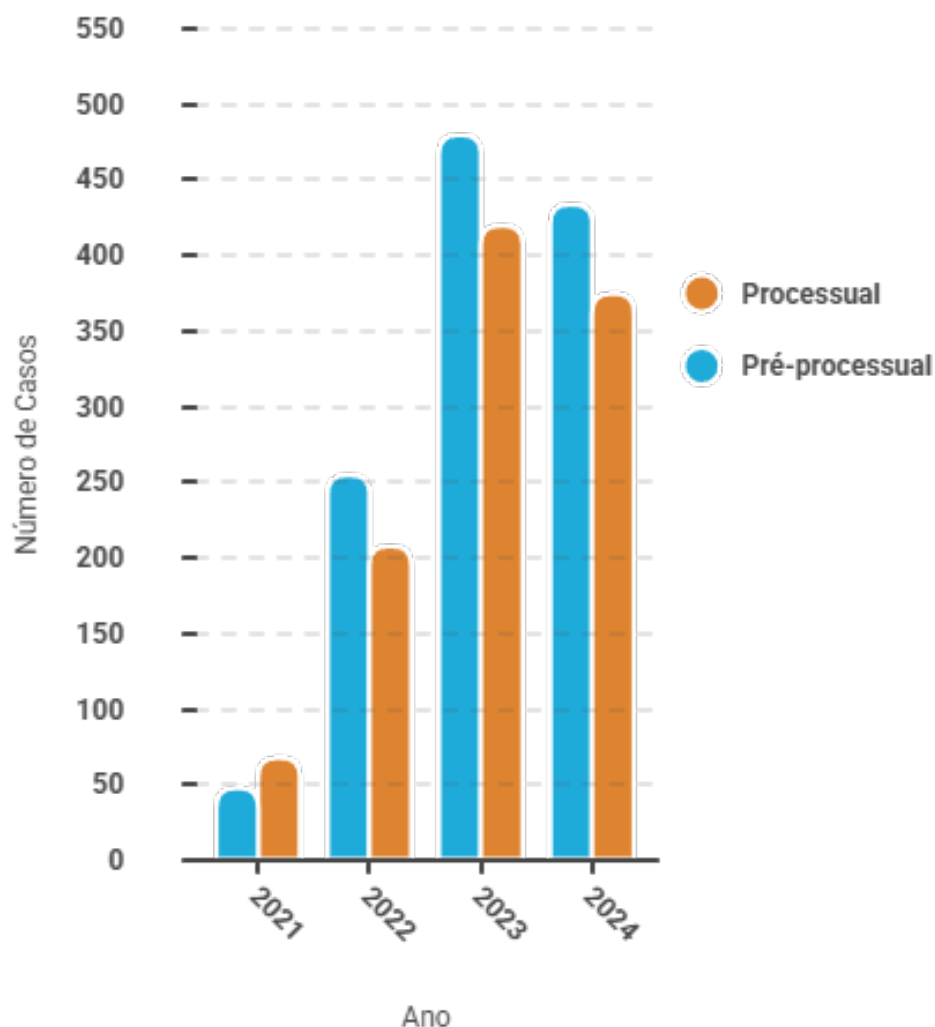
No estágio inicial deste levantamento, em 2021, os indicadores já apontavam para uma maior fluidez no segmento pré-processual. Das 60 demandas registradas nesta categoria, 34 resultaram em acordos efetivos, estabelecendo uma taxa de sucesso de aproximadamente 56,6%. Em contrapartida, o setor processual, embora tenha apresentado um número absoluto de acordos ligeiramente superior (36), lidou com um universo muito mais amplo de 91 demandas, o que reduziu sua eficácia proporcional para cerca de 39,5%. Essa diferença de quase 17 pontos percentuais já sinalizava, precocemente, que a cristalização do conflito através da petição inicial tende a elevar a resistência das partes ou a complexidade dos entraves burocráticos e jurídicos, dificultando a convergência de interesses.

A evolução para o ano de 2023 trouxe à tona o contraste mais acentuado de toda a série histórica, consolidando a via pré-processual como a "porta de entrada" de maior resolutividade do sistema. De acordo com o relatório anual, das 479 audiências pré-processuais realizadas, 437 foram frutíferas, o que representa uma taxa de resolutividade extraordinária de 91,42%. Simultaneamente, o braço processual do Centro de Mediação

das Demandas de Saúde Pública de São Luís realizou 419 audiências, logrando êxito em apenas 199 casos, resultando em um índice de 47,49%. A discrepância de 43,93 pontos percentuais entre as duas modalidades em 2023 é um dado de alto impacto, indicando que a mediação pré-processual é quase duas vezes mais eficaz do que a conciliação realizada após a judicialização da demanda.

Em 2024, a tendência de superioridade da via consensual precoce permaneceu inalterada, mantendo o padrão de alta performance operacional. O Centro executou 433 audiências de natureza pré-processual, alcançando 315 acordos, o que equivale a um aproveitamento de 72,75%. No mesmo período, as audiências processuais totalizaram 374 atos realizados, com 168 composições bem-sucedidas, fixando a eficácia deste setor em 44,92%. Embora tenha ocorrido uma oscilação nos índices em comparação ao ano anterior, a vantagem da via pré-processual manteve-se robusta, com uma diferença de 27,83 pontos percentuais a seu favor. Em termos de números absolutos, a distribuição que se observa quanto a natureza dos acordos é a seguinte:

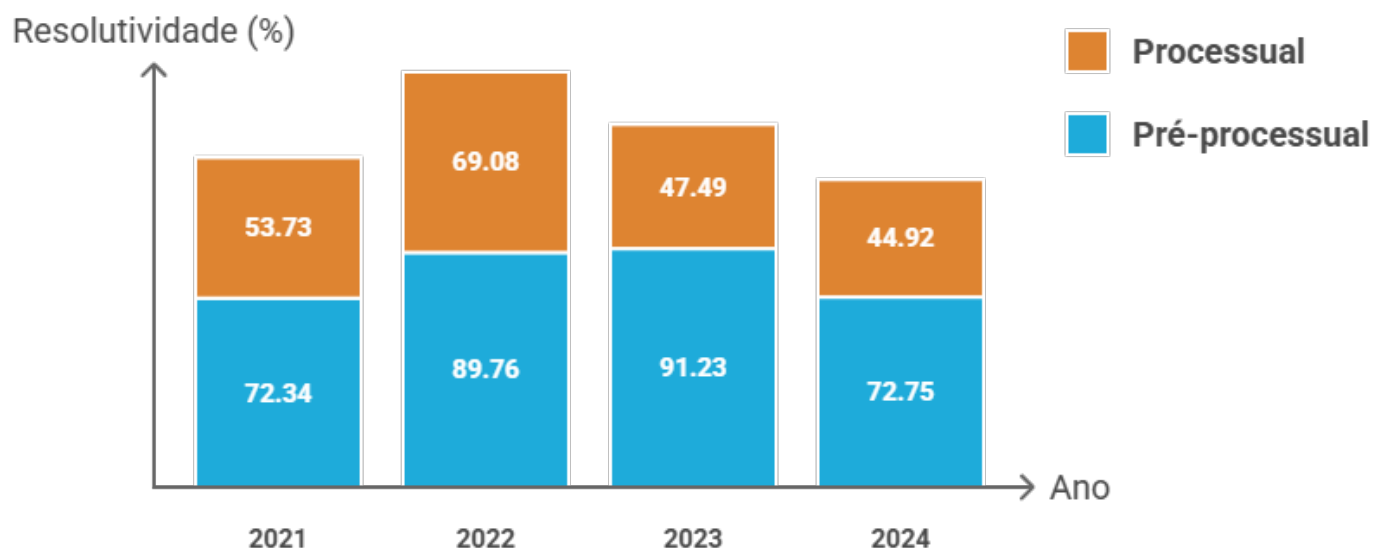
Gráfico 9 - Distribuição em números absolutos comparada por fase processual entre 2021 e 2024.



Fonte: Elaborado pelo autor com base em dados fornecidos pelo CEJUSC Saúde do TJMA

Por outro lado, quanto ao índice de resolutividade, o cenário é diferente. Em que pese a aparente equiparação em termos absolutos, quando observa-se o cenário a partir do índice de resolutividade, é possível depreender outra realidade:

Gráfico 10 - Índice de resolutividade comparada por fase processual entre 2021 e 2024



Índice de resolutividade por fase processual e ano

Fonte: Elaborado pelo autor com base em dados fornecidos pelo CEJUSC Saúde do TJMA

Essa análise comparativa permite inferir que CEJUSC Saúde cumpre uma função social e jurídica estratégica ao priorizar o atendimento pré-processual. Não se trata apenas de desafogar o Poder Judiciário, mas de garantir uma resposta mais célere ao cidadão que busca o direito fundamental à saúde, muitas vezes em situações de urgência. A menor eficácia observada no âmbito processual sugere que, uma vez instaurado o processo judicial, as partes podem adotar posturas mais defensivas ou o conflito pode ser agravado pelo decurso do tempo e pelo desgaste emocional, tornando a mediação um desafio técnico mais complexo. Portanto, os dados estatísticos de 2021 a 2024 confirmam que o fortalecimento da mediação pré-processual é o mecanismo mais eficaz para a gestão sustentável das demandas de saúde pública no estado.

Os dados analisados permitem avançar para uma releitura da própria noção de desjudicialização no âmbito da saúde pública. Tradicionalmente compreendida como a retirada de demandas do Poder Judiciário, a desjudicialização revela, neste contexto, uma dimensão mais profunda, relacionada à sua não constituição enquanto litígio formal. A atuação do Centro, especialmente na fase pré-processual, evidencia que a mediação

sanitária opera de maneira mais eficaz não como mecanismo de resposta a conflitos já instaurados, mas como tecnologia institucional de prevenção, capaz de interromper a escalada conflitiva antes de sua formalização. Trata-se, portanto, de um deslocamento paradigmático: da gestão reativa do conflito para sua antecipação administrativa, o que implica não apenas redução quantitativa de processos, mas transformação qualitativa na forma como o Estado organiza suas respostas às demandas sociais em saúde.

Essa capacidade preventiva revela-se particularmente relevante em contextos como o da saúde pública, nos quais a urgência das demandas torna inadequada a espera por soluções jurisdicionais. Ao atuar antes da formalização do litígio, a mediação permite que o direito fundamental à saúde seja concretizado em tempo oportuno, evitando que a morosidade processual comprometa sua efetividade. Nesse sentido, a maior taxa de resolutividade observada na via pré-processual não decorre apenas de fatores procedimentais, mas da própria natureza ainda fluida do conflito, que, não estando rigidamente estruturado em termos jurídicos, permite maior abertura à negociação e à construção de soluções consensuais. Assim, a mediação precoce atua diretamente sobre a gênese do conflito, reduzindo sua complexidade e aumentando a probabilidade de resolução satisfatória.

É precisamente nesse ponto, em que a antecipação do conflito se articula com a qualificação do processo decisório, que o Estatuto dos Direitos do Paciente adquire especial relevância. Nesse contexto a lei nº 15.378/26 ao reforçar normativamente a centralidade da autonomia e da participação do indivíduo, contribui para consolidar as condições que tornam possível essa atuação preventiva, na medida em que qualifica o diálogo e reduz assimetrias que frequentemente estão na origem dos conflitos. Como debatido anteriormente, quando reconhece expressamente à autodeterminação como a capacidade do paciente de orientar suas escolhas de forma livre e consciente em seu artigo 2º, o Estatuto (BRASIL, 20216) não apenas afasta a lógica paternalista, mas fortalece práticas dialógicas nas quais a construção das soluções se dá de forma compartilhada entre os diversos atores envolvidos.

Tal diretriz normativa encontra ressonância direta na lógica da mediação sanitária, que se estrutura justamente sobre o diálogo, a escuta ativa e a busca por soluções construídas de forma colaborativa. Ao assegurar o direito à informação clara e ao

consentimento informado, o Estatuto cria condições materiais para que o paciente participe das negociações, reduzindo assimetrias informacionais que, não raramente, estão na origem dos conflitos em saúde. Nesse sentido, a mediação deixa de ser apenas um mecanismo alternativo de resolução de disputas e passa a se configurar como espaço privilegiado de concretização da autonomia, no qual o paciente não é mero destinatário de decisões, mas agente ativo na definição dos caminhos terapêuticos.

Além disso, a incorporação da autodeterminação como princípio normativo fortalece a mediação sanitária enquanto instrumento de garantia da eficácia do direito à saúde, especialmente quando articulada à abordagem das capacidades. Ao possibilitar que o indivíduo compreenda, avalie e participe das decisões que afetam sua saúde, amplia-se sua capacidade de agir e de influenciar os resultados que impactam seu bem-estar. Dessa forma, a articulação de tal princípio no âmbito do CEJUSC Saúde pode atuar na promoção de liberdades reais, aproximando a prática institucional de um modelo de justiça mais sensível às necessidades concretas das pessoas.

Outra vantagem reside na promoção do caráter preventivo da mediação sanitária, ao incentivar a construção de ambientes institucionais mais transparentes, participativos e orientados ao diálogo. Ao reduzir assimetrias comunicacionais e valorizar a escuta do paciente, cria-se um contexto mais propício à antecipação de conflitos, evitando sua escalada para a esfera judicial. Nesse sentido, a norma não apenas legitima a mediação como instrumento de gestão de conflitos, mas contribui para sua compreensão como estratégia de reorganização das práticas em saúde, alinhada a um modelo mais cooperativo, eficaz e centrado na pessoa.

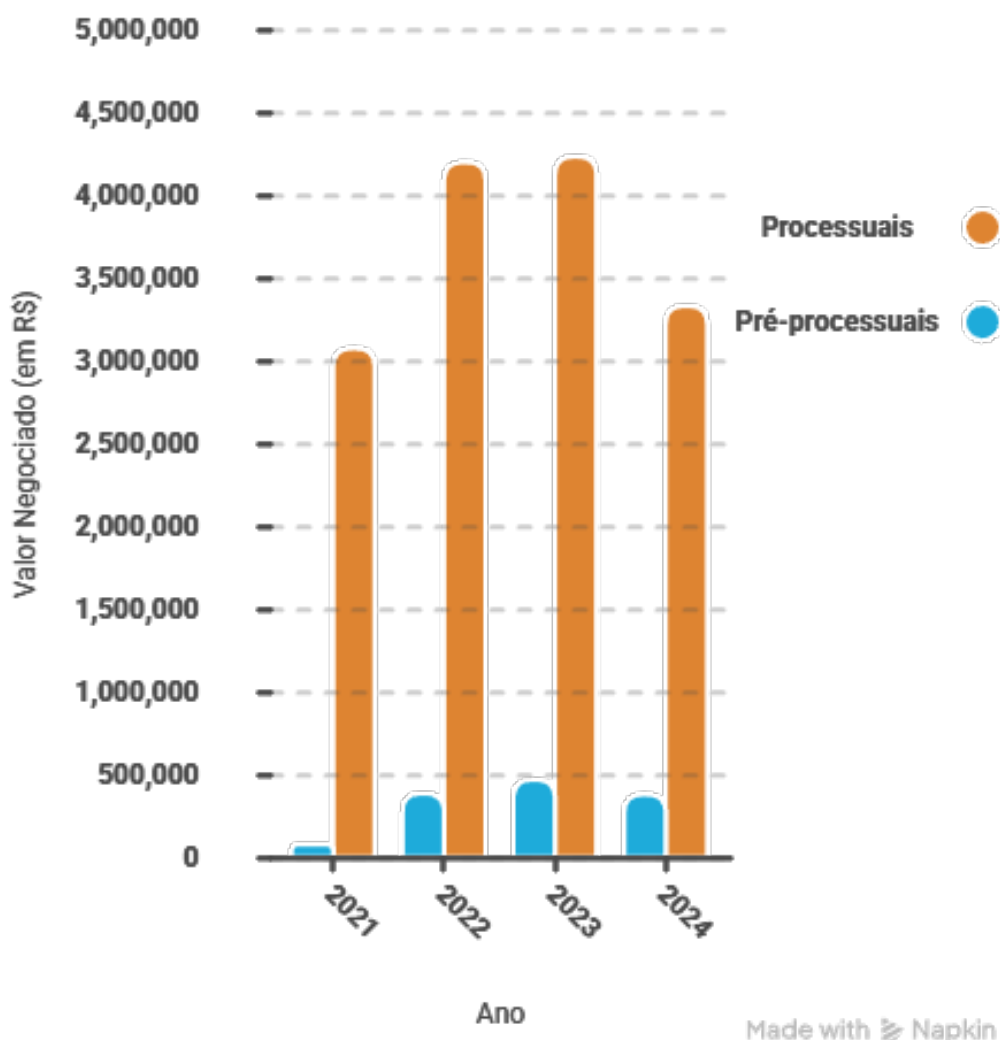
Essa leitura pode ser aprofundada à luz da abordagem das capacidades, desenvolvida por Amartya Sen (1999; 2017), ao evidenciar que a mediação sanitária não se limita à redução de conflitos ou à racionalização de custos, mas contribui para a ampliação das liberdades reais dos indivíduos. Ao possibilitar que demandas de saúde, inclusive as de maior complexidade, sejam discutidas em ambiente dialógico, a mediação favorece a participação do paciente nas decisões que impactam seu bem-estar, transformando o acesso formal em exercício concreto de autonomia.

Todavia, essa potencialidade encontra limites na persistência de elevados valores na fase processual, o que indica que, em muitos casos, a mediação ainda é acionada

tardiamente, quando o conflito já se encontra institucionalizado e mais rígido. Tal cenário evidencia limites estruturais na organização do sistema de justiça e da própria administração pública, bem como no que a mediação e o CEJUSC podem alcançar, que ainda operam, em grande medida, sob uma lógica reativa, acionada apenas após a escalada do conflito. Assim, embora a mediação sanitária represente um avanço sua eficácia depende da consolidação de arranjos institucionais que favoreçam sua atuação precoce e integrada às práticas administrativas em saúde.

Por isso, não obstante esse potencial preventivo e organizacional, a análise empírica dos valores financeiros negociados no âmbito do CEJUSC Saúde entre os anos de 2021 e 2024 revela uma dimensão adicional da mediação sanitária que não se deixa apreender apenas pelos índices de resolutividade. Os dados apontam uma diferença expressiva entre as fases pré-processual e processual: enquanto a primeira concentra maior volume de casos solucionados, a segunda mobiliza valores substancialmente mais elevados, alcançando, em determinados anos, montantes dezenas de vezes superiores. Essa assimetria sugere que os conflitos que avançam para a fase processual tendem a envolver demandas de maior complexidade e impacto econômico, como tratamentos especializados, procedimentos de alta complexidade e fornecimento de medicamentos de alto custo.

Gráfico 11 - Comparativo de Valores Negociados em Acordos no CEJUSC Saúde entre 2021 e 2024 em reais



Fonte: Elaborado pelo autor com base em dados fornecidos pelo CEJUSC Saúde do TJMA

Nesse cenário, embora a fase pré-processual se destaque pela sua elevada produtividade e pela capacidade de evitar a escalada da litigiosidade, a fase processual não pode ser tratada como um espaço residual ou menos relevante. Ao contrário, ainda que apresente taxas de resolutividade inferiores, ela evidencia algo fundamental: a possibilidade real de negociação mesmo em conflitos já judicializados e marcados por maior densidade econômica e técnica. Trata-se de um ambiente em que as posições tendem a estar mais rigidamente estruturadas, o que torna ainda mais estratégico o fato de que acordos continuam sendo possíveis, incentivados e administrados de forma profissional a partir do princípio da autodeterminação do paciente cristalizado no art. 2º,

I do Estatuto dos Direitos do Paciente¹⁷ (BRASIL, 2026).

Justamente nesse ponto é que se revela um dos aspectos mais fundamentais do CEJUSC, a sua capacidade de reabrir o diálogo em situações nas quais o conflito já se encontra institucionalizado. Ao permitir a construção negociada de soluções em casos de alta complexidade, o Centro não apenas contribui para a gestão da litigiosidade, mas também devolve protagonismo aos sujeitos envolvidos, ampliando sua capacidade de participação nas decisões que impactam diretamente suas condições de vida. Desse modo, sua atuação não se esgota na prevenção de conflitos, mas se estende à transformação da própria lógica de tratamento das demandas em saúde, mesmo quando já submetidas ao crivo judicial, alinhando-se a Lógica de Sen (1999).

Além da eficácia resolutiva, o impacto econômico operacional do Centro de Mediação das Demandas de Saúde Pública de São Luís constitui pilar fundamental para a análise de sua relevância no cenário jurídico-administrativo. A dimensão financeira dos acordos celebrados entre 2021 e 2024 reflete não apenas a transferência de recursos, mas a otimização do orçamento público e a celeridade na entrega de serviços essenciais. No ano de 2021, o montante transacionado totalizou aproximadamente 3,14 milhões de reais, valor este impulsionado predominantemente pela esfera processual. Esse cenário evoluiu para uma cifra próxima de 4,58 milhões de reais em 2022, ano em que o setor processual demonstrou uma robustez financeira singular, somando cerca de 4,1 milhões de reais, com destaque para o mês de março, que registrou uma movimentação atípica e superior a 1,4 milhão de reais em um único ciclo mensal.

O ápice financeiro da série histórica foi atingido em 2023, quando o valor total de acordos ultrapassou a marca de 4,69 milhões de reais, consolidando a mediação como uma via economicamente sustentável tanto para o Estado quanto para o cidadão. Em 2024, embora tenha ocorrido uma leve retração para 3,7 milhões de reais, a relevância econômica permaneceu inquestionável, especialmente considerando que tais valores representam a garantia imediata de tratamentos, medicamentos e cirurgias sem o ônus

¹⁷ Lei nº 15.378, de 6 de abril de 2026 que institui o Estatuto dos Direitos do Paciente, como já trabalhado. Art. 2º Para os fins desta Lei, considera-se: I - autodeterminação: capacidade do paciente de autodeterminar-se segundo sua vontade e suas escolhas, livre de coerção externa ou de influência subjugante;

financeiro e temporal de um litígio prolongado. Sob a ótica da gestão de pauta, a eficiência operacional do Centro atingiu níveis de excelência técnica no exercício de 2024. A análise do fluxo de trabalho revela que, das 836 audiências agendadas, o índice de realização efetiva foi de 96,53%, um percentual notável que minimiza o desperdício de atos processuais e recursos humanos.

A baixa incidência de atos não realizados, apenas 5,74% do total, e a ausência completa de absenteísmo por parte dos requerentes e requeridos naquele ano evidenciam alto grau de engajamento institucional e confiança das partes no procedimento. Dentre as raras ocorrências de não realização, o cancelamento motivado pela perda de objeto ou cumprimento espontâneo representou 72,92%, enquanto as redesignações ocuparam apenas 10,42%, o que demonstra uma pauta dinâmica e adaptável às necessidades reais dos jurisdicionados.

A análise do desempenho do Centro de Mediação das Demandas de Saúde Pública de São Luís também pode ser compreendida à luz da abordagem das capacidades desenvolvida por Sen (1999; 2011; 2017; 2018), na medida em que a atuação da mediação sanitária contribui diretamente para a expansão das liberdades substantivas dos indivíduos. Ao viabilizar o acesso célere a tratamentos e procedimentos de saúde, especialmente por meio da via pré-processual, o Centro atua na remoção de privações concretas que limitam o bem-estar dos cidadãos, permitindo que estes transformem direitos formalmente reconhecidos em oportunidades reais de vida digna. Nesse sentido, a mediação não apenas resolve conflitos, mas amplia a capacidade dos indivíduos de alcançar funcionamentos essenciais, como a preservação da saúde e da integridade física, alinhando-se à concepção seniana de desenvolvimento como expansão de liberdades efetivas.

Essa perspectiva sugere que a eficácia da mediação sanitária não se esgota em indicadores quantitativos de acordos celebrados, devendo ser avaliada a partir de seus efeitos concretos sobre a vida dos indivíduos. A antecipação da solução do conflito, característica da atuação pré-processual, evita que o tempo processual se converta em fator de agravamento das condições de saúde, o que, em termos senianos, configuraria uma forma de privação de capacidades. Assim, ao garantir respostas em tempo oportuno, a mediação contribui para a efetividade material do direito à saúde, transformando a

prestação estatal em instrumento de promoção do bem-estar e não apenas em cumprimento formal de obrigações jurídicas.

A trajetória do Centro de Mediação das Demandas de Saúde Pública de São Luís no quadriênio analisado revela a transição de um mecanismo de suporte para um modelo de governança de alta performance. A consolidação de indicadores de resolutividade, que chegaram a superar os 91% na esfera pré-processual, aliada ao manejo de milhões de reais em acordos, posiciona esta unidade como uma referência de desjudicialização. A contribuição do Centro reside na sua capacidade de transformar o conflito em cooperação, reduzindo a pressão sobre o erário e, primordialmente, humanizando o acesso à saúde. Os dados indicam que a aposta na consensualidade pré-processual não é apenas uma alternativa procedimental, mas uma política pública judiciária essencial para a efetivação de direitos fundamentais com responsabilidade fiscal e eficiência administrativa. Portanto, o fortalecimento contínuo desta estrutura é medido positiva para a sustentabilidade do sistema de justiça maranhense frente à crescente complexidade das demandas sanitárias contemporâneas.

Desse modo, a experiência do Centro de Mediação das Demandas de Saúde Pública de São Luís evidencia que a mediação sanitária, ao atuar de forma preventiva e resolutiva, desempenha papel incontornável na garantia de eficácia do direito à saúde. Ao invés de se limitar à formalização de decisões judiciais, o modelo analisado promove a conversão de direitos em capacidades reais, assegurando que os indivíduos não apenas tenham direito à saúde, mas efetivamente possam exercê-lo. Tal constatação reforça a pertinência da abordagem das capacidades como referencial teórico para a análise da desjudicialização, na medida em que permite avaliar não apenas o funcionamento das instituições, mas seus impactos concretos sobre a vida das pessoas.

3.3.1 A eficácia da Mediação Sanitária como ferramenta de Acesso equitativo à Justiça

De forma geral a análise da eficácia da mediação sanitária (Silva, *et al.* 2024), evidencia que sua relevância ultrapassa a mera função de resolução de conflitos, projetando-se como instrumento de qualificação das relações no âmbito da saúde. Não apenas no maranhão, mas outros estudos analisados indicam que a mediação contribui

para a promoção do bem-estar dos envolvidos ao priorizar a participação ativa, o reconhecimento das dificuldades do outro e o respeito às diferenças, favorecendo a construção de soluções mais adequadas às necessidades concretas dos sujeitos. Nesse sentido, a eficácia da mediação não se limita ao resultado formal do acordo, mas se manifesta na transformação das dinâmicas relacionais, especialmente em ambientes marcados por elevada complexidade técnica e intensa interação entre múltiplos atores, como ocorre no setor de saúde (Silva, *et al.* 2024).

Além disso, a literatura revisada aponta que a mediação se revela particularmente eficaz quando articulada a estratégias preventivas de gestão, na medida em que a qualidade da organização dos serviços de saúde constitui fator determinante para a redução do surgimento de conflitos (Silva, *et al.* 2024). Ainda assim, quando os conflitos se instauram, a mediação se apresenta como meio mais adequado em comparação às vias tradicionais, justamente por possibilitar respostas mais ajustadas à pluralidade de interesses envolvidos e por superar as limitações dos modelos estritamente adversariais. Contudo, ressalta-se que a plena eficácia da mediação depende de condições estruturais, como a implementação de políticas públicas específicas e a realização de investimentos institucionais, sem os quais sua aplicação tende a ser limitada ou desigual.

Desse modo, a eficácia da mediação sanitária deve ser compreendida em uma perspectiva ampliada, que articula sua capacidade resolutiva com seu potencial preventivo e transformador. Mais do que um mecanismo técnico de solução de disputas, a mediação configura-se como prática institucional capaz de reorganizar a gestão dos conflitos em saúde, promovendo ambientes mais colaborativos e orientados à satisfação efetiva das necessidades dos indivíduos, desde que inserida em uma estrutura adequada de suporte normativo e organizacional.

No contexto específico do Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania da Saúde do Tribunal de Justiça do Maranhão, essa perspectiva ampliada de eficácia assume contornos concretos, permitindo observar como a mediação sanitária se materializa no plano institucional. A atuação do Centro evidencia uma tentativa de internalizar práticas dialógicas no âmbito da gestão pública da saúde, especialmente por meio da priorização de soluções consensuais em demandas sensíveis, como o acesso a leitos de alta complexidade. Ao operar predominantemente por meio de audiências

virtuais e ao estruturar rotinas voltadas à verificação do efetivo cumprimento dos acordos, o CEJUSC Saúde busca alinhar a resolutividade dos casos à eficácia material das decisões, aproximando a mediação de uma lógica orientada não apenas ao encerramento do conflito, mas à satisfação concreta das necessidades do paciente. É a partir dessa experiência institucional específica que se torna possível, então, examinar com maior precisão os limites e potencialidades do modelo.

A análise empírica do funcionamento do CEJUSC Saúde revela, contudo, limites estruturais relevantes que condicionam o alcance de sua atuação. A unidade opera com um quadro reduzido de pessoal efetivo, composto essencialmente por uma secretária geral, um servidor administrativo e uma mediadora oficial, contando ainda com o apoio de onze conciliadores e mediadores voluntários. Tal configuração apresenta uma dependência acentuada de vínculos não permanentes, o que, embora denote engajamento e compromisso institucional, também expõe fragilidades em termos de continuidade, estabilidade e capacidade de expansão do serviço, sobretudo diante da complexidade das demandas tratadas. Soma-se a isso a limitação da estrutura física, com apenas duas salas destinadas às audiências processuais, atualmente realizadas de forma integralmente virtual, o que, mesmo com uma média de nove atendimentos diários, indica uma capacidade operacional restrita frente ao volume crescente de demandas em saúde.

Essa limitação torna-se ainda mais sensível quando, conforme os dados coletados diretamente no CEJUSC Saúde, se considera a natureza dos conflitos enfrentados pelo Centro, majoritariamente relacionados à transferência de pacientes para leitos de alta complexidade, nos quais o tempo de resposta é elemento decisivo para a preservação da vida e da integridade física. Nesses casos, a mediação não atua sobre demandas de baixa densidade, mas sobre situações críticas que exigem articulação rápida entre diferentes entes e níveis de atenção à saúde. Ainda assim, a estrutura disponível sugere que a atuação do CEJUSC se dá sob permanente tensão entre a capacidade instalada e a magnitude das necessidades apresentadas, o que pode comprometer sua expansão e sua replicabilidade em maior escala.

Além disso, a própria virtualização integral das audiências, embora represente uma estratégia de adaptação e ampliação do alcance do serviço, também suscita

questionamentos quanto à sua capacidade de garantir participação equitativa, especialmente em contextos marcados por desigualdades digitais e dificuldades de acesso a meios tecnológicos. Assim, embora a mediação sanitária demonstre grande potencial, sua operacionalização concreta revela que sua eficácia está condicionada a fatores estruturais e institucionais que, se não enfrentados, podem limitar seu impacto e, em certa medida, reproduzir assimetrias já presentes no sistema de saúde e no acesso à justiça.

Não obstante tais limitações, a dinâmica de funcionamento do CEJUSC Saúde revela elementos que qualificam sua atuação como orientada à eficácia do direito à saúde. A predominância de demandas relacionadas à transferência de pacientes para unidades de maior complexidade evidencia que a mediação incide sobre casos de elevada urgência e impacto, nos quais o tempo de resposta é determinante. Ademais, a metodologia adotada para a validação dos acordos, que exige a confirmação direta, por meio de contato com o paciente, acerca do efetivo atendimento da demanda, confere maior fidedignidade aos resultados, afastando uma leitura meramente formal dos índices de resolução e aproximando a análise da efetividade material das soluções construídas.

Sob a perspectiva da abordagem das capacidades, desenvolvida por Sen (1999; 2017), tais elementos assumem papel central, na medida em que permitem compreender que a atuação do CEJUSC não se limita à produção de acordos, mas se orienta à ampliação das liberdades reais dos indivíduos. Ao direcionar o acesso em tempo oportuno a leitos, consultas e procedimentos, a mediação parece contribuir diretamente para a remoção de privações concretas que afetam a saúde e a dignidade dos pacientes, convertendo direitos formalmente reconhecidos em oportunidades efetivas de cuidado.

Não obstante tais elementos, a incorporação da abordagem das capacidades à análise da mediação sanitária exige cautela quanto ao alcance das inferências possíveis. Considerando que os dados aqui examinados são de natureza quantitativa, não é possível afirmar, em nível individual, a efetiva ampliação das capacidades dos usuários ou a realização de justiça material em cada caso concreto.

Ainda assim, a teoria desenvolvida por Amartya Sen (1999; 2017) permite compreender que a efetividade de um direito não se esgota na sua previsão normativa ou na existência de mecanismos institucionais, mas depende das condições concretas

que possibilitam aos indivíduos acessar, utilizar e se beneficiar desses mecanismos. Nesse sentido, mais do que aferir resultados individuais, torna-se relevante examinar em que medida o arranjo institucional analisado amplia o conjunto de oportunidades disponíveis aos usuários do sistema de saúde.

Sob essa perspectiva, os dados do CEJUSC Saúde podem ser interpretados como indicativos da criação de condições institucionais potencialmente favoráveis à ampliação de determinadas possibilidades de ação. A elevada resolutividade na fase pré-processual, por exemplo, sugere a existência de um canal capaz de antecipar respostas estatais, reduzindo a necessidade de judicialização e, conseqüentemente, as barreiras associadas ao processo judicial tradicional.

Do mesmo modo, o volume de acordos celebrados aponta para a consolidação de um espaço de resolução extrajudicial de conflitos, ampliando o conjunto de alternativas institucionais disponíveis aos indivíduos. Já a concentração de valores mais elevados na fase processual indica que a mediação não se restringe a demandas de baixa complexidade, mas também se insere no tratamento de conflitos com maior impacto econômico, o que sugere sua atuação em diferentes níveis de resposta institucional.

Nessa linha, a contribuição da mediação sanitária pode ser compreendida, à luz da abordagem das capacidades, não como a comprovação de resultados individuais, mas como a expansão das condições institucionais que tornam possível o exercício do direito à saúde em contextos concretos.

Essa constatação dialoga com a compreensão de que o direito à saúde, embora universalmente assegurado no plano normativo, encontra limites concretos em sua realização, especialmente em contextos marcados por desigualdades estruturais. Nesse sentido, como aponta a doutrina, a eficácia desse direito depende não apenas de sua previsão jurídica, mas das condições reais de acesso aos serviços de saúde, o que evidencia a importância de mecanismos institucionais capazes de reduzir tais barreiras e promover maior equidade na distribuição das prestações sanitárias.

Desse modo, ainda que a mediação sanitária não seja capaz de superar, por si só, as limitações estruturais do sistema de saúde e do próprio sistema de justiça, a experiência do CEJUSC Saúde evidencia um avanço institucional relevante. Ao atuar simultaneamente na antecipação, resolução e qualificação dos conflitos, o Centro

contribui para a construção de um modelo mais acessível, participativo e sensível às necessidades concretas dos indivíduos. Sob a leitura das capacidades e da equidade no acesso, sua atuação revela um panorama positivo, na medida em que amplia as possibilidades reais de concretização do direito à saúde, mesmo em um contexto marcado por restrições estruturais.

À luz desse cenário, a análise pode ser aprofundada a partir da abordagem das capacidades, formulada por Amartya Sen (1999; 2017), e da concepção de universalidade do direito à saúde desenvolvida por Ramos (2012), segundo a qual a efetivação desse direito está intrinsecamente vinculada à promoção de igualdade de oportunidades e à superação de desigualdades estruturais. Sob essa perspectiva, a mediação sanitária, tal como operacionalizada no CEJUSC Saúde, revela-se um instrumento que, embora limitado em termos estruturais, atua diretamente na ampliação das liberdades reais dos indivíduos.

Ao possibilitar o acesso tempestivo a prestações essenciais de saúde, a mediação não apenas resolve conflitos, mas contribui para a remoção de privações concretas que comprometem a dignidade e a própria possibilidade de exercício de outras liberdades. Nessa medida, o acesso à mediação, quando eficazmente estruturado, projeta-se para além da lógica processual, assumindo papel fundamental na eficácia material do direito à saúde.

Contudo, como também evidenciado na reflexão sobre a universalidade do direito à saúde, a persistência de desigualdades de acesso, seja por limitações institucionais do próprio CEJUSC, seja por barreiras estruturais mais amplas do sistema de saúde, indica que tais mecanismos não são, por si sós, suficientes para assegurar justiça distributiva plena no campo sanitário. A existência de restrições operacionais, aliada à complexidade das demandas e às assimetrias sociais, revela que a mediação, embora eficaz, atua dentro de um sistema que ainda reproduz desigualdades.

Portanto, é precisamente nessa tensão entre limites e possibilidades que o CEJUSC Saúde se estabelece como avanço institucional relevante. Não se trata de compreendê-lo como solução definitiva para as iniquidades em saúde, mas como prática concreta que, ao promover diálogo, participação e acesso eficaz, contribui para a

construção progressiva de um modelo mais equitativo de justiça e de realização do direito à saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente investigação partiu da constatação de um cenário de crescente judicialização da saúde, especialmente no contexto brasileiro e, de forma mais específica, no Estado do Maranhão, no qual a busca pela concretização do direito fundamental à saúde tem sido progressivamente deslocada para o Poder Judiciário. Nesse contexto, formulou-se o problema de pesquisa voltado a compreender em que medida o Centro de Mediação de Saúde Pública da Comarca da Ilha de São Luís/MA contribui para a desjudicialização das demandas sanitárias, promovendo soluções equitativas e ampliando o acesso à justiça.

A análise desenvolvida ao longo da dissertação permite afirmar que o problema de pesquisa foi adequadamente enfrentado e respondido. Os dados empíricos demonstraram que o referido centro desempenha papel relevante na reorganização do tratamento dos conflitos sanitários, especialmente ao apresentar elevada resolutividade na esfera extrajudicial, o que evidencia sua capacidade de atuar preventivamente, evitando o ingresso de novas demandas no sistema judicial. Esse achado é particularmente significativo na medida em que desloca o eixo da atuação institucional do momento posterior ao conflito para uma dimensão anterior à sua judicialização, indicando uma reconfiguração importante na forma de acesso à justiça em matéria de saúde.

De outro lado, a análise também revelou que, no âmbito judicial, a mediação concentra expressivo volume de recursos financeiros, o que evidencia que o instrumento não se limita à prevenção de litígios, mas assume igualmente função relevante no tratamento de demandas já judicializadas, especialmente aquelas de maior impacto econômico. Esse dado revela uma dimensão muitas vezes negligenciada da mediação sanitária, qual seja, sua inserção na dinâmica de gestão financeira das demandas públicas em saúde, o que impõe uma leitura mais complexa de sua atuação institucional.

No que se refere à hipótese de pesquisa, esta foi confirmada. Verificou-se que a implementação do Centro de Mediação de Saúde Pública constitui instrumento eficaz de desjudicialização, ao passo que contribui para a construção de soluções mais céleres e, em alguma medida, mais ajustadas às especificidades dos conflitos sanitários. Contudo,

a confirmação da hipótese não se dá de forma absoluta ou acrítica. A análise dos dados impõe reconhecer que a eficácia do modelo está condicionada a fatores estruturais que escapam ao próprio desenho institucional da mediação, especialmente no que diz respeito à articulação com as políticas públicas de saúde e à capacidade de resposta do sistema administrativo.

Nesse sentido, embora os resultados evidenciem ganhos importantes em termos de redução da litigiosidade e reorganização do tratamento das demandas, a pesquisa também revela tensões que não podem ser ignoradas. A inserção da mediação sanitária no âmbito do Poder Judiciário levanta questionamentos sobre os limites de sua autonomia e sobre o risco de que a lógica consensual acabe por reproduzir, ainda que de forma mitigada, as mesmas assimetrias presentes no modelo adjudicatório tradicional. Ademais, a concentração de valores expressivos nas mediações judiciais pode indicar que o instrumento, em determinados casos, opera mais como mecanismo de gestão de passivos do que propriamente como ferramenta de transformação estrutural do sistema de saúde.

Além dos aspectos já destacados, cumpre enfatizar que os impactos positivos da mediação sanitária transcendem a mera redução quantitativa de demandas judiciais, projetando efeitos relevantes sobre a própria racionalidade institucional do sistema de justiça e da gestão pública em saúde. A atuação do Centro de Mediação de Saúde Pública evidencia a possibilidade de construção de respostas mais coordenadas entre os atores envolvidos, favorecendo a circulação de informações, a aproximação entre usuários e administração pública e a adoção de soluções mais ajustadas às necessidades concretas dos casos. Esse movimento contribui para a redução de decisões fragmentadas e potencialmente desiguais, típicas do modelo estritamente adjudicatório, ao mesmo tempo em que promove maior previsibilidade no tratamento das demandas sanitárias. Ademais, ao viabilizar a solução consensual de conflitos em tempo mais oportuno, o modelo tende a mitigar o agravamento de situações de saúde e a evitar custos indiretos decorrentes da demora na prestação estatal, reforçando sua relevância não apenas jurídica, mas também social e administrativa.

Outro ponto crítico diz respeito à própria mensuração da equidade. A opção metodológica pela técnica quantitativa mostrou-se adequada para aferir a eficácia do

modelo em termos de resolutividade e volume de acordos, mas revela limitações importantes no que concerne à análise da qualidade dessas soluções e à sua capacidade de produzir resultados equitativos no plano material. Nesse aspecto, a pesquisa indica que a eficácia, tal como mensurada, não se confunde automaticamente com a promoção de equidade, o que demanda cautela na interpretação dos resultados.

A partir dessas constatações, emergem novos problemas de pesquisa que indicam a necessidade de aprofundamento do tema. Destacam-se, nesse sentido, a investigação qualitativa dos acordos celebrados, a análise da percepção dos usuários acerca do procedimento de mediação, bem como o estudo dos impactos de longo prazo dessas soluções sobre a concretização do direito à saúde. Além disso, mostra-se relevante examinar em que medida a mediação sanitária pode ser integrada de forma mais orgânica às políticas públicas, superando sua atual condição de instrumento predominantemente reativo.

Apesar dessas limitações e tensões, não se pode ignorar os resultados positivos evidenciados pela pesquisa. O Centro de Mediação de Saúde Pública da Comarca da Ilha de São Luís/MA demonstra ser um instrumento eficaz de desjudicialização e de ampliação do acesso à justiça em matéria sanitária. Sua capacidade de combinar elevada resolutividade extrajudicial com atuação relevante no tratamento de demandas economicamente sensíveis no âmbito judicial revela um modelo que, embora ainda em processo de consolidação, apresenta potencial concreto de contribuir para a reconfiguração das formas de tratamento dos conflitos em saúde.

Conclui-se, portanto, que a mediação sanitária, tal como implementada no contexto analisado, não constitui solução definitiva para os problemas estruturais da judicialização da saúde, mas se apresenta como mecanismo institucional relevante, capaz de produzir efeitos concretos sobre o sistema de justiça e sobre o acesso ao direito à saúde. Sua eficácia, contudo, deve ser compreendida de forma situada, condicionada e aberta a aprimoramentos, sob pena de se incorrer em leituras excessivamente otimistas que não correspondem à complexidade do fenômeno analisado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABUD, Carol de Oliveira; OLIVEIRA, Danilo de; LAMY, Marcelo. Marcos jurídicos e conceituais da saúde: saúde individual, saúde social, saúde ambiental e saúde socioambiental. In: Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito (CONPEDI). **Direito e saúde**. Florianópolis: CONPEDI, 2023. p. 210-227.

AGER, S. L. **Interstate arbitrations in the Greek world**, 337–90 B.C. Berkeley: University of California Press, 1996.

AGUIAR, Julio Cesar; HABER, Melina Tostes. Controle jurídico das políticas públicas: uma análise a partir dos conceitos de eficácia, efetividade e eficiência. **A&C – Revista de Direito Administrativo & Constitucional**, Belo Horizonte, ano 17, n. 70, p. 257–280, out./dez. 2017. DOI: <https://doi.org/10.21056/aec.v17i70.823>

AKERMAN, M.; INOJOSA, R. **Intersetorialidade**: reflexões sobre o conceito e práticas. São Paulo: Instituto de Saúde, 1998.

ALBERT, I. E.; AWE, T.; HERAULT, G.; OMITOOGUN, W. **Informal channels of conflict resolution in Ibadan, Nigeria**. Ibadan: Institut Français de Recherche en Afrique, 1995.

ALBRECHT, Cristina Arthmar Mentz; ROSA, Roger dos Santos; BORDIN, Ronaldo. O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 115–128, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017162684>.

ALBUQUERQUE, Felipe Braga; PEREIRA, Fabricia Helena Linhares Coelho Da Silva. Os conflitos do SUS mediados pelo conhecimento técnico em saúde. In: **WEBCONGRESSO INTERNACIONAL DE DIREITO SANITÁRIO**, 2017. Anais [...]. [S. l.]: [s. n.], 2017.

ALEXY, Robert. **Teoria dos direitos fundamentais**. Tradução de Virgílio Afonso da Silva. 2. ed. São Paulo: Malheiros, 2008.

ALMEIDA, Tania. Mediação e conciliação: dois paradigmas distintos, duas práticas diversas. In: SOUZA, Luciane Moessa de (coord.). **Mediação de conflitos**: novo paradigma de acesso à justiça. 2. ed. Santa Cruz do Sul: Essere nel Mondo, 2015.

ALVES, Nathalia Azevedo; OLIVEIRA, Vitória Ingrid Gomes de; COELHO, Adriana de Oliveira Leite; BRANDÃO, Marileny Boechat Frauches; RODRIGUES, Suely Maria; ROCHA, Lissandra Lopes Coelho. A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE COMO DESAFIO ORÇAMENTÁRIO: IMPACTOS E PERSPECTIVAS DE GESTORES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Revista Políticas Públicas & Cidades**, [S. l.], v. 14, n. 1, p. e1647, 2025. DOI: 10.23900/2359-1552v14n1-103-2025. Disponível em: <https://journalppc.com/RPPC/article/view/1647>. Acesso em: 02 dez. 2025.

ALMEIDA, Natalie Maria de Oliveira de; CAMARÃO, Felipe Costa; RAMOS, Edith Maria Barbosa. Judicialização, Saúde e Justiça: proposta da mediação sanitária como instrumento de justiça consensual. **Unisanta Law And Social Science**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 87-99, 1 dez. 2021. Disponível em:

<https://periodicos.unisanta.br/LSS/article/view/848>. Acesso em: 24 mar. 2026.

ANDRADE, Thaís de Camargo Oliveira Rufino; LAMY, Marcelo. A mediação como mecanismo de tutela do direito à saúde. In: LAMY, Marcelo (org.). **Temas avançados de direito da saúde: tutelas jurídicas da saúde**. São Paulo: Matrioska Editora, 2020. p. 135-148.

ARAÚJO, Kátia Patrícia de. **Reserva do possível: os direitos fundamentais frente à escassez de recursos**. *Revista Acadêmica*, v. 83, 2011.

ARISTÓTELES. **Retórica**. Livro I, 13, 1373b.

AUERBACH, J. S. **Justice without law?** Resolving disputes without lawyers. New York: Oxford University Press, 1983.

BAPTISTA, Thiago; SILVA, Camila; OLIVEIRA, Fernanda. **Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil**. Texto para Discussão, Brasília: Ipea, n. X, 2009.

BARBOSA, José Aristóbulo Caldas Fiquene; SOUZA, Carolina; MILONE, Constância; LOBO, Débora Castilho Moreira Silva; VARSANO, Gabriela; FINS, Ian Velásquez. **Um passo além: o Tribunal de Contas da União na solução consensual dos conflitos com a Administração Pública**. 2023. Monografia (3º lugar – categoria Sociedade Civil, Prêmio Ministro Guilherme Palmeira) – Tribunal de Contas da União, Brasília, 2023. Disponível em: <https://sites.tcu.gov.br/recursos/premio-guilherme-palmeira-2023/vencedores-2023/Monografias%20-%20Sociedade%20Civil/3LugarSociedadeCivil-PMGP-2023.pdf>. Acessado em: 10 de jul. de 2025.

BARRETT, J. T. A win-win approach to collective bargaining: The P.A.S.T. model. **Labor Law Journal**, v. 41, n. 1, p. 41–44, 1990.

BARRETT, J. T. Mediation in civil rights. **Monthly Labor Review**, v. 90, n. 7, p. 44–46, 1967.

BARRETT, J. T. Mediation: An alternative to violence. **Journal of Urban Law**, v. 47, n. 1, p. 157–163, 1969-1970.

BARRETT, J. T. The origin of mediation: **The United States Conciliation Service in the U.S. Department of Labor**. Falls Church: Friends of FMCS History Foundation, 1995.

BARRETT, Jerome T.; BARRETT, Joseph P. **A History of Alternative Dispute Resolution: The Story of a Political, Cultural, and Social Movement**. San Francisco: Jossey-Bass, 2004.

BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Jurisprudência Mineira**, Belo Horizonte, ano 60, n. 188, p. 29–60, jan./mar. 2009.

BARTLEY, Mel. **Health Inequality: An Introduction to Theories, Concepts and Methods**. Cambridge: Polity Press, 2004.

BATISTELLA, Carlos. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Dalva (org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BERMEJO VEGA, Joanna Esther. **La protección constitucional del medio ambiente: análisis de su eficacia jurídica en el Perú, 2025**. 2026. Tesis (Maestría en Derecho) – Universidad José Carlos Mariátegui, Moquegua, 2026.

BERNHARDT, J. **The division of conciliation: Its history, activities and organization**. Baltimore: Johns Hopkins Press, 1923.

BERTALANFFY, Ludwig von. **Teoria geral dos sistemas: fundamentos, desenvolvimento e aplicações**. 3 ed. Tradução Francisco M. Guimarães. Petrópolis: Vozes, 2008. 360p. Título original: General system theory.

BLACK REPORT. **Inequalities in Health: The Black Report and the Great Divide**. Londres: Department of Health and Social Security, 1980.

BOETTKE, Peter J.; LEE, Frederic S. “The Austrian and Chicago Schools of Economics: Methodological Dualism, Empirical Pluralism, and Neuroscience”. In: BACKHOUSE, Roger E.; SALERNO, Joseph T. (eds.). **Cambridge Companion to Austrian Economics**. Cambridge: Cambridge University Press, 2008. p. 291–310.

BOSCATTO, Neuri Antônio; ZAMBAM, Neuro José. Método autocompositivo de mediação e conciliação, sob a visão da argumentação pública de Amartya Sen. **Revista Paradigma**, Ribeirão Preto-SP, a. XXIX, v. 33, n. 1, p. 200–214, jan./abr. 2024. DOI: 10.55839/2318-8650RevParRPv33n1pa200-214.

BOSCATTO, Neuri Antônio; ZAMBAM, Neuro José. O papel da mediação e conciliação na redução das desigualdades sociais: uma abordagem a partir das capacidades (capabilities) em Amartya Sen. In: ZAMBAM, Neuro José; KUJAWA, Henrique; PIERDONÁ, Zélia Luiza; FERRARO, Alceu (orgs.). **Cidadania, debate público e seguridade social a partir de Amartya Sen**. Caxias do Sul: EducS, 2020. p. 24–38.

BOSCATTO, Neuri Antônio; ZAMBAM, Neuro José. Políticas públicas de conciliação e mediação para solução de conflitos: abordagem a partir de Amartya Sen. **Revista da AGU**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 183–204, abr./jun. 2022.

BOVO, Flávia Afini. **A Conciliação como Política Pública de Acesso à Justiça**: um estudo sobre o CEJUSC de Palmas-TO. Dissertação (Mestrado em Prestação Jurisdicional e Direitos Humanos) – Universidade Federal do Tocantins, Palmas, 2018.

BRAGA NETO, Adolfo. Mediação de conflitos: conceito e técnicas. In: SALLES, C. A.; LORENCINI, M. A. G. L.; SILVA, P. E. A. da (Coords.). **Negociação, mediação e arbitragem**. São Paulo: Método, 2012.

BRANCO, Marcos André de Sousa; CAMARGO, Maria Emilia. **Centros judiciários de solução de conflitos e cidadania (CEJUSCs) em Pernambuco**: benefícios, dificuldades e impactos no sistema judiciário. 1. ed. São Paulo: Arché, 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). **Justiça em Números 2025**. Brasília, DF: CNJ, 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 125, de 29 de novembro de 2010**. Dispõe sobre a Política Judiciária Nacional de tratamento adequado dos conflitos de interesses no âmbito do Poder Judiciário. *Diário da Justiça Eletrônico*, Brasília, DF, 2 de dezembro de 2010. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/atos-normativos?documento=156>. Acesso em: 10 de abril de 2026.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 de abril de 2026.

BRASIL. **Decreto nº 2.088, de 17 de junho de 1992**. Promulga o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 18 de junho de 1992. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d2088.htm. Acesso em: 10 de abril de 2026.

BRASIL. **Decreto nº 3.321, de 19 de abril de 1999**. Promulga o Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de direitos econômicos, sociais e culturais (Protocolo de San Salvador). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 de abril de 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3321.htm. Acesso em: 10 de abril de 2026.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União: seção 1,

Brasília, DF, 14 de setembro de 2000. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em:
10 de abril de 2026.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015**. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 18 de março de 2015. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm. Acesso em:
10 de abril de 2026.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 de dezembro de 2016. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em:
10 de abril de 2026.

BRASIL. **Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015**. Dispõe sobre a mediação entre particulares como meio de solução de controvérsias e sobre a autocomposição de conflitos no âmbito da administração pública. Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13140.htm. Acesso em: 10 de abril de 2026.

BRASIL. **Lei nº 13.655, de 25 de abril de 2018**. Inclui no Decreto-Lei nº 4.657, de 4 de setembro de 1942 (Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro), disposições sobre segurança jurídica e eficiência na criação e na aplicação do direito público. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13655.htm. Acesso em: 10 de abril de 2026.

BRASIL. **Lei nº 15.378, de 6 de abril de 2026**. Institui o Estatuto dos Direitos do Paciente. Brasília, DF: Presidência da República, 2026. Disponível em:
<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2026/lei-15378-6-abril-2026-798918-publicacaooriginal-178753-pl.html>. Acesso em: 10 de abril de 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 de abril de 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário n. 271.286 AgR/RS**. Relator: Min. Celso de Mello. Segunda Turma. Julgado em 29 de agosto de 2000. Diário da Justiça, Brasília, 24 nov. 2000.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário n. 436.996/SP**. Relator: Min. Celso de Mello. Segunda Turma. Julgado em 2005. Informativo STF n. 407, Brasília, 2005.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **STF - Suspensão de Tutela Antecipada – STA nº 91/AL**, Relator: Min. PRESIDENTE, J. 26/02/2007. DJ 05/03/2007. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2466232> Acesso em 12 dez. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **STF – Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental - ADPF: 45 DF**, Relator: Min. Celso de Mello, j. 29/04/2004; DJ 04/05/2004. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo345.htm>. Acesso em: 15 nov. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **STF – Agravo de Regimento em Suspensão de Tutela Antecipada - STA 175/AgR-CE**. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=610255>. Acesso em: 09 dez. 2025.

BRAVEMAN, Paula. What are health disparities and health equity? We need to be clear. **Public Health Reports**, v. 129, supl. 2, p. 5–8, jan./fev. 2014. DOI: 10.1177/00333549141291S203. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3863701/>. Acesso em: 10 de abril de 2026.

BRAVEMAN, Paula; EGERTER, Susan; WILLIAMS, David R. The social determinants of health: coming of age. **Annual Review of Public Health**, v. 32, p. 381–398, 2011. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-031210-101218. Disponível em: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031210-101218>. Acesso em: 10 de abril de 2026.

BRYANT, Toba. Introduction to the Handbook on the Social Determinants of Health. In: BRYANT, Toba (ed.). **Handbook on the Social Determinants of Health**. Cheltenham: Edward Elgar Publishing, 2025. p. 1–11. DOI: <https://doi.org/10.4337/9781035302093.00004>

BUDIAN, Raluca Cosmina; BLAGA, Oana Maria. Roma Community and Health Inequalities during the COVID-19 Pandemic in Romania: The Role of Health Mediators. **Anthropological Journal of European Cultures**, [s. l.], v. 33, n. 1, p. 105-118, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.3167/ajec.2024.330110>. Acesso em: 25 jan. 2026.

BURGINSKI, Vanda Micheli; SOARES, Paulo Sérgio Gomes (org.). **Direitos humanos e direito à saúde: perspectivas críticas**. Palmas, TO: EDUFT, 2021. ISBN 978-65-89119-94-4

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

CABRAL, Trícia Navarro Xavier; ZANETI JÚNIOR., Hermes (coord.). **Grandes temas do CPC: justiça multiportas – mediação, conciliação, arbitragem e outros meios de solução adequada para conflitos**. Salvador: Juspodivm, 2016.

CALMON, Petronio. **Fundamentos da mediação e da conciliação**. 2. ed. Brasília: Gazeta Jurídica, 2013.

CAPPELLETTI, Mauro; GARTH, Bryant. **Acesso à justiça**. Tradução e revisão de Ellen Gracie Northfleet. Porto Alegre: S. A. Fabris, 1988.

CARVALHO EC, SOARES SSS, ANDRADE KBS de, SOUZA PD de O, BRANCO V. N. Judicialização da saúde: reservado possível e mínimo existencial. **Cogit. Enferm.**2021. Acesso em 17 de março de 2026. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.76406>

CARVALHO, Cristiane M. Judicialização da saúde, acesso à justiça e efetividade do direito: análise do fornecimento de medicamentos no TJ RJ. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 525–545, 2006.

CEBOLA, Cátia Marques. **Mediação: uma nova cultura de gestão de conflitos**. Coimbra: Almedina, 2011.

CEBOLA, Cátia. **Mediação e Direito Administrativo: a construção de uma cultura de consenso**. Lisboa: Almedina, 2014.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). Painel Saúde — **Justiça em Números**. Disponível em: <https://justica-em-numeros.cnj.jus.br/painel-saude/>. Acesso em: dia mês ano.

COPATTI, Livia Copelli; OLIVEIRA, Luthyana Demarchi de; BRIANCINI, Valkiria. Mediação como política pública de promoção da cidadania e desenvolvimento. In: ZAMBAM, Neuro José; KUJAWA, Henrique; PIERDONÁ, Zélia Luiza; FERRARO, Alceu (orgs.). **Cidadania, debate público e seguridade social a partir de Amartya Sen**. Caxias do Sul: Educs, 2020. p. 54–71.

CORPORACIÓN LATINOBARÓMETRO. **Latinobarómetro 2024: resultados por país**. Santiago do Chile: Corporación Latinobarómetro, 2024

COSTA, Ana Paula Ferreira Santos da; SOUZA, Renata Fernanda Oliveira de; CARDOSO, Viviane Amélia Ribeiro; BARBOSA, Dolvani da Costa; MILWARD-DE-AZEVEDO, Julianne Alvim. Métodos de avaliação nas unidades de conservação no Brasil: um olhar sobre os conceitos de eficiência, eficácia e efetividade. In: **Simpósio**

De Gestão Ambiental e Biodiversidade, 5., 2016, Três Rios (RJ). Anais. Três Rios: [s.n.], 2016. p. 172–178.

COSTA, Andressa Silva Bonfim da. A judicialização da saúde e a mediação como forma alternativa de solução de conflitos: estudo de caso CAMEDS. In: **Encontro de Administração da Justiça** (ENAJUS), 2023, Brasília. Anais... Brasília: ENAJUS, 2023.

CUNHA, Jarbas Ricardo Almeida. **A efetivação constitucional do direito à saúde no Brasil**: alternativas jurídicas para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). 2020. 328 f., il. Tese (Doutorado em Direito) — Universidade de Brasília, Brasília, 2020.

CUTRIM FILHO, Pedro Bergê. **A desjudicialização da usucapião imobiliária**: o papel dos cartórios de registro de imóveis do Termo Judiciário de São Luís na prevenção de litígios após a vigência do Código de Processo Civil de 2015. 2025. 168 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Direito/CCSO) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2025.

DA RODA, Arménio Alberto Rodrigues; INÁCIO, Charles Sergio. FUNDAMENTOS POLÍTICOS, FILOSÓFICOS E ECONÔMICOS SOBRE A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL. **Humanidades & Inovação**, v. 12, n. 2, p. 275–289, 2025.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 57–63, fev. 1988. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101988000100008>

DALLARI, Sueli Gandolfi. A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 9–34, nov. 2008. Disponível em: https://revistas.usp.br/rdisan/pt_BR/issue/view/1051. Acesso em 15 de jul. 2025.

DALTO, Karla Karoline Soares; PIRES, Mônica de Moura; AGUIAR, Paulo César Bahia de. Desenvolvimento como liberdade no Brasil. **Sociedade & Natureza**, Uberlândia, v. 33, e59137, 2021. DOI: 10.14393/SN-v33-2021-59137.

DANIELS, Norman; KENNEDY, Bruce; KAWACHI, Ichiro. Justice Is Good for Our Health. In: DANIELS, Norman; KENNEDY, Bruce; KAWACHI, Ichiro. **Is Inequality Bad for Our Health?**. Boston: Beacon Press, 2000. p. 17–38.

DAOU, Heloisa Sami; BRITO FILHO, José Claudio Monteiro de. John Rawls e Amartya Sen: paralelo entre a teoria de justiça como equidade e a justiça focada nas realizações. **Revista de Teorias da Justiça, da Decisão e da Argumentação Jurídica**, Maranhão, v. 3, n. 2, p. 1–21, jul./dez. 2017.

DEBRUN, Michel. A ideia de auto-organização. In: DEBRUN, Michel; GONZALES, Maria Eunice Quilici; PESSOA JR., Osvaldo (org.). **Auto-organização**: estudos interdisciplinares em filosofia, ciências naturais e humanas, e artes. Campinas: CLE/UNICAMP, 1996.

DIDIER JÚNIOR., Fredie. **Sobre a teoria geral do processo, essa desconhecida**. 7. ed. Salvador: Juspodivm, 2022.

DIDIER JÚNIOR., Fredie; FERNANDEZ, Leandro. O sistema brasileiro de justiça multiportas como um sistema auto-organizado: interação, integração e seus institutos catalisadores. **Revista do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro**, n. 88, p. 165–183, abr./jun. 2023.

ESPÓSITO, Roberto. **Communitas: origen y destino de la comunidad**. Tradução de Carlos Rodolfo Molinari Marotto. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2012.

ESTADOS UNIDOS. **Administrative Dispute Resolution Act of 1996**. Public Law 104–320, de 19 de outubro de 1996. Washington, D.C., 1996. Disponível em: <https://www.govinfo.gov/content/pkg/PLAW-104publ320/pdf/PLAW-104publ320.pdf>. Acesso em: 10 de abr. de 2026.

ESTADOS UNIDOS. **Civil Justice Reform Act of 1990**. Public Law 101–650, de 01 de dezembro de 1990. Washington, D.C., 1990. Disponível em: <https://www.congress.gov/bill/101st-congress/senate-bill/2027/text>. Acesso em: 10 de abr. de 2026.

ESTADOS UNIDOS. **Railway Labor Act of 1926**. 20 de maio de 1926. Codificado em: 45 U.S.C. § 151 et seq. Washington, D.C., 1926. Disponível em: <https://www.govinfo.gov/>. Acesso em: 10 de abr. de 2026.

ESTADOS UNIDOS. **National Labor Relations Act**. Public Law 74–198, de 05 de julho de 1935. 49 Stat. 449. Codificado em: 29 U.S.C. §§ 151–169. Washington, D.C., 1935. Disponível em: <https://www.govinfo.gov/>. Acesso em: 10 de abr. de 2026.

ESTADOS UNIDOS. **Labor Management Relations Act**, 1947 (Taft–Hartley Act). Public Law 80–101, de 23 de junho de 1947. 61 Stat. 136. Codificado em: 29 U.S.C. §§ 141–197. Washington, D.C., 1947. Disponível em: <https://www.govinfo.gov/>. Acesso em: 10 de abr. de 2026.

ESTADOS UNIDOS. **Civil Rights Act of 1964**. Public Law 88–352, de 02 de julho de 1964. 78 Stat. 241. Codificado em: 42 U.S.C. § 2000a et seq. Washington, D.C., 1964. Disponível em: <https://www.govinfo.gov/>. Acesso em: 10 de abr. de 2026.

FALCÃO, Horacio. **Value negotiation: how to finally get the win-win right**. Singapore: Pearson Education, 2010.

FERRAZ JR., Tércio Sampaio. **Introdução ao estudo do direito: técnica, decisão, dominação**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

FIGUEIREDO, Joana Nascimento Rennó de. **A audiência de conciliação/mediação do artigo 344 do CPC/15 e as discussões em torno de sua obrigatoriedade**. 2023.

136 f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2023.

FISHER, R.; URY, W. **Getting to Yes: Negotiating Agreement Without Giving In**. New York: Penguin, 1981.

FISS, Owen. Against settlement. **Yale Law Journal**, v. 93, n. 6, p. 1073–1090, 1984.

FOUCAULT, Michel Nascimento da biopolítica (Curso no Collège de France, 1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FRANÇA LIMA, Cláudia Marília; MARQUES, Maria Filomena; GABRIELLE SCHOLA

DUTRA; TUTANI, José F. A. Wichinhiski. A mediação sanitária como instrumento de efetivação do direito humano à saúde dos migrantes. **Scientia Iuris**, Londrina, v. 29, n. 2, p. 92–104, mar. 2025.

FREITAS, Beatriz Cristina de; FONSECA, Emílio Prado da; QUELUZ, Dagmar de Paula. A Judicialização da saúde nos sistemas público e privado de saúde: uma revisão sistemática. **Interface**, v. 24, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190345>. Acesso em: 10 de abr. de 2026.

GENN, Hazel. **Judging civil justice**. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.

GIMENEZ, Charlise Paula Colet. **Conflito, alteridade e direitos humanos**. Curitiba: Multideia, 2017.

HÄRTER, Karl. Infrajudicial modes of conflict regulation through negotiation, mediation and arbitration in early modern European criminal justice. In: HÄRTER, Karl; HILLEMANN, Carolin; SCHLEE, Günther (org.). **On mediation: historical, legal, anthropological and international perspectives**. New York: Berghahn Books, 2020. p. 15–41.

HÄRTER, Karl; HILLEMANN, Carolin; SCHLEE, Günther (org.). **On mediation: historical, legal, anthropological and international perspectives**. New York: Berghahn Books, 2020.

HASOUN, Nicole. The Human Right to Health: A Defense. **Journal of Social Philosophy**, v. 51, n. 2, p. 155–172, 2020.

HAYEK, Friedrich A. von. **The Constitution of Liberty**. Chicago: University of Chicago Press, 1960.

HESSE, Konrad. **A força normativa da constituição**. Tradução de Gilmar Ferreira Mendes. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 1991.

HILL, Flávia Pereira. Desjudicialização e acesso à justiça além dos tribunais: pela concepção de um devido processo legal extrajudicial. **Revista Eletrônica de Direito Processual (REDP)**, Rio de Janeiro, ano 15, v. 22, n. 1, p. 379–408, jan./abr. 2021.

HOFRICHTER, Richard (ed.). **Health and social justice: politics, ideology, and inequity in the distribution of disease: a public health reader**. 1. ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2003. 24 cm. (pbk.).

IGAREDA, Noelia. “El derecho al cuidado en el Estado social de Derecho”. **Anuario de Filosofía del Derecho**, n. XXVIII, p. 185–206, 2012.

KÜHLBRANDT, Charlotte Sophie. **Containment: an examination of Roma health mediation in Romania**. 2017. Tese (Doutorado em Saúde Pública e Política) – London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London, Londres, 2017. Disponível em: DOI [10.17037/PUBS.04645511](https://doi.org/10.17037/PUBS.04645511). Acesso em: 23 de abril de 2026.

LEMA AÑÓN, Carlos: **Salud, Justicia, Derechos**. El derecho a la salud como derecho social, Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas de la Universidad Carlos III, Madrid, Editorial Dykinson, 2009, 296 pp.

LEMA AÑÓN, Carlos (Org.). **Los determinantes sociales de la salud: más allá del derecho a la salud**. Madrid: Dykinson, 2021. Colección Derechos Humanos y Filosofía del Derecho.

LEMA AÑÓN, Carlos. “Los desafíos del derecho a la saúde: Justiça social y condicionantes sociales de la saúde”. In: RIBOTTA, Silvina; ROSSETTI, Andrés (org.). **Los derechos sociales y su exigibilidad**. Quito: Abya-Yala, 2020.

LEMA AÑÓN, Carlos. La revolución de los determinantes sociales de la salud: derecho a la saúde y desigualdad. **Anuario de Filosofía del Derecho**, n. XXXVI, p. 289–317, 2020. ISSN: 0518-0872

LLAMBIÁS WOLFF, Jaime. **La crisis de los sistemas de salud: paradigmas y proposiciones alternativas**. Madrid: Trotta, 2015. p. 186.

LLOREDO ALIX, L. Bienes comunes. Eunomía. **Revista en Cultura de la Legalidad**, 19, pp. 214–236, 2020. DOI: <https://doi.org/10.20318/eunomia.2020.5709>

LOSANO, Mario G. **Sistema e estrutura no direito**. v. 1. Tradução de Carlos Alberto Dastoli. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

LUHMANN, Niklas. A posição dos tribunais no sistema jurídico. **Revista da AJURIS**, Porto Alegre, n. 49, 1990.

LUHMANN, Niklas. **O direito da sociedade**. Tradução de Saulo Krieger. São Paulo: Martins Fontes, 2016.

MACHADO, Felipe R. de S. Contribuições ao debate da judicialização da saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 73–91, jul./out. 2008.

MADUREIRA, A. S.; RAMOS, E. M. B.; DE SENA, J. P.; DE ALMEIDA, N. M. de O.; MILHOMEM, M. J.; MELLO, A. P. G.; MARINHO, P. L. L.; LIMA NETO, A. M. Políticas públicas de saúde: a agenda para o enfrentamento das doenças negligenciadas. **CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES**, [S. l.], v. 16, n. 12, p. 30478–30492, 2023. DOI: 10.55905/revconv.16n.12-086. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/3560>. Acesso em: 16 abr. 2026.

MARMOT, Michael; WILKINSON, Richard G., eds. **Social determinants of health**. 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 2006.

MARRADES, Ana. Los nuevos derechos sociales. El derecho al cuidado como fundamento del pacto constitucional. **Revista de Derecho Político**, n. 97, p. 209–242, 2016.

MATTOS, Delmo; RAMOS, Edith; CRUZ, Saile Azevedo da. **A judicialização da saúde e a gestão biopolítica da vida: o Poder Judiciário e as estratégias de controle do sistema de saúde**. *Revista Direito e Práxis*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 1745–1768, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2018/33610>

MENDES, Paulo Henrique Galvão; CHAVES, Denisson Gonçalves; ZENKNER, Fernanda Arruda Léda Leite. Mediação, tecnologia e inovação em busca de eficiência: um estudo de caso sobre a Câmara de Mediação em Direito da Saúde (CAMEDS). **Meritum: Revista de Direito da Universidade FUMEC**, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p. 227–246, maio/ago. 2023. DOI: <https://doi.org/10.46560/meritum.v18i2.9605>

MESQUITA, Jordana Schmidt. **A eficácia da mediação sanitária como política pública autocompositiva de acesso humanizado à justiça**. Dissertação (Mestrado em Direito) — Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2023.

MILHOMEM, M. J.; MELLO, A. P. G.; MARINHO, P. L. L.; LIMA NETO, A. M. Políticas públicas de saúde: a agenda para o enfrentamento das doenças negligenciadas. **CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES**, [S. l.], v. 16, n. 12, p. 30478–30492, 2023. DOI: 10.55905/revconv.16n.12-086. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/3560>. Acesso em: 13 abr. 2026.

ESPANHA, Ministério de Sanidad. **Servicios Sociales e Igualdad**. Documento Final da Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Madri: MSSSI, 2015.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

NASCIMENTO, Dulce. Mediação de Conflitos na Área da Saúde: experiência portuguesa e brasileira. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 5, n. 3, p. 201–211, jul./set. 2016.

NASCIMENTO, Dulce. Mediação de Conflitos na Área da Saúde: experiência portuguesa e brasileira. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 5, n. 3, p. 201–211, jul./set. 2016.

NOZICK, Robert. **Anarchy, State, and Utopia**. New York: Basic Books, 1974.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **Sustentabilidade do SUS e renúncias de arrecadação fiscal em saúde**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2015.

OLIVEIRA, Fabrício Alberto Lobão de; ALMEIDA, Natalie Maria de Oliveira de; RAMOS, Edith Maria Barbosa. Judicialização da saúde e objetivos de desenvolvimento sustentável: Agenda 2030 e atuação do Poder Judiciário brasileiro na efetivação do direito à saúde. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 13, n. 4, p. 77–93, 2024. DOI: <https://doi.org/10.17566/ciads.v13i4.1291>

ONU. Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Observação Geral n. 14: **El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud**. E/C.12/2000/4, 2000.

ONU. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Nova York: ONU, 1966.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health – Final Report of the Commission on Social Determinants of Health**. Genebra: OMS, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Political Declaration of the Rio Conference on Social Determinants of Health**. Genebra: OMS, 2011. Disponível em: [\[https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/11/Declara%C3%A7%C3%A3o-Pol%C3%ADtica-do-Rio-PT.pdf\]](https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/11/Declara%C3%A7%C3%A3o-Pol%C3%ADtica-do-Rio-PT.pdf). Acesso em: 13 jan. 2026.

ORNELAS, Thaíse Siqueira. A desjudicialização das demandas por medicamentos: uma análise sobre a efetividade do Núcleo de Apoio Técnico – NAT após a sua instalação no município de Joinville. **Revista da ESMESC**, v. 25, n. 31, p. 13–40, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.14295/revistadaesmesec.v25i31.p13>

OXFAM. **El virus de la desigualdad**. Oxfam, 2020. Disponível em: <https://oxfam.app.box.com/s/m7lab231vgyee3hti2qigu8qvc6o9wd1/file/764560693154>. Acesso em: 24 jul. 2025.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA, 2008.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PARISI, Luciana; FERREIRA, Virgínia Raimunda; SILVA, Jandira Maciel da. Sofrimento e trabalho na saúde: a mediação como possibilidade de superação dos conflitos e restauração do diálogo nos espaços de trabalho do SUS. **Rev. Med. Minas Gerais** 2016; 26 (Supl 8): S307-S312, 2016.

PARISI, Luciana; SILVA, Jandira Maciel da. Mediação de conflitos no SUS como ação política transformadora. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 4, p. 11-23, dez. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S402>.

PASSOS, Amanda Ferreira dos; SILVA, Sandoval Alves da. A desestatização da execução e o gradual retorno à autotutela: uma análise do Tema 249 do STF. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, v. 1034, p. 439-458, dez. 2021.

PÉREZ, Marta; RAMAS, Pantxo; RODRÍGUEZ NEWEY, Irene; LOZANO BRIGHT, Carmen; MALO DE MOLINA, Marta. La salud como cuidado colectivo. In: MÉNDEZ DE ANDÉS, Ana; HAMOU, David; APARICIO, Marco (eds.). **Códigos comunes urbanos: herramientas para el devenir-común de las ciudades**. Barcelona: Icaria Antrazyt, 2021. p. 129–138. ISBN: 978-84-9888-984-0.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 18. ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

RAMOS, Edith Maria Barbosa. **Direito à saúde, direito à igualdade e universalidade: uma análise de concepções de saúde e da atuação de organismos internacionais nas políticas públicas sanitárias para a Região das Américas**. 2012. 256 f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2012

RAMOS, Edith Maria Barbosa; SENA, Jaqueline Prazeres de; PINHEIRO, Rossana Barros. O papel do acesso à justiça e das práticas cidadãs para a compreensão da judicialização da política no Brasil. **Questio Iuris**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 03, p. 1519-1539, 2020. DOI: <https://doi.org/10.12957/rqi.2020.45898>.

RAMOS, Elival da Silva. Controle jurisdicional de políticas públicas: a efetivação dos direitos sociais à luz da Constituição brasileira de 1988. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 102, p. 327–356, jan./dez. 2007

RAMOS, Paulo Roberto Barbosa; RAMOS, Edith Maria Barbosa; MIRANDA, Sara Barros Pereira de. Judicialização da política: uma análise da expansão do Poder Judiciário no Brasil e a atuação do Supremo Tribunal Federal. **Revista Electrónica**

Iberoamericana, v. 16, n. 2, p. 36-63, 2022. Disponível em:
<https://doi.org/10.20318/reib.2022.7390>. Acesso em: 13 de abr. de 2026.

RAWLS, John. **Justiça como equidade**: uma reformulação. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

RAWLS, John. **Justice as Fairness**: A Restatement. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2001.

RAWLS, John. **Uma teoria da justiça**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

RESTA, Eligio. **O direito fraterno**. 2. ed. Santa Cruz do Sul: Essere nel Mondo, 2020.

RIBEIRO, Krishina Day; VIDAL, Josep Pont. Uma análise da produção acadêmica sobre a evolução do fenômeno da judicialização da saúde no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, Brasília**, v. 7, n. 2, p. 239–261, abr./jun. 2018.

RIBEIRO, Weslley Carlos. A mediação como meio de resolução de conflitos na área de saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 62-76, nov. 2017/fev. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v18i3p62-76>.

RIBEIRO, Paulo César de Castro. **Determinação social**: perspectiva contra-hegemônica na luta pelo direito à saúde. In: BURGINSKI, Vanda Micheli; SOARES, Paulo Sérgio Gomes (org.). **Direitos humanos e direito à saúde: perspectivas críticas**. Palmas, TO: EDUFT, 2021. p. 19-34. ISBN 978-65-89119-94-4.

SAMPAIO, Amanda Inês Moraes; ALVES, Rebecca Falcão Viana. A mediação sanitária como alternativa à judicialização do direito à saúde. **Revista de Formas Consensuais de Solução de Conflitos**, Goiânia, v. 5, n. 1, p. 1–20, jan./jun. 2019.

SANDER, Frank Ernest Arnold. Varieties of dispute processing. In: **National Conference on The Causes of Popular Dissatisfaction with the Administration of Justice**, v. 1. St. Paul, Minnesota. Conference papers, St. Paul, Minnesota: Pound Conference, abr. 1976. p. 147-183. Disponível em:
<https://ncsc.contentdm.oclc.org/digital/collection/ctadmin/id/1245>. Acesso em: 24 nov. 2025.

SANT'ANNA, Valéria Tavares de. A Agenda 2030 da ONU – Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 16 e a Mediação. **Revista da OABRJ**, 2019. Disponível em: <https://revistaeletronica.oabRJ.org.br/artigo/a-agenda-2030-da-onu-objetivo-de-desenvolvimento-sustentavel-16-e-a-mediacao/?HTML>. Acessado em: 10 de jul. 2025.

SCHULZE, Clênio Jair. **Novos parâmetros para a judicialização da saúde**: critérios para a teoria da decisão judicial. Orientador: Professor Doutor Cesar Luiz Pasold. 2019. 226 f. Tese (Doutorado em ciência jurídica) - Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, Itajaí, 2019.

SCHLEE, Günther. Mediation and truth. In: HÄRTER, Karl; HILLEMANN, Carolin; SCHLEE, Günther (org.). **On mediation: historical, legal, anthropological and international perspectives**. New York: Berghahn Books, 2020. p. 116–131.

SEN, Amartya. ¿Por qué la equidad en salud? **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, D.C., v. 11, n. 5–6, p. 302–309, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1020-49892002000500005>.

SEN, Amartya. **A ideia de justiça**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

SEN, Amartya. **Collective Choice and Social Welfare: An Expanded Edition**. Cambridge: Harvard University Press, 2017.

SEN, Amartya. **Development as Freedom**. New York: Anchor Books, 1999.

SEN, Amartya. **Escolha coletiva e bem-estar social**. Coimbra: Almedina, 2018.

SHAPIRO, Daniel L. **Negotiating the nonnegotiable: how to resolve your most emotionally charged conflicts**. New York: Viking, 2016. ISBN 9781101626962.

SILVA JÚNIOR, Márcio José Calaça da; SOUZA, Isadora Dar'c Davi de; SILVA, Aline do Nascimento; BUSHATSKY, Magaly; ALMEIDA, Adriana Conrado de. O papel das mulheres na busca por saúde de crianças e adolescentes: análise da judicialização da saúde pública em Pernambuco, Brasil. **Revista Aracê**, São José dos Pinhais, v. 7, n. 3, p. 13900–13913, 2025. DOI: <https://doi.org/10.56238/arev7n3-218>

SILVA, José Afonso da. **Aplicabilidade das normas constitucionais**. 5. ed. São Paulo: Malheiros, 2005.

SILVA, L. T. S. e; PEREIRA, C. dos S.; VILHENA, M. S. de; MACHADO, N. de J. N.; CURI-RAD, E. C. M.; FORMIGOSA, A. V.; NUNES, S. F.; NUNES, H. H. de M. MEDIAÇÃO DE CONFLITOS NA ÁREA DA SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA. **Revista Contemporânea**, [S. l.], v. 4, n. 8, p. e5503, 2024. DOI: 10.56083/RCV4N8-148. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/5503>. Acesso em: 13 abr. 2026.

SILVA, Oswaldo José Barbosa. **Mediação sanitária e a intervenção do Ministério Público: intersectorialidade e interdisciplinaridade**. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas em Saúde) — Escola Fiocruz de Governo, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2017.

SPENGLER, Fabiana Marion. A autocomposição como política pública de incentivo ao direito fundamental de acesso à justiça. **Revista Cidadania e Acesso à Justiça**, v. 5, n. 2, 2019a.

SPENGLER, Fabiana Marion. **Conflito e mediação**: da teoria à prática. São Paulo: Atlas, 2019b.

STIPANOWICH, Thomas. The multi-door contract and other possibilities. **Ohio State Journal on Dispute Resolution**, v. 13, n. 2, 1998.

STURZA, Janaína Machado; DUTRA, Gabrielle Scola. Conflitos no âmbito da saúde pública: o direito à saúde pela mediação sanitária sob a perspectiva do Direito Fraternal. **Revista da Faculdade de Direito da UFMG**, Belo Horizonte, n. 82, p. 163-181, jan./jun. 2023.

SUSSKIND, Richard. **Online courts and the future of justice**. Oxford: Oxford University Press, 2019.

TEUBNER, Gunther. **Fragmentos constitucionais**: constitucionalismo social na globalização. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2020.

TEUBNER, Gunther. **O direito como sistema autopoietico**. Tradução de José Engrácia Antunes. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1993.

TONIN, Mauricio Morais. **Mediação e Administração Pública**: a participação estatal como parte e como mediador de conflitos. São Paulo: Almedina, 2018.

TORRES, Ricardo Lobo. A eficácia das normas constitucionais sobre direitos sociais. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 38, n. 149, p. 165-180, jan./mar. 2001.

TRESSOLDI, Irenice; TRAMONTINA, Robison. Paralelo entre a teoria da justiça como equidade de John Rawls e a igualdade de capacidades de Amartya Sen. **Direitos Humanos e Democracia**, Ijuí, v. 9, n. 17, p. 73–97, jan./jun. 2021. DOI: <https://doi.org/10.21527/2317-5389.2021.17.73-97>.

UNICEF. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (Resolução 217 A III), em 10 de dezembro de 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 11 de março de 2026.

UNITED NATIONS. **Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development**. New York: UN, 2015.

URY, William. **Getting to yes with yourself: and other worthy opponents**. London: HarperCollins UK, 2015.

VASCONCELOS, Carlos Eduardo de. **Mediação de conflitos e práticas restaurativas**. 8. ed. Rio de Janeiro: Método, 2023.

VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana; PEPE, Vera Lúcia Edais; SCHRAMM, Fermin Roland. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77–100, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000100006>.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Direito à saúde no Brasil**: seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça. Texto para Discussão, Brasília, DF: Ipea, n. 2547. 2020. ISSN: 1415-4765

VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, v. 10, n. 3, p. 1–19, dez. 2016.

WANG, Daniel Wei Liang. Escassez de recursos, custos dos direitos e reserva do possível na jurisprudência do STF. **Revista Direito GV**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 539–568, jul./dez. 2008.

WARAT, Luis Alberto. **O ofício do mediador**. Florianópolis: Habitus, 2001.

WATANABE, Kazuo. Novas atribuições do Judiciário: necessidade de sua percepção e de reformulação da mentalidade. Porto Alegre: TRF – 4ª Região, 2009 (**Caderno de Administração da Justiça** – Planejamento Estratégico 2009: módulo 6).

WATANABE, Kazuo. Política pública do Poder Judiciário nacional para tratamento adequado dos conflitos de interesses. In: RICHA, Morgana de Almeida; PELUSO, Antonio Cezar (coord.). **Conciliação e mediação**: estruturação da política judiciária nacional. Rio de Janeiro: Forense, 2011. p. 49–59.

WHITEHEAD, Margaret. **The concepts and principles of equity and health**. *International Journal of Health Services*, Westport, v. 22, n. 3, p. 429–445, 1992.

WILKINSON, Richard; PICKETT, Kate. **The Spirit Level**: Why Equality is Better for Everyone. London: Penguin, 2010.

WINSLADE, John; MONK, Gerald. **Narrative mediation: a new approach to conflict resolution**. San Francisco: Jossey-Bass, 2000.

WÜST, Caroline; BOSCATTO, Neuri Antônio. Mediação digital: a (im)possibilidade de igualdade do cidadão ao acesso à justiça à luz de Amartya Sen. In: ZAMBAM, Neuro José; KUJAWA, Henrique; PIERDONÁ, Zélia Luiza; FERRARO, Alceu (orgs.). **Cidadania, debate público e seguridade social a partir de Amartya Sen**. Caxias do Sul: EducS, 2020. p. 39–53.

ZAMBAM, Neuro José; KUJAWA, Henrique. Democracia, liberdade e condição de agente: condições para a cidadania ativa em Amartya Sen. In: ZAMBAM, Neuro José; KUJAWA, Henrique; PIERDONÁ, Zélia Luiza; FERRARO, Alceu (orgs.). **Cidadania**,

debate público e seguridade social a partir de Amartya Sen. Caxias do Sul: EducS, 2020. p. 11–23.