

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**  
**FACULDADE DE DIREITO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO E INOVAÇÃO**

**Leticia Agostinho Mouro**

**Diálogos Interinstitucionais nos Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência:**  
uma análise dos diálogos entre o Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora  
(CMS/JF), o Poder Judiciário e o Ministério Público

Juiz de Fora  
2025

**Letícia Agostinho Mouro**

**Diálogos Interinstitucionais nos Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência:**  
uma análise dos diálogos entre o Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora  
(CMS/JF), o Poder Judiciário e o Ministério Público

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Direito e Inovação da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Direito e Inovação. Área de concentração: Direito e Inovação

Orientadora: Professora Dra. Waleska Marcy Rosa

Juiz de Fora

2025

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Mouro, Letícia Agostinho.

Diálogos Interinstitucionais nos Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência : uma análise dos diálogos entre o Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora (CMS/JF), o Poder Judiciário e o Ministério Público / Letícia Agostinho Mouro. -- 2025.

136 p.

Orientadora: Waleska Marcy Rosa

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Direito. Programa de Pós-Graduação em Direito, 2025.

1. Diálogo interinstitucional. 2. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. 3. Judicialização da Saúde. I. Rosa, Waleska Marcy, orient. II. Título.

**LETÍCIA AGOSTINHO MOURO****Diálogos Interinstitucionais nos  
Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência: uma análise dos diálogos entre o Conselho Municipal de  
Saúde de Juiz de  
Fora (CMS/JF), o Poder Judiciário e o Ministério Público**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Direito da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Direito. Área de concentração: Direito e Inovação

26 dias do mês de fevereiro do ano de 2025.

**BANCA EXAMINADORA**

Doutora Waleska Marcy Rosa - Orientadora  
Universidade Federal de Juiz de Fora

Doutor Marco Aurélio Lagreca Casamasso  
Universidade Federal Fluminense

Doutora Luciana Gaspar Melquíades Duarte  
Universidade Federal de Juiz de Fora

Juiz de Fora, 29/01/2025.



Documento assinado eletronicamente por **Waleska Marcy Rosa, Professor(a)**, em 11/03/2025, às 10:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luciana Gaspar Melquiades Duarte, Diretor(a)**, em 11/03/2025, às 15:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Letícia Agostinho Mouro, Usuário Externo**, em 11/03/2025, às 22:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **MARCO AURELIO LAGRECA CASAMASSO, Usuário Externo**, em 26/03/2025, às 18:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Uffj ([www2.ufjf.br/SEI](http://www2.ufjf.br/SEI)) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2216215** e o código CRC **E449A7C2**.

---

Aos meus avôs, Bebeto e Belim, que me ensinaram que a verdadeira grandeza se constroi no esforço de cada dia.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, aos meus pais, Ronaldo e Cinthia, pelo amor incondicional e pelo apoio constante aos meus estudos ao longo de toda a minha trajetória acadêmica. Ao meu irmão, Vítor, por sua amizade e companheirismo, que sempre me deram força nos momentos desafiadores. Às minhas avós, Célia e Cida, por serem exemplos de sabedoria e coragem em minha vida. Ao Paulo, pelo carinho, compreensão e motivação que me acompanharam durante todo este percurso. Aos meus amigos, por sua presença, apoio e palavras de encorajamento, que tornaram esta jornada mais leve e significativa.

Deixo minha profunda gratidão à minha orientadora, professora Waleska, por sua orientação criteriosa, paciência e dedicação ao longo de todo o processo de construção desta dissertação. Sua confiança no meu trabalho foi fundamental para o desenvolvimento deste projeto. Expresso também meu reconhecimento ao grupo de pesquisa, pelo apoio, pelas discussões enriquecedoras e pelo aprendizado compartilhado, que foram essenciais para o desenvolvimento deste estudo.

Agradeço, ainda, aos demais professores e coordenadores do Programa de Pós-Graduação, pelo conhecimento transmitido e pela orientação durante o Mestrado. Minha gratidão também aos técnicos e funcionários, cuja dedicação silenciosa contribuiu diretamente para o bom andamento de minha formação.

A todos vocês, meu sincero e profundo agradecimento!

Nós fizemos a reforma sanitária que criou o SUS, mas o núcleo dele, desumanizado, medicalizado, está errado. Temos de entrar no coração desse modelo e mudar. Qual o fundamento? Primeiro é a promoção da saúde e não da doença. O SUS tem de, em primeiro lugar, perguntar o que está acontecendo no cotidiano e na vida das pessoas e como eu posso interferir para torná-la mais saudável. (Sergio Arouca, 2002).

## RESUMO

O presente estudo analisa as práticas de diálogo interinstitucional entre o Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora (CMS/JF), o Ministério Público e o Poder Judiciário no contexto da implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), instituída pela Portaria n.º 793/2012. Partindo do aumento da judicialização da saúde e da necessidade de integração entre os diversos atores institucionais no Sistema Único de Saúde (SUS), a pesquisa propõe-se a investigar as interações entre essas instituições no controle e implementação de políticas públicas voltadas à saúde das pessoas com deficiência. A pesquisa adota uma abordagem empírica, baseada em metodologia qualitativa, utilizando análise de conteúdo como principal técnica investigativa. Foram analisadas atas e resoluções do CMS/JF no período de 2012 a 2024, com o objetivo de identificar práticas de diálogo, padrões, tendências e lacunas nas discussões e decisões voltadas à saúde das pessoas com deficiência. Adotou-se o raciocínio indutivo-dedutivo, seguindo uma abordagem inicial indutiva para identificar os temas emergentes nos registros analisados e, em seguida, aplicando uma análise dedutiva fundamentada nas teorias dos diálogos interinstitucionais de Friedman e Hiebert. Os resultados indicaram que decisões judiciais constituem temas frequentes nos debates no âmbito do CMS/JF, fomentando tanto a busca por soluções para a saúde pública quanto o processo de justificação das escolhas do Executivo e de prestação de contas (*accountability*). Foram discutidos mecanismos relevantes de diálogo, como a criação da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) e de comissões multidisciplinares para subsidiar as decisões do Judiciário. O Ministério Público foi identificado como ator frequentemente envolvido na implementação e resolução de problemas relacionados à saúde, enquanto a ausência de participação ativa do Poder Judiciário foi apontada como um entrave para o efetivo diálogo interinstitucional. Além disso, verificou-se que o CMS/JF enfrenta limitações organizacionais, particularmente em relação à predominância de participação de representantes da Secretaria de Saúde, à documentação e ao registro das reuniões. As pautas relacionadas à saúde das pessoas com deficiência, embora priorizadas em políticas públicas nacionais, foram frequentemente tratadas de maneira superficial. Conclui-se que o CMS/JF possui um papel central como instância articuladora no planejamento e execução de políticas públicas voltadas à saúde das pessoas com deficiência. No entanto, enfrenta desafios significativos, especialmente na implementação efetiva de mecanismos de diálogo com o Poder Judiciário e o Ministério Público, bem como na concretização de diretrizes nacionais. Para superar essas barreiras, torna-se essencial fortalecer os mecanismos de documentação, institucionalizar práticas de diálogo com o Poder Judiciário e promover maior adesão às políticas de saúde inclusivas.

**Palavras-chave:** Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Judicialização da Saúde. Diálogo interinstitucional.

## ABSTRACT

The present study analyzes interinstitutional dialogue practices between the Municipal Health Council of Juiz de Fora (CMS/JF), the Public Prosecutor's Office, and the Judiciary in the context of implementing the Care Network for Persons with Disabilities (RCPD), established by Ordinance No. 793/2012. Considering the increase in health-related judicialization and the need for integration among various institutional actors within the Unified Health System (SUS), the research aims to investigate the interactions between these institutions in the oversight and implementation of public policies focused on the health of persons with disabilities. The study adopts an empirical approach based on qualitative methodology, using content analysis as the primary investigative technique. Minutes and resolutions from the CMS/JF between 2012 and 2024 were examined to identify patterns, trends, and gaps in discussions and decisions related to the health of persons with disabilities. An inductive-deductive reasoning process was employed, starting with an inductive approach to uncover emerging themes from the analyzed records, followed by a deductive analysis grounded in Friedman's and Hiebert's theories on interinstitutional dialogue. The results revealed that judicial decisions are frequent topics in CMS/JF debates, driving both the search for public health solutions and the process of justifying executive decisions and ensuring accountability. Key dialogue mechanisms were discussed, such as the creation of the Municipal List of Essential Medicines (REMUME) and the establishment of multidisciplinary committees to support judicial decisions. The Public Prosecutor's Office was identified as a key actor in problem-solving and policy implementation, whereas the lack of active participation from the Judiciary was highlighted as a barrier to effective interinstitutional dialogue. Additionally, the CMS/JF faces organizational limitations, particularly regarding the predominance of Health Department representatives, documentation issues, and meeting records. Although issues related to the health of persons with disabilities are prioritized in national policies, they were often addressed superficially in local discussions. The study concludes that the CMS/JF plays a central role as a coordinating body in planning and implementing public policies for persons with disabilities. However, it faces significant challenges, especially in effectively implementing dialogue mechanisms with the Judiciary and the Public Prosecutor's Office, as well as in fully realizing national guidelines. Overcoming these barriers requires strengthening documentation practices, institutionalizing dialogue with the Judiciary, and promoting greater adherence to inclusive health policies.

**Keywords:** Care Network for People with Disabilities. Health Judicialization. Inter-institutional Dialogue.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1	–	Reuniões que tratam do tema “Saúde das PCDs” por ano.....	86
Gráfico 2	–	Classificação dos Temas Tratados.....	94
Gráfico 3	–	Deliberações e Resoluções Normativas.....	98
Gráfico 4	–	Deliberações por Categoria Temática .....	99
Gráfico 5	–	Classificação dos Temas Tratados Diálogos Interinstitucionais.....	103
Gráfico 6	–	Menções ao Ministério Público.....	104
Gráfico 7	–	Presença de representantes ou membros do Ministério Público.....	105

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	–	Número de casos novos ingressados no TJMG entre 2015 e 2020.....	36
Tabela 2	–	Categorias Temáticas: Saúde da Pessoa com Deficiência.....	76
Tabela 3	–	Categorias Temáticas: Diálogos Interinstitucionais.....	77
Tabela 4	–	Atas Ordinárias e Extraordinárias do CMS entre 2012 e 2024.....	83
Tabela 5	–	Gravações Disponibilizadas pelo CMS entre 2018 e 2022.....	85
Tabela 6	–	Participantes das Discussões do CMS.....	88

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CAO-Saúde	Coordenadoria de Apoio Operacional de Saúde
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CMS/JF	Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNS	Conselho Nacional de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GT	Grupo de Trabalho
JRRCPD	Junta Reguladora da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
LBI	Lei Brasileira de Inclusão
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
PAM	Pronto Atendimento Médico
PCDs	Pessoas com Deficiência
PNAISPD	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência
PROMED	Programa de Medicamentos Especiais
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RCPD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SES/MG	Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais
SISREG	Sistema de Regulação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termo de Ajustamento de Conduta
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....</b>	<b>18</b>
2.1	A REDE DE CUIDADOS À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA...21	
2.2	O MODELO BIOPSISSOCIAL DE ATENÇÃO À SAÚDE.....25	
2.3	A ORGANIZAÇÃO EM REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS).....29	
<b>3</b>	<b>FUNDAMENTOS DOS DIÁLOGOS INTERINSTITUCIONAIS NA SAÚDE .....</b>	<b>35</b>
3.1	O PAPEL DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE NOS DIÁLOGOS INTERINSTITUCIONAIS.....37	
3.2	TEORIAS DOS DIÁLOGOS INTERINSTITUCIONAIS.....43	
<b>3.2.1</b>	<b>A Proposta Classificatória de Christine Bateup.....</b>	<b>46</b>
<b>3.2.2</b>	<b>A Fusão entre as Teorias da Parceria e as Teorias do Equilíbrio.....</b>	<b>50</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>64</b>
4.1	OPÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA DE PESQUISA.....65	
4.2	PROCESSO DE COLETA E REVISÃO DE DADOS.....69	
4.3	PARÂMETROS DE IDENTIFICAÇÃO DOS DIÁLOGOS INTERINSTITUCIONAIS.....72	
4.4	LIMITAÇÕES E DESAFIOS DA PESQUISA.....79	
<b>5</b>	<b>DIÁLOGOS INTERINSTITUCIONAIS NOS CUIDADOS À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....</b>	<b>82</b>
5.1	ANÁLISE DAS ATAS E GRAVAÇÕES DAS REUNIÕES DO CMS/JF.....83	
5.2	PRÁTICAS DIALÓGICAS E INTERAÇÕES INTERINSTITUCIONAIS....100	
5.3	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....106	
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>114</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>117</b>
	<b>APÊNDICE A – Ficha de Análise de Atas.....</b>	<b>128</b>
	<b>ANEXO A – Link para Acesso aos Documentos.....</b>	<b>133</b>
	<b>ANEXO B - E-mails Institucionais.....</b>	<b>134</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Verifica-se que, desde a promulgação da Constituição Federal (Brasil, 1988), a garantia de assistência pública à saúde das pessoas com deficiência no Brasil foi sendo regulamentada através de instrumentos normativos como a Lei n.º 7.853 (Brasil, 1989), que se refere ao apoio às pessoas com deficiência e à sua integração social, e a Portaria n.º 10.060 (Brasil, 2002), que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.

Entretanto, as iniciativas do Poder Público até então voltadas a este público eram alvo de críticas por se manterem isoladas e ineficazes do ponto de vista da integralidade, equidade e acesso qualificado e universal à saúde, tendo em vista que não possibilitavam uma articulação consistente entre os pontos e níveis de atenção à saúde (Campos; Souza; Mendes, 2015).

Nesse contexto, por meio da Portaria n.º 793 (Brasil, 2012), foi instituída, pelo Ministério da Saúde, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, com o intuito de desenvolver ações de saúde por meio de uma rede interconectada, que possibilitasse maior articulação entre os pontos de atendimento e do planejamento integral e intersetorial das ações em saúde, com foco não somente na reabilitação dos usuários, como também em medidas de prevenção e intervenção precoce.

Passados dez anos de sua implementação, porém, constata-se a crescente judicialização da saúde face à criação e implementação de políticas públicas, tornando-se inegável, diante desse cenário, a expansão do Poder Judiciário no processo decisório relativo ao dever-fazer do Estado nas democracias contemporâneas (Carvalho, 2009), em decorrência sobretudo da efetivação dos direitos consagrados constitucionalmente, tal como o direito à saúde.

Essa expansão do Poder Judiciário no controle judicial de políticas públicas, especialmente após a Constituição Federal de 1988, aprofundou os debates acerca do papel dos atores institucionais no controle das políticas públicas e conduziu, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), à edição da Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 453 (Brasil, 2012), que dispõe sobre as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde Federal, Estaduais e Municipais, atribuindo-lhes, dentre outras competências, a função de “incrementar e aperfeiçoar o relacionamento sistemático com os poderes constituídos, Ministério Público, Judiciário e Legislativo, meios de comunicação, bem

como setores relevantes não representados nos conselhos” (inc. XXV).

Especificamente em relação ao Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora (CMS-JF), a Lei Municipal n.º 8.076 (Juiz de Fora, 1992), determina, à semelhança da Resolução CNS n. 453/2012, o papel de definir estratégias de articulação com as instituições afins, buscando aprimorar, acompanhar e desenvolver as políticas de saúde no Município.

Tais previsões normativas, ao expandirem o papel dos Conselhos de Saúde como instâncias articuladoras junto a outros Poderes, configuram um espaço propício para a implementação de práticas e mecanismos de diálogo inovadores na formulação e execução de políticas públicas de saúde, o que se revela especialmente importante diante dos elevados índices de judicialização. Além disso, a adoção de novas práticas e o estímulo ao relacionamento sistemático entre instituições pode fortalecer uma abordagem mais inclusiva, democrática e participativa, essencial no debate sobre as políticas destinadas à saúde das pessoas com deficiência (PCDs).

Nesse cenário, no que concerne à tutela individual ou coletiva do direito à saúde das PCDs, duas instituições mencionadas na Resolução CNS n.º 453/2012 assumem relevo: o Poder Judiciário, que exerce o controle judicial das políticas públicas, e o Ministério Público, ao qual é atribuído constitucionalmente o papel de defesa dos interesses sociais e individuais indisponíveis (Brasil, 1988). Adicionalmente, este último assume importância sob a égide da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), Lei n.º 13.146 (Brasil, 2015), que institui um conjunto abrangente de direitos e garantias fundamentais voltados às pessoas com deficiência na sociedade, prevendo expressamente o papel do Ministério Público de garantir a implementação efetiva dessas garantias.

Assim, o presente trabalho questiona: quais são os mecanismos de diálogo interinstitucional adotados pelo Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora com o Ministério Público e o Poder Judiciário e de que forma contribuem para a fiscalização e implementação de políticas públicas voltadas à saúde das pessoas com deficiência (PCDs), após a edição da Portaria nº 793/2012 do Ministério da Saúde?

Para definição do referencial teórico de análise, parte-se da categorização das teorias dos diálogos interinstitucionais proposta por Christine Bateup (2006, p. 76-77), que identifica as Teorias do Equilíbrio e da Parceria como sendo as que melhor auxiliam na resposta à dificuldade contramajoritária, por prezarem pelo equilíbrio de longo prazo, sem preterir a necessidade de respostas céleres, além de enriquecerem

o papel conjunto de diversos atores institucionais e sociais nos diálogos.

Para a Teoria do Equilíbrio, conforme proposta por Friedman (1993, p. 644), as decisões judiciais não representam uma palavra final, mas são parte de um processo contínuo de revisão e contestação, permitindo que outros atores institucionais, como o Executivo, o Ministério Público e a sociedade civil, participem da interpretação e aplicação das normas constitucionais. Essa visão, que garante ênfase na participação popular, pode ser complementada pela Teoria da Parceria, defendida por Hiebert (2002, p. 65), a qual sugere um papel ativo para o Legislativo e Executivo na justificação e revisão de políticas públicas sob parâmetros constitucionais, de forma preventiva, antes de as demandas serem conduzidas ao Judiciário para deliberação.

A escolha das Teorias do Equilíbrio e da Parceria reflete a necessidade de adoção de uma base teórica que possibilite a compreensão do papel dos Conselhos Municipais de Saúde para além da sua função de controle social e fiscalização, já amplamente debatida em outras pesquisas, identificando de que forma podem promover interação com o Judiciário e o Ministério Público, com o intuito de assegurar a efetivação do direito à saúde das pessoas com deficiência.

A proposta justifica-se pela necessidade de aprofundar pesquisas que considerem a dificuldade contramajoritária e do *déficit* democrático do Poder Judiciário para a tomada de decisões acerca de políticas públicas, em especial de políticas de saúde, contribuindo para o fortalecimento do modelo democrático. Sob esse prisma, pretende-se chamar a atenção para o fato de que o problema do aumento da judicialização das demandas de saúde deve ser analisado em um contexto que considere a multiplicidade de atores envolvidos no processo decisório do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre eles o Conselho Municipal de Saúde (CMS).

Mostra-se indispensável, também, contribuir para o debate que permeia as medidas de atenção à saúde das pessoas com deficiência, às quais é possível atribuir um *status* de dupla vulnerabilidade, tendo em vista que, além da restrição de recursos impostas aos serviços de saúde ofertados no âmbito do SUS, também são com frequência atingidas pelas condições restritivas de acessibilidade impostas pela própria deficiência.

Sob tal perspectiva, o presente trabalho se desenvolveu em prol dos seguintes objetivos específicos: (i) identificar os temas relacionados à saúde das pessoas com deficiência discutidos nas atas e gravações do Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora (CMS/JF) entre 2012 e 2024, analisando a frequência e relevância dessas

discussões; (ii) examinar as resoluções normativas editadas pelo CMS/JF que tratam de questões voltadas às pessoas com deficiência, avaliando sua contribuição para a implementação de políticas públicas; (iii) investigar a presença de práticas dialógicas e mecanismos de diálogos entre o CMS/JF, o Ministério Público e o Poder Judiciário, conforme documentado nos registros disponíveis; (iv) compreender os desafios e lacunas apontados nas reuniões do CMS/JF no que se refere à adoção de práticas dialógicas e aplicação das diretrizes estabelecidas pela Portaria n.º 793/2012, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Nessa toada, a pesquisa em questão conforma-se à linha de “Direito, Argumentação e Políticas Públicas: empiria e inovação na pesquisa jurídica”, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Direito e Inovação da Universidade Federal de Juiz de Fora, notadamente por buscar analisar interações institucionais em um contexto de discussões sobre políticas públicas voltadas à saúde das PCDs, com foco na identificação de mecanismos e práticas adotados pelo Conselho Municipal de Saúde do Município de Juiz de Fora.

Dado o recorte do estudo, identifica-se também o potencial significativo de impacto em nível local e de contribuição para o aperfeiçoamento das estratégias de diálogo interinstitucional no âmbito do Município de Juiz de Fora, o que pode favorecer a implementação e a fiscalização mais eficazes de políticas públicas, considerando as especificidades do contexto local.

Para o alcance dos objetivos propostos, foram extraídos dados jurídico-sociais relevantes por meio de uma metodologia empírica de pesquisa, a qual, em última análise, se pretende inovadora por romper com os métodos de pesquisa jurídicos tradicionais e eminentemente teóricos. Com esse intuito, para a pesquisa de caráter qualitativa, foi adotado método de análise de conteúdo e abordagem dedutiva, que somente tornou-se viável, dada a extensão dos dados coletados, mediante auxílio de software de transcrição de áudios por meio de inteligência artificial.

Diante do exposto, além desta breve introdução, o presente estudo será dividido em mais cinco capítulos. No capítulo 2, serão analisados os elementos centrais das políticas públicas voltadas à saúde das pessoas com deficiência, com base nas diretrizes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e no modelo de Redes de Atenção à Saúde.

No capítulo 3, serão abordados os fundamentos teóricos que permitem a compreensão do papel do Conselhos Municipais de Saúde e das Teorias dos Diálogos

Interinstitucionais, enquanto referencial teórico deste estudo.

No capítulo 4, será descrita a metodologia empregada na pesquisa, incluindo os métodos e as técnicas de pesquisa utilizadas. Este capítulo também justificará a escolha das abordagens metodológicas, detalhará os processos de coleta e análise de dados e discutirá as limitações envolvidas na condução da pesquisa.

No capítulo 5, será apresentada a análise dos registros das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora, bem como discutidas as práticas dialógicas e as interações institucionais com o Ministério Público e o Poder Judiciário, destacando sua relevância para a articulação entre atores e para o enfrentamento dos desafios na gestão e na atenção à saúde.

Por fim, no capítulo 6, serão apresentadas as considerações finais do estudo, retomando seus principais pontos, sintetizando os resultados alcançados e apontando possíveis desdobramentos futuros para o aprimoramento das políticas públicas e das práticas de diálogo à saúde da pessoa com deficiência.

## 2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

O presente capítulo aborda a evolução normativa das políticas públicas voltadas à saúde da pessoa com deficiência no Brasil na busca de garantir efetividade ao direito social à saúde. Sua compreensão pretende propiciar melhor clareza em relação aos diálogos promovidos pelos entes institucionais na implementação e controle das políticas objeto do presente trabalho, tendo como ponto de partida as discussões sobre a judicialização excessiva que acomete as políticas públicas sanitárias no país.

Nota-se que o processo de ampliação dos direitos sociais, em especial o direito à saúde, permitiu vislumbrar o papel das normas regulamentares veiculadoras de políticas públicas, exaradas pelo Poder Executivo no exercício de suas competências. Embora significativo, o papel normativo exercido pelo Poder Executivo é frequentemente preterido em análises jurídico-acadêmicas, as quais se voltam comumente às emendas constitucionais e leis ordinárias e complementares, aprovadas pelo Poder Legislativo.

Os direitos sociais enquadram-se na chamada segunda geração de direitos fundamentais, a qual decorre de amplos movimentos reivindicatórios, ao longo dos séculos XIX e XX, para o reconhecimento progressivo de direitos e comportamento ativo do Estado na realização da Justiça Social (Sarlet, 2015, p. 192). Os efeitos e problemas sociais decorrentes da industrialização e do Liberalismo culminaram na formulação de pressupostos do *Welfare State*, que veio a integrar, de forma embrionária, as Constituições francesas de 1793 e 1848, a Constituição brasileira de 1824 e a Constituição alemã de 1849 (Sarlet, 2015, p. 192).

No Brasil, os direitos sociais encontram previsão expressa no art. 6º da Constituição Federal de 1988 e, conforme salientado por Sarlet (2015, p. 47), são essenciais, conferindo aos indivíduos prestações estatais, como saúde, educação e assistência social, representando uma transição das liberdades formais abstratas para liberdades materiais concretas. Em comum, possuem como nota distintiva o fato de serem conferidos pelo Estado por meio de prestações positivas, destinadas a promover o acesso a tais direitos a quem não dispõe de recurso próprio para os alcançar (Sarlet, 2015, p. 191).

Nesse sentido, para a garantia de eficácia dos direitos fundamentais sociais assim como previstos na Constituição Federal de 1988, assume relevo o planejamento estatal prévio, bem como a elaboração de políticas públicas voltadas à implementação de ações e serviços mediante alocação de recursos públicos<sup>1</sup>.

Pelo fato de constituírem formas de concretização de direitos fundamentais, em particular de direitos sociais, Bucci (2006, p. 39) compreende as políticas públicas como categoria jurídica autônoma, conceituando-as como “programas de ação governamental juridicamente definidos”<sup>2</sup>, que estão alinhados com um conjunto de ferramentas de análise adequado à visão do governo. Trata-se, em outras palavras, de instrumento de atuação do governo, através do qual se busca o atendimento aos objetivos que o Estado, por determinação legal ou constitucional, tem o dever de tutelar.

Dessa forma, ao Poder Executivo é atribuída a iniciativa privativa para dispor sobre projetos que envolvem comprometimento orçamentário ou a organização de serviços públicos, incluindo a contratação de pessoal com recursos públicos, conforme previsto no artigo 61, § 1º da Constituição Federal (Brasil, 1988). Para além desta prerrogativa, o papel regulamentar exercido por meio de decretos, portarias, resoluções e outras disposições infralegais, ancorado no art. 84, inciso VII, da Constituição Federal de 1988, permite ao Executivo exarar comandos gerais para a correta implementação das políticas públicas.

Nesse cenário, a análise das normativas de competência do Poder Executivo não só amplia o debate sobre a interação entre as instituições, mas também fortalece o processo democrático, na medida em que possibilita a compreensão dos objetivos

---

<sup>1</sup> Sarlet (2015, p. 213) evidencia, porém, que nem todos os direitos sociais dependem de políticas públicas, argumentando a necessária distinção entre políticas públicas e direitos fundamentais, com base na diferença entre os direitos originários a prestações e direitos derivados a prestações. Assim defende que “é preciso ter presente a complexidade das próprias prestações estatais, que abrangem prestações individualizadas, que nem sempre decorrem de uma política pública, no sentido de uma atividade de cunho mais geral e resultante de um prévio planejamento pelo poder público” (Sarlet, 2015, p. 213).

<sup>2</sup> Para Bucci (2006, p. 39), “política pública é o programa de ação governamental que resulta de um processo ou conjunto de processos juridicamente regulados - processo eleitoral, processo de planejamento, processo de governo, processo orçamentário, processo legislativo, processo administrativo, processo judicial - visando coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados. Como tipo ideal, a política pública deve visar à realização de objetivos definidos, expressando a seleção de prioridades, a reserva de meios necessários à sua consecução e o intervalo de tempo em que se espera o atingimento dos resultados”.

e fundamentos legais e regulamentares que orientam a ação governamental, a qual, em última análise, é objeto constante de controle judicial.

Sobre o tema, Bucci (2017) destaca a importância da consideração dos instrumentos normativos infralegais para a reflexão sobre propostas de redução da judicialização excessiva da saúde, identificando três principais dificuldades em seus estudos: 1. O caráter individualista dos processos judiciais típicos, que se baseiam na teoria jurídica liberal dos direitos individuais, focada nas relações e conflitos entre indivíduos; 2. A dificuldade enfrentada pelos intérpretes do direito, já que as normas não estão baseadas em um único instrumento normativo de fácil compreensão, além da complexidade adicional decorrente do arranjo federativo; 3. O fato de a existência da política pública não ser adequadamente comunicada na ação judicial, fazendo com que o juiz não tome conhecimento dela antecipadamente.

Esse distanciamento entre o conteúdo da decisão judicial e as propostas de implementação de políticas públicas, veiculadas nas normativas elaboradas pelo Poder Executivo, descortina a complexidade da Judicialização da Saúde, bem como a necessária adoção de perspectivas que transcendem a mera análise jurídica dos casos concretos para melhor compreensão.

Nesse sentido, Souza (2011, p. 22), sem preterir do papel de garantidor da efetividade aos direitos constitucionais exercido pelo Poder Judiciário, reconhece a necessidade de análise da judicialização sob uma perspectiva multi-institucional, que considera as transformações sociais e o papel dos diferentes atores que compõem a estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS). Para o autor (2011, p. 22-23):

A questão da judicialização das demandas sanitárias deve ser encarada neste quadro mais amplo, que reconhece a variedade de agentes que concorrem para a tomada de decisões no sistema de saúde brasileiro e valoriza a participação de cada um para o atingimento do resultado final. Nesse processo, composto por centros decisórios fragmentados, cada espaço possui diferente expertise, opera com diferentes racionalidades e se vincula em graus diferentes às demandas substantivas, legais e científicas.

Assim, no que concerne especificamente às normas sanitárias que definem diretrizes de implementação de políticas públicas voltadas à saúde das PCDs, de maneira a ampliar as discussões sobre o papel institucional dos atores envolvidos, mostra-se necessária a análise dos aspectos normativos importantes para seu

desenvolvimento até a estruturação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência pelo Poder Executivo Federal.

Conforme será abordado ao longo deste capítulo, a adoção do modelo de estruturação em rede evidencia a importância da participação popular na definição das políticas públicas de saúde. Além disso, ressalta a necessidade de ampliar os diálogos interinstitucionais e de incluir, de forma mais efetiva, os diversos atores envolvidos nesse processo, como o Ministério Público e o Poder Judiciário.

## 2.1 A REDE DE CUIDADOS À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Verifica-se que, desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, foi garantida especial atenção à assistência pública à saúde das pessoas com deficiência no Brasil, sendo estabelecido pelo artigo 23, inciso II, do texto constitucional (Brasil, 1988), a competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios “cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência”<sup>3</sup>.

Além desta previsão inicial, que estabelece as bases para o desenvolvimento das políticas públicas específicas para as PCDs, a Constituição Federal (Brasil, 1988) orienta o processo de formulação das políticas de saúde pelos princípios da universalidade, enquanto motor de acesso qualificado à saúde para todos; da equidade, como estratégia para acolher enfrentamento das desigualdades; e do atendimento integral, garantindo prioridade para as atividades preventivas, para além das ações e serviços assistenciais. Sob tais diretrizes, norteadoras do Sistema Único de Saúde (SUS), o direito à saúde das pessoas com deficiência consolida-se como um mandamento do Estado de promoção do acesso às PCDs em igualdade de condições aos demais usuários, observando as suas necessidades específicas.

Conforme Mendes (2014), as discussões que permearam a promulgação da Constituição Federal de 1988, bem como a legislação infraconstitucional que a sucedeu, acompanharam a evolução da compreensão de que fatores orgânicos (de

---

<sup>3</sup> Encontra-se em tramitação a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) n.º 57/2019, que busca alterar os arts. 7º, 23, 24, 37, 40, 201, 203, 208, 227 e 244 da Constituição Federal para incorporar a nomenclatura “pessoa com deficiência”, utilizada pela Convenção Internacional sobre o Direito das Pessoas com Deficiência, em detrimento da expressão “portadora de deficiência”, já considerada inadequada (Brasil, 2019).

função e estrutura do corpo) e ambientais (condições de acessibilidade arquitetônica, comunicacional e atitudinal) são igualmente relevantes para o acesso à saúde das pessoas com deficiência. Neste processo, reconheceu-se o impacto das condições socioeconômicas e do acesso a serviços essenciais, como saúde, educação, trabalho e renda, na construção dos significados das deficiências e na vida das pessoas (Mendes, 2014).

Essa visão ampliada, ao considerar não apenas as limitações físicas, mas também as desigualdades sociais que afetam o acesso à saúde e aos demais direitos das pessoas com deficiência, influenciou mudanças significativas na definição do termo "pessoa portadora de deficiência" nas normativas e políticas públicas subsequentes, refletindo o deslocamento gradual de um paradigma exclusivamente médico para uma abordagem mais inclusiva e social<sup>4</sup>.

Antes da promulgação do texto constitucional, prevalecia nas normativas o conceito de deficiência como uma condição exclusivamente médica, centrada na cura da doença, em detrimento de uma abordagem mais ampla e pautada pela inclusão social (Mota, 2018, p. 96). Esse paradigma é evidenciado pelo Decreto n.º 914 (Brasil, 1993), que instituiu a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, e definiu o termo nos seguintes termos:

Art. 3º Considera-se pessoa portadora de deficiência aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura, ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano.

A associação da deficiência à "incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano" reflete um viés normativo em que as capacidades dos indivíduos são avaliadas com base em parâmetros idealizados de normalidade. Diante desta conceituação de deficiência, Mota (2018, p. 96) reconhece a adoção do que denomina de "modelo médico", que busca, por meio

---

<sup>4</sup> Segundo MOTA (2018), a partir da Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (CIDPcD), o termo "pessoa portadora de deficiência" deu lugar a conceito único e em constante evolução, focado na perspectiva da incapacidade. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), aprovada em assembleia da Organização Mundial da Saúde em 2011, também passa a adotar como parâmetro a capacidade funcional do indivíduo, incentivando o uso da expressão "deficiência" como uma condição de saúde, sem significar que o indivíduo deva ser considerado incapaz ou doente (WHO, 2012).

da cura, o ajuste do indivíduo dentro dos padrões de normalidade, através de uma visão excludente de assistência à saúde.

Após a Constituição de 1988, contudo, inaugura-se a adoção de modelo que reconhece a integração social como condição essencial para o acesso aos demais direitos das pessoas com deficiência. Nesse contexto, foi promulgada a Lei n.º 7.853 (Brasil, 1989), um dos primeiros instrumentos legais específicos para a proteção dos direitos das PCDs no período pós-Constituição, que regulamentou o apoio às pessoas portadoras de deficiência (nomenclatura empregada à época) e sua integração social, criou a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE) e estabeleceu infrações administrativas e crimes para punir práticas discriminatórias contra essas pessoas.

Posteriormente, a Portaria n.º 1.060 (Brasil, 2002), que instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, propõe a reestruturação dos serviços de saúde sob a perspectiva da inclusão social, enfatizando a necessidade de superar a abordagem tradicional focada na cura e promover uma visão ampliada que reconhece as PCDs como sujeitos plenos de direitos e participantes da sociedade. Segundo o texto da Portaria:

Essa nova abordagem representa um outro marco significativo na evolução dos conceitos, em termos filosóficos, políticos e metodológicos, na medida em que propõe uma nova forma de se encarar as pessoas portadoras de deficiência e suas limitações para o exercício pleno das atividades decorrentes da sua condição. Por outro lado, influencia um novo entendimento das práticas relacionadas com a reabilitação e a inclusão social dessas pessoas (Brasil, 2002, p. 2).

Essa evolução da concepção do direito à saúde das pessoas com deficiência atrelada à necessária superação de barreiras de inclusão social, norteou a subscrição do Brasil na Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (Brasil, 2009), com atribuição de *status* constitucional, marco fundamental para a ampliação de políticas públicas voltadas a garantir a autonomia e a ampliação do acesso das PCDs aos direitos sociais. Por meio do Decreto n.º 6.949 (Brasil, 2009), o direito brasileiro recepciona o conceito e os princípios norteadores da Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (CIDPCD), prevendo em seu art. 3º os princípios da não discriminação, da plena e efetiva inclusão na sociedade e da

aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e da humanidade.

Igualmente atenta à necessidade de ampliação da inclusão social, a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2012) passou a recomendar medidas de maior integração entre os serviços de saúde, com foco na coordenação da assistência de modo a promover uma abordagem colaborativa e interdisciplinar da oferta, bem como garantir uma distribuição de recursos mais eficiente e justa. Dentre as propostas, estavam o compromisso de melhorar a disponibilidade, a acessibilidade e a viabilidade econômica dos serviços, visando superar barreiras de acesso, inadequação dos serviços e os custos da reabilitação (WHO, 2012).

Porém, apesar dos esforços normativos para ampliar o modelo e garantir maior integração social, as iniciativas do Poder Público até então voltadas às pessoas com deficiência eram criticadas no Brasil por se manterem isoladas e ineficazes do ponto de vista da integralidade, equidade e acesso qualificado e universal à saúde, sem possibilitar uma articulação consistente entre os pontos e níveis de atenção à saúde (Campos; Souza; Mendes, 2015).

Nesse cenário, as discussões internacionais conduziram ao lançamento pela Presidência da República do Programa Viver Sem Limite: Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência (Brasil, 2011), que envolveu quinze pastas ministeriais para priorização de quatro eixos: Atenção à Saúde; Acesso à Educação; Inclusão Social; e Acessibilidade. Também foram previstos pelo Programa investimentos da ordem de 14 bilhões de reais a serem aplicados em ações incrementais às PcDs até o ano de 2014 (Brasil, 2011).

Para a estruturação dessa agenda no âmbito do SUS, por meio da Portaria n.º 793 (Brasil, 2012) foi instituída pelo Ministério da Saúde a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), com o intuito de desenvolver ações de saúde por meio de uma rede interconectada, que possibilitasse maior articulação entre os pontos de atendimento e o planejamento integral e intersetorial das ações em saúde, com foco não somente na reabilitação dos usuários, como também em medidas de prevenção e intervenção precoce.

Posteriormente, junto a outras normas regulamentadoras das Redes de Atenção do Sistema Único de Saúde, as regras previstas pela Portaria n.º 793/2012 foram consolidadas pela Portaria de Consolidação do MS n.º 3 (Brasil, 2017), bem como alteradas pela Portaria GM/MS n.º 1.526 (Brasil, 2023), para dispor sobre a

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do SUS.

Em que pesem as alterações implementadas pelas normativas mais recentes, a Portaria n.º 793/2012, ao instituir em caráter inaugural a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, destacou-se por promover mudanças significativas em relação ao modelo anterior, notadamente sob dois principais aspectos: (i) a adoção de modelo biopsicossocial, que compreende de forma integrada as várias dimensões que envolvem o processo de saúde; (ii) a organização em estrutura de rede, alicerçada essencialmente sobre o princípio da integralidade das ações e serviços de saúde.

Tais alterações, conforme será abordado, ampliam as discussões sobre o papel institucional dos atores envolvidos na fiscalização e implementação da Rede Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência e, dado o caráter inovador em relação aos modelos anteriores, serão analisadas mais detidamente a seguir.

## 2.2 O MODELO BIOPSIKOSSOCIAL DE ATENÇÃO À SAÚDE

Conforme instituído pela Portaria n.º 793 (Brasil, 2012), os cuidados à pessoa com deficiência devem ser organizados a partir dos componentes de atenção básica; atenção especializada em reabilitação; atenção hospitalar e de urgência e emergência; e de apoio diagnóstico e terapêutico, sendo primordial que sejam articulados entre si para garantir a integralidade do cuidado e a eficiente regulação de acesso aos serviços.

Nesse sentido, o artigo 14 da referida normativa (Brasil, 2012) define a estruturação do componente de atenção especializada em reabilitação, especificando os pontos de atenção que compõem o sistema e classificando os estabelecimentos especializados em três categorias principais: (i) estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um serviço de reabilitação; (ii) Centros Especializados em Reabilitação (CER); e (iii) Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Os estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um serviço de reabilitação, nos termos do art. 14, inc. I, da Portaria n.º 793 (Brasil, 2012), são dedicados ao oferecimento de tratamentos e terapias especializadas, focados em um único tipo de deficiência, seja auditiva, física, intelectual, visual, de ostomia ou relacionada a múltiplas deficiências. Nos termos do parágrafo único, os

estabelecimentos que já possuíam este perfil até a data de publicação na normativa são incorporados à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (Brasil, 2012).

Por sua vez, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são integrados como pontos de atenção dentro da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, destacando a importância da saúde bucal como parte do tratamento integral. Estes centros fornecem serviços odontológicos especializados que podem incluir adaptações e procedimentos específicos para atender às necessidades de pessoas com diferentes tipos de deficiências (Brasil, 2012).

Por fim, os Centros Especializados em Reabilitação (CERs) são infraestruturas multidisciplinares que oferecem serviços abrangentes para diversas deficiências, com o intuito de proporcionar uma gama ampla de serviços de reabilitação no mesmo local, facilitando o acesso dos pacientes a diferentes tipos de cuidados especializados sem a necessidade de múltiplos encaminhamentos (Brasil, 2012).

Nos termos do art. 19 da Portaria n.º 793 (Brasil, 2012), os CERs podem ser compostos por dois serviços de reabilitação habilitados - o chamado CER II; por três serviços de reabilitação habilitados - CER III; ou por quatro ou mais serviços de reabilitação habilitados - CER IV, cujos serviços devem ser realizados de forma articulada com outros pontos de atenção da Rede, através de Projeto Terapêutico Singular, construído pela equipe, usuário e sua família.

A previsão dos Centros Especializados em Reabilitação enquanto estabelecimentos que atendem múltiplas deficiências, por meio de um tratamento multidisciplinar, reflete o caráter inovador da política pública estabelecida pela Portaria n.º 793/2012, notadamente por garantir ênfase aos princípios da integralidade, equidade e universalidade do atendimento, considerando as barreiras enfrentadas pelas PCDs. Campos, Souza e Mendes (2015, p. 209) expõem que:

Antes da atual política, o cuidado à saúde da pessoa com deficiência estava restrito a equipamentos de reabilitação: serviços do componente de saúde da Atenção Especializada, o que é insuficiente para as demandas de saúde da pessoa com deficiência. A nova Rede entende que os Centros de Reabilitação são necessários como pontos de atenção para ações específicas no cuidado à saúde da pessoa com deficiência, mas, também, são concebidos como espaços de articulação com os outros pontos de atenção do SUS.

O rompimento com a lógica de serviços isolados e focados em reabilitação, pretendido pela Rede de Cuidados à Saúde da PCD, conduz à ampliação da previsão

de ações destinadas ao tratamento, prevenção e reabilitação de doenças, integrando-as outros aspectos igualmente relevantes para a adesão ao tratamento e participação do indivíduo na sociedade. De acordo com Mendes (2014, p. 147-148):

Na Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, além dos desafios implicados com a efetivação prática dos princípios e diretrizes do SUS, foi imperativo considerar, também, dimensões específicas, que permitissem de fato realizar as mudanças necessárias às práticas e ao modelo de atenção à saúde dessas pessoas, rompendo com a lógica da institucionalização e do isolamento social, bem como da fragmentação dos cuidados, indo na direção da promoção da autonomia, da inclusão social, da superação da atomização dos cuidados e dos especialismos tecnicistas e/ou pseudocientíficos que, com frequência, permeiam a lógica da reabilitação em nosso País.

Nesse sentido, a Portaria n.º 793/12 propõe o distanciamento do modelo médico de estruturação dos serviços e ações de saúde tratamento das PCcDs, substituindo o foco na cura e retorno aos padrões de normalidade por uma lógica centrada na figura do paciente e na promoção da sua autonomia e inclusão social. O conceito de PcCDs previsto pela Rede de Cuidados ancora-se, pois, na definição dada pela CIDPcD, que considera a importância da atenção para todos os níveis de incapacidade:

Art. 1º Esta Portaria institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O dispositivo amplia, assim, o conceito de deficiência para incluir diferentes tipos de condições — temporárias ou permanentes, progressivas, regressivas, estáveis, intermitentes ou contínuas, em uma visão abrangente que passa a compreender as múltiplas dimensões da deficiência. Posteriormente, a Portaria n.º 1.526 (Brasil, 2023) buscou compatibilizar o conceito de deficiência com a Lei Brasileira de Inclusão (LBI), sem preterir o caráter amplo da proteção conferida pela RCPD:

XII - pessoa com deficiência: pessoa com impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação

plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas;

O conceito amplo de deficiência, aliado à criação de dispositivos de atenção especializada fundamentados na integralidade, evidencia a consolidação de um modelo biopsicossocial no cuidado à saúde, que transcende a abordagem exclusivamente médica, incorporando as múltiplas dimensões que envolvem o processo de saúde e doença, como os aspectos sociais, individuais e ambientais (Brasil, 2023). Ao reconhecer essas dimensões, o modelo biopsicossocial torna-se essencial para abordar as complexidades inerentes às necessidades das pessoas com deficiência<sup>5</sup>.

O enfoque garantido pela RCPD ao modelo biopsicossocial também está em consonância com a Lei Brasileira de Inclusão (LBI), para a qual a garantia do direito à saúde para as pessoas com deficiência apenas pode ser plenamente alcançada quando acompanhada de medidas que considerem as barreiras físicas, atitudinais, tecnológicas, dentre outras, que restringem o acesso igualitário (Brasil, 2015). Esse entendimento, em última análise, torna imperativo que a estrutura de atendimento do SUS não se limite a prover serviços de saúde, mas também incorpore ações que promovam inclusão social, assistência, moradia e educação, o que foi amplamente considerado pela Portaria n.º 793 (Brasil, 2012):

Art. 4º São objetivos específicos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência:

IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com deficiência, por meio do acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária, em articulação com os órgãos de assistência social;

[...]

Art. 13. A Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência priorizará as seguintes ações estratégicas para a ampliação do acesso e da qualificação da atenção à pessoa com deficiência:

VI - incentivo e desenvolvimento de programas articulados com recursos da própria comunidade, que promovam a inclusão e a qualidade de vida de pessoas com deficiência;

[...]

---

<sup>5</sup> Conforme o art. 3º, inc. XI, da Portaria GM/MS n.º 1.526/2023, o modelo biopsicossocial “baseia-se na junção dos modelos médico e social, com vistas à compreensão da integração das várias dimensões que envolvem o processo de saúde e doença (biológica, individual e social)”.

X - apoio e orientação, por meio do Programa Saúde na Escola, aos educadores, às famílias e à comunidade escolar, visando à adequação do ambiente escolar às especificidades das pessoas com deficiência.

Por fim, importa considerar que a adoção do modelo biopsicossocial também se reflete em importantes avanços normativos e operacionais, como a formação, qualificação e educação permanente dos profissionais de saúde, com ênfase na humanização e no atendimento integral às pessoas com deficiência, e as estratégias de acolhimento, classificação de risco e análise de vulnerabilidade, que estruturam o cuidado para identificar e responder às necessidades específicas dessas pessoas, respeitando suas condições individuais e sociais (Brasil, 2023).

A integralidade, princípio fundamental no contexto dos sistemas de saúde, também está intrinsecamente relacionada à organização em rede proposta pela Portaria n.º 793/2012, pois conforme será apresentado no próximo tópico, a garantia de um cuidado contínuo, coordenado e resolutivo exige a articulação eficiente entre os diversos níveis de atenção e os diferentes atores envolvidos.

### 2.3 A ORGANIZAÇÃO EM REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

A proposta de uma Política de Atenção à Saúde com articulação dos diversos níveis e pontos de atenção do SUS, conduzida pela Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, teve como premissa, dentre outras diretrizes previstas pelo art. 2º da Portaria n.º 793 (Brasil, 2012), a “organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado”.

Conforme Mendes (2011), os sistemas de saúde organizados em Redes de Atenção, como a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, decorrem das mudanças da situação de saúde da população, para a qual um sistema fragmentado, reativo, episódico e focado principalmente no tratamento de condições agudas e nas exacerbações de condições crônicas não se mostra mais suficiente e eficaz.

Por essa razão, a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência emerge fundamentada no princípio da integralidade, na busca de um modelo que transcende a mera reabilitação para incluir a prevenção e a intervenção precoce, partindo do pressuposto de que o modelo anterior não mais atende às necessidades da população. Essa abordagem integrada reflete uma transformação significativa no

Sistema Único de Saúde (SUS), ampliando ações e serviços para garantir a autonomia e inclusão social das pessoas com deficiência. De acordo com a definição de Mendes (2011, p. 82):

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

Atrelada ao modelo de saúde estruturado em rede, nota-se a especial atenção dos atos normativos às necessidades específicas da população, garantindo que as políticas de saúde sejam adaptadas às realidades locais e que os recursos e serviços sejam devidamente distribuídos e organizados de acordo com as demandas, por meio do princípio da regionalização (Brasil, 2012).

Como enfatizado por Machado et al. (2018), a regionalização é um processo fundamental para a organização das RAS, pois a definição de regiões de saúde implica na demarcação de limites geográficos e populacionais, bem como no estabelecimento de um conjunto de ações e serviços que serão ofertados. No que concerne à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, a regionalização deve ainda considerar a acessibilidade, a abrangência populacional e a escala dos serviços para garantir que todos os indivíduos recebam cuidados adequados e oportunos (Brasil, 2012).

Para além da regionalização, outra característica central das Redes de Cuidado é a importância do papel exercido pela regulação. No âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, cabe à regulação operar para organizar os serviços em base territorial, observando os seguintes objetivos gerais (Brasil, 2012):

Art. 3º São objetivos gerais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência:

I - ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no SUS;

II - promover a vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomia e com múltiplas deficiências e suas famílias aos pontos de atenção; e

III - garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco.

Campos et al. (2006) analisam a regulação em saúde pública dentro de um contexto amplo que envolve aspectos administrativos, técnicos e políticos do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo compreendida como um conjunto de processos e medidas que visam ordenar o sistema de saúde, assegurando o acesso, a equidade e a qualidade dos serviços de saúde. Sob tal perspectiva, à regulação cabe o papel de coordenação e distribuição eficiente de recursos no sistema de saúde, além de fiscalização e controle de qualidade de acesso à população (Campos et. al, 2006).

Por isso, há estreita vinculação da regulação do acesso à saúde às medidas de inclusão social, tendo em vista que os determinantes sociais — fatores como condições socioeconômicas, educação, ambiente físico e acesso a serviços — devem ser reconhecidos como elementos que influenciam a saúde das populações, reforçando a necessidade de políticas públicas integradas e ações intersetoriais no âmbito do SUS<sup>6</sup>.

Para propiciar a adoção dos parâmetros para regionalização e regulação da saúde pretendidos pela organização em rede, o art. 5º da Portaria n.º 793 (Brasil, 2012) determinou a implementação da RCPD em quatro fases essenciais: (i) inicialmente, através do diagnóstico e desenho regional da rede; (ii) pela adesão formal à rede; (iii) através da contratualização dos pontos de atenção envolvidos; (iv) e, finalmente, a fase de implantação e monitoramento contínuo, que será coordenada pelo Grupo Condutor Estadual especificamente designado para este fim.

---

<sup>6</sup> Outro texto que pode ser consultado para uma compreensão detalhada do princípio da integralidade, especialmente no contexto dos determinantes sociais, é o Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 1986). Embora não seja uma obra de um único autor, este documento é relevante pois muitos dos princípios que orientam o SUS foram delineados e discutidos no contexto da Conferência, incluindo a integralidade e a consideração dos determinantes sociais como essenciais para a saúde pública.

Na primeira fase do processo, situa-se a apresentação da rede e o diagnóstico situacional das necessidades de saúde das pessoas com deficiência (Brasil, 2012). Este estágio inclui a elaboração de um Plano Regional, com apoio das Secretarias Estaduais de Saúde e a subsequente pactuação desse desenho, além de um Plano de Ação Regional e Municipal, que será aprovado pelos órgãos gestores pertinentes, garantindo a atribuição de recursos e responsabilidades claras entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios (Brasil, 2012).

No que concerne aos procedimentos para a adesão à rede, a normativa prevê a formação de um Grupo Condutor em Nível Estadual, coordenado pela Secretaria de Estadual de Saúde e apoiado pelo Ministério da Saúde. A adesão é formalizada com a aprovação da implementação inicial em áreas designadas pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB-SUS), seguida por atividades intensivas de mobilização e suporte aos processos de trabalho relacionados à Rede (Brasil, 2012).

Para a articulação dos pontos de atenção à saúde, a Portaria n.º 793 (Brasil, 2012) enfatiza a necessidade de desenhar e contratar serviços em Nível Municipal, e a criação de Grupos Condutores Municipais que trabalharão em colaboração com as Secretarias de Saúde para apoiar a implementação local, com apoio da Secretaria de Saúde Estadual. Nesse caso, as metas de implementação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência devem seguir o que prevê o Plano de Ação Regional e os Planos de Ação Municipais, garantindo a eficácia das intervenções propostas (Brasil, 2012).

Por fim, a Portaria n.º 793 (Brasil, 2012) define as competências operacionais distribuídas entre os Municípios, Estados e a União, de forma que cada nível de gestão não apenas é responsável pela coordenação e financiamento dos pontos de atenção, mas também pelo monitoramento e avaliação contínua da rede, de modo a ajustar e aprimorar as práticas de acordo com as necessidades e resultados obtidos. Ao ensejo:

Art. 10. Para operacionalização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, ficam estabelecidas as seguintes competências:

I - caberá ao Município, por meio da Secretaria de Saúde municipal, quando houver:

- a) a implementação e a coordenação do Grupo Condutor Municipal;
- b) a contratualização dos pontos de atenção à saúde sob a sua gestão, incluído o respectivo financiamento;
- c) o monitoramento e a avaliação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no território municipal;

II - caberá ao Estado, por meio da Secretaria de Saúde estadual:

- a) a coordenação do Grupo Condutor Estadual;

- b) a contratualização dos pontos de atenção à saúde sob a sua gestão, incluído o respectivo financiamento;
  - c) o monitoramento e a avaliação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no território estadual, de forma regionalizada; e
  - d) o apoio à implementação e ao financiamento dos pontos de atenção sob gestão municipal; e
- III - caberá à União, por intermédio do Ministério da Saúde o apoio à implementação, ao financiamento, ao monitoramento e à avaliação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em todo território nacional.
- Parágrafo único. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

Assim, as principais mudanças promovidas pela Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), instituída pela Portaria n.º 793/2012, podem ser compreendidas em diversas dimensões relacionadas à gestão, ao acesso e à qualidade dos serviços de saúde oferecidos às pessoas com deficiência, sendo que, para sua correta operacionalização, é indicada a atuação articulada dos entes da Federação, com competências definidas entre União, Estados e Municípios.

Em última análise, o compartilhamento de funções entre os entes federativos coaduna-se ao objetivo de regionalização, permitindo que a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência seja estruturada observando as deficiências e demandas avaliadas a nível local. Dentro desse contexto, assume relevo o papel da participação popular para legitimar as deliberações que se voltam à alocação de recursos e definições de ações e serviços, ancorados no princípio da integralidade.

Nesse sentido, a Portaria n.º 4.279 (Brasil, 2010), que estabelece as diretrizes das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, além da atenção centrada no indivíduo, na família e na comunidade, prevê a participação social no processo de contratualização e de definição das políticas públicas, notadamente através dos órgãos de participação social do SUS, como os Conselhos Municipais e Estaduais. No Capítulo 6, que trata dos “Elementos Constitutivos da Rede de Atenção à Saúde”, a normativa assim estipula:

No que tange ao Controle Social, as estruturas locais e estaduais devem desenvolver mecanismos e instrumentos inovadores de articulação, tais como fóruns regionais, pesquisas de satisfação do usuário, entre outros, cujas informações podem ser transformadas em subsídios de monitoramento e avaliação das políticas de saúde no espaço regional.

O contexto em que os Conselhos de Saúde e a participação popular são mencionados está diretamente relacionado à governança no âmbito das Redes de Atenção à Saúde (RAS), entendida como um processo que envolve múltiplos atores, mecanismos, instituições e relações, com o objetivo de articular interesses, mediar diferenças e promover ações coordenadas para atender às necessidades de saúde das regiões (Brasil, 2010).

Tal perspectiva ressalta a importância dos mecanismos institucionais e da participação coletiva no fortalecimento das RAS. À medida que os diálogos interinstitucionais ganham centralidade, torna-se evidente que a integração efetiva entre diferentes níveis de gestão e setores é indispensável para enfrentar os desafios da saúde pública de maneira inclusiva e eficaz.

Assim, a estrutura da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, enquanto propulsora de transparência e participação de diferentes atores, incluindo a sociedade civil, na tomada de decisões para implementação da política de saúde, descortina as crescentes discussões sobre as possibilidades e limites dos diálogos interinstitucionais na saúde, o que será abordado com maior profundidade no capítulo a seguir.

### 3 FUNDAMENTOS DOS DIÁLOGOS INTERINSTITUCIONAIS NA SAÚDE

Passados mais de dez anos da publicação da Portaria que regulamenta a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, aponta-se a crescente judicialização da saúde face à criação e implementação de políticas públicas tornando-se inegável, diante desse cenário, a expansão do Poder Judiciário no processo decisório relativo ao dever-fazer do Estado nas democracias contemporâneas (Carvalho, 2009), em decorrência sobretudo da efetivação dos direitos consagrados constitucionalmente, tal como o direito à saúde.

No que concerne à judicialização envolvendo demandas de saúde de pessoas com deficiência, observa-se uma lacuna significativa na literatura acadêmica, especificamente no que tange a pesquisas qualitativas que possam embasar análises mais profundas e dados abrangentes sobre o número de ações judiciais, os tipos de demandas e os custos associados. De maneira geral, as pesquisas qualitativas desenvolvidas para o estudo da judicialização voltam-se aos números crescentes relacionados ao tema saúde, sem realizar o recorte de público-alvo.

Sobre o tema, Vianna, Burgos e Salles (2007, p. 41) reconhecem a judicialização da política como um fenômeno global, destacando, porém, o papel central do Judiciário na proteção dos setores mais vulneráveis da sociedade, incluindo pessoas com deficiência. Para os autores (2007, p. 41):

A invasão do direito sobre o social avança na regulação dos setores mais vulneráveis, em um claro processo de substituição do Estado e dos recursos institucionais classicamente republicanos pelo judiciário, visando a dar cobertura à criança e ao adolescente, ao idoso e aos portadores de deficiência física. O juiz torna-se protagonista direto da questão social. Sem política, sem partidos ou uma vida social organizada, o cidadão volta-se para ele, mobilizando o arsenal de recursos criado pelo legislador a fim de lhe proporcionar vias alternativas para a defesa e eventuais conquistas de direitos.

Essa reflexão reforça a centralidade do Judiciário na atuação como mediador das demandas sociais e evidencia como a ausência de sistemas institucionais adequados acaba por deslocar para o Judiciário a responsabilidade pela proteção de direitos fundamentais. Por isso, no contexto das pessoas com deficiência, essa dinâmica sublinha a necessidade de pesquisas mais detalhadas, promovendo uma

base empírica que permita uma análise mais robusta e fundamentada para futuras intervenções políticas e acadêmicas.

Verifica-se que o próprio Conselho Nacional de Justiça (CNJ) não adota recortes específicos em suas análises de dados sobre a judicialização da saúde. Embora os dados fornecidos evidenciem um aumento significativo e contínuo no número de ações judiciais relacionadas à saúde, não há segmentação que permita identificar o impacto específico sobre determinados grupos vulneráveis, como as pessoas com deficiência.

Apesar disso, os dados apresentados pelo *Relatório Judicialização e Sociedade* (CNJ, 2021, p. 27) são relevantes ao demonstrarem o impacto do fenômeno da judicialização em diferentes estados e a correspondente concentração de processos. Foi verificado que a grande parte dos processos relacionados à saúde concentram-se nos Tribunais de Justiça Estaduais, sendo o Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG) o segundo Tribunal que mais recebeu novos casos entre 2015 e 2020, ficando atrás apenas do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP).

A série histórica de dados do estado de Minas Gerais revela o total de 444.123 (quatrocentos e quarenta e quatro mil, cento e vinte e três) novos casos judicializados na área da saúde, com crescimento de 334,10% (trezentos e trinta e quatro vírgula dez por cento) no ano de 2020, em relação ao ano anterior. Embora esse aumento expressivo possa refletir o período pandêmico, em que houve forte pressão sobre o sistema de saúde e conseqüente intensificação da busca pelo Judiciário como forma de assegurar direitos, é relevante enfatizar que Minas Gerais historicamente já apresenta índices crescentes de judicialização em relação a outros estados, conforme a tabela abaixo:

Tabela 1 – Número de casos novos ingressados no TJMG entre 2015 e 2020

2015	2016	2017	2018	2019	2020
29.927	85.011	42.416	36.783	46.809	203.177

Fonte: Painel do Justiça em Números (2020).

Essa expansão do Poder Judiciário no controle judicial de políticas públicas, especialmente após a Constituição Federal de 1988, aprofundou os debates acerca do papel dos atores institucionais no controle das políticas públicas, notadamente sob

a perspectiva das Teorias dos Diálogos Interinstitucionais, que propõem a superação da Supremacia Judicial e do modelo tradicional de Separação de Poderes. Conforme Silva e Schulman (2017, p. 298):

Há soluções para a judicialização da saúde, mas exigem tomar as críticas ao fenômeno em seus múltiplos significados de modo construtivo. O frequente argumento em relação à separação de poderes cede lugar à valorização dos “freios e contrapesos” e dos diálogos entre diferentes instâncias, compondo verdadeiras redes de atendimento. A habitual censura à interferência do Judiciário nas políticas públicas não se resolve com a impossibilidade de acesso à esfera judicial, mas com a oferta de alternativas reais e concretas.

Ainda conforme o *Relatório Judicialização e Sociedade*, percebe-se baixa intensidade de articulação entre o Poder Executivo, por meio de suas Secretarias de Saúde, e o Poder Judiciário local para a realização de consultas prévias a decisões liminares em processos de saúde pública (2021, p. 118). Sobre o tema, o relatório aponta a necessidade de, a partir de uma pesquisa de natureza mais qualitativa, compreender os mecanismos de aproximação e interlocução entre magistrados e representantes do Executivo (2021, p. 118).

Nota-se, sob tal aspecto, que a realização de diálogos com outros centros de decisão, pode se mostrar uma alternativa para que as instituições judiciais executem o controle externo de políticas públicas voltadas à saúde da pessoa com deficiência e colaborem para os objetivos que nortearam a criação da Rede de Cuidados pela Portaria MS n.º 793/2012. Com efeito, em contexto de significativa judicialização, é impositivo buscar aprofundar as discussões sobre os critérios para a atuação do Poder Judiciário na realização de atos que interfiram em decisões tomadas pelo Poder Executivo e seus órgãos vinculados, como o Conselho Municipal de Saúde.

### 3.1 O PAPEL DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE NOS DIÁLOGOS INTERINSTITUCIONAIS

Os Conselhos de Saúde emergiram em um contexto de intensa mobilização social por reformas na área da saúde, que antecedeu a promulgação da Constituição Federal (Brasil, 1988) e consolidou, em seu art. 198, inc. III, a participação da comunidade como diretriz do novo Sistema Nacional de Saúde.

Conforme Correia (2000, p. 55), a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um marco para a legitimação das propostas do Movimento Sanitário no Brasil, através do qual foi reconhecida a extensão universal dos direitos e das prestações do Sistema Único de Saúde (SUS) como alternativa ao sistema até então vigente. Os trabalhos realizados pela Conferência contaram com ampla participação dos setores organizados da sociedade civil no tocante às discussões travadas em torno da participação da comunidade, resultando em diretrizes que definiram um novo padrão de políticas sociais<sup>7</sup>. Conforme Carvalho (1998, p. 23):

Na verdade, as circunstâncias da época fizeram dos Conselhos de Saúde uma espécie de paradigma de inovação institucional que se estendeu a outros setores de política social. Observando os princípios da descentralização e da participação, característicos do *policy-making* social de então, os Conselhos emergentes assumiam, ao lado de atribuições de planejamento e controle das políticas, um papel de "proteção" dos direitos. Nesse sentido, somavam-se ao conjunto de instrumentos institucionais então criados com a finalidade de garantir o exercício dos direitos de cidadania (Ministério Público, Procuradorias especiais, Procons etc.).

Para além da promoção e proteção do direito à saúde, o Movimento Sanitário defendeu a descentralização dos serviços de saúde e a municipalização como estratégias para democratizar o sistema nacional de saúde, princípios fundamentais do SUS. A descentralização foi entendida como um caminho de desburocratizar o sistema, aumentando a resolutividade dos problemas e aproximando a gestão do cidadão, o que permite maior cobrança e interferência nas políticas de saúde municipais (Correia, 2000, p. 56).

---

<sup>7</sup> Dentre os temas abordados na VIII Conferência Nacional de Saúde estavam: as diretrizes para a reorganização do Sistema Único de Saúde, que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional; garantia de participação da sociedade na formulação da política e no planejamento, gestão, execução e avaliação das ações de saúde; reformulação das Ações Integradas de Saúde, para possibilitar amplo e eficaz controle da sociedade organizada; constituição de um novo Conselho Nacional de Saúde, composto por representantes dos ministérios da área social; governos estaduais e municipais; entidades civis de caráter nacional, com atribuição principal de orientar o desenvolvimento e avaliar o Sistema Único de Saúde, incluindo definição de políticas, orçamento e ações; formação de conselhos de saúde nas esferas municipal, regional e estadual, compostos por representantes eleitos pela comunidade, com função de planejar a execução e fiscalizar os programas de saúde; e unificação do sistema de saúde, até então fortemente segmentado em dois componentes: o Previdenciário (MPAS-INAMPS) e a Saúde Pública (Ministério da Saúde) (Brasil, 1986).

Com esteio na previsão constitucional de participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), a Lei n.º 8.142 (Brasil, 1990) regulamentou duas instâncias colegiadas para participação popular: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde<sup>8</sup>. Registre-se que, para recebimento de recursos financeiros advindos do Fundo Nacional de Saúde - FNS, a Lei n.º 8.142 (Brasil, 1990) exige como condição aos Estados, Municípios e Distrito Federal, a existência de Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto n.º 99.438, de 7 de agosto de 1990.

No âmbito do Município de Juiz de Fora, coube à Lei n.º 8.076 (Juiz de Fora, 1992), instituir o Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora (CMS/JF) como um órgão permanente, deliberativo, normativo e fiscalizador do Sistema Único de Saúde (SUS), vinculado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Suas principais competências incluem: (i) assegurar o direito à saúde no município conforme as legislações federal, estadual e municipal; (ii) formular, acompanhar e avaliar a execução da política municipal de saúde, inclusive a alocação de recursos; (iii) definir critérios e aprovar planos anuais e orçamentos para a saúde; e (iv) fiscalizar contratos e convênios relacionados à saúde, garantindo a conformidade com as diretrizes do SUS (Juiz de Fora, 1992).

Assim como os demais Conselhos de Saúde, o CMS/JF deve ser composto por representantes do governo, prestadores de serviços de saúde, profissionais de saúde e usuários, com paridade entre os grupos, garantindo 50% (cinquenta por cento) das vagas aos usuários (Juiz de Fora, 1992). Os representantes são escolhidos em assembleias e nomeados pelo Prefeito Municipal, sendo o Secretário Municipal de Saúde membro nato, podendo votar e ser votado para a Mesa Diretora do Conselho (Juiz de Fora, 1992).

Conforme prevê o Regimento Interno do CMS/JF (Juiz de Fora, 2012), que regula as suas atividades e atribuições, o órgão é composto por 54 (cinquenta e

---

<sup>8</sup> A Conferência de Saúde se reúne a cada quatro anos com a representação de diversos segmentos sociais para avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou pelo Conselho de Saúde (Brasil, 1990). Já o Conselho de Saúde consiste em órgão colegiado permanente e deliberativo, com composição paritária de representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, ao qual cumpre a formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões são homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo (Brasil, 1990).

quatro) membros efetivos e 54 (cinquenta e quatro) suplentes, totalizando 108 (cento e oito) conselheiros, divididos entre representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. Os conselheiros têm mandatos de dois anos, podendo ser reconduzidos, e exercem suas funções sem remuneração (Juiz de Fora, 1992).

As deliberações do CMS/JF são exercidas em reuniões ordinárias, que ocorrem duas vezes por mês, e extraordinárias, quando necessário (Juiz de Fora, 1992). Nas oportunidades de discussão, ao Conselho incumbe o importante papel de promoção da participação social e de interação com outras instituições relevantes para a temática de saúde pública, inclusive com os Poderes Legislativo e Judiciário (Juiz de Fora, 1992).

Sobre o papel dialógico dos Conselhos de Saúde, cumpre observar que as discussões sobre a aproximação entre os Poderes conduziram, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), à edição da Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 453 (Brasil, 2012), que dispõe sobre as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais e Municipais, atribuindo-lhes, dentre outras competências, a função de “incrementar e aperfeiçoar o relacionamento sistemático com os poderes constituídos, Ministério Público, Judiciário e Legislativo, meios de comunicação, bem como setores relevantes não representados nos conselhos” (inc. XXV).

O incentivo ao diálogo interinstitucional entre os Poderes também fica evidenciado na previsão da função de “estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde, entidades, movimentos populares, instituições públicas e privadas para a promoção da Saúde” (Brasil, 2012), diretriz que aponta para a valorização da articulação entre as diferentes instâncias para a garantia da saúde constitucionalmente estabelecida.

Especificamente em relação ao Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora (CMS-JF), a Lei Municipal n.º 8.076 (Juiz de Fora, 1992) determina, à semelhança da Resolução CNS n. 453/2012, o papel de “definir estratégias de articulação das instituições afins, buscando aprimorar, acompanhar e desenvolver as políticas de saúde de nível regional, estadual e federal, relacionadas com a realização das diretrizes e bases do SUS, no Município”, deixando clara a relevância do órgão para a promoção de diálogos institucionais.

Outro ator fundamental nas relações jurídico-institucionais do Conselho Municipal de Saúde é o Ministério Público, o qual, nos termos do Regimento Interno (Juiz de Fora, 2012) deve ser comunicado sobre as resoluções homologadas pelo Conselho, para ciência e providências legais (art. 30); bem como sobre as ações, corretivas ou saneadoras de problemas eventualmente verificados e que envolvam prestadores, servidores ou usuários do Sistema (art. 42, inc. III).

O papel do Ministério Público assume ainda maior relevo em se tratando de demandas de saúde de pessoas com deficiência. De acordo com o art. 127 da Constituição Federal (Brasil, 1988), o Ministério Público, enquanto instituição permanente, tem como missão “a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis”.

Em especial, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), Lei n.º 13.146 (Brasil, 2015), estabelece um conjunto de direitos e garantias fundamentais que visam assegurar a inclusão plena e a participação igualitária das pessoas com deficiência na sociedade, atribuindo ao Ministério Público o papel de garantir a implementação efetiva dessas garantias. Nessa toada, em conjunto com a Defensoria Pública, cumpre ao *parquet* a adoção de todas as medidas necessárias para assegurar os direitos previstos em lei:

Art. 79. O poder público deve assegurar o acesso da pessoa com deficiência à justiça, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, garantindo, sempre que requeridos, adaptações e recursos de tecnologia assistiva.

§ 1º A fim de garantir a atuação da pessoa com deficiência em todo o processo judicial, o poder público deve capacitar os membros e os servidores que atuam no Poder Judiciário, no Ministério Público, na Defensoria Pública, nos órgãos de segurança pública e no sistema penitenciário quanto aos direitos da pessoa com deficiência.

§ 2º Devem ser assegurados à pessoa com deficiência submetida a medida restritiva de liberdade todos os direitos e garantias a que fazem jus os apenados sem deficiência, garantida a acessibilidade.

§ 3º A Defensoria Pública e o Ministério Público tomarão as medidas necessárias à garantia dos direitos previstos nesta Lei.

Importa considerar que, antes da Lei n.º 13.146/2015, era reconhecida a legitimidade do Ministério Público para defesa de interesse coletivos e difusos da pessoa com deficiência, cuja tutela foi instituída pela Lei n.º 7.853 (Brasil, 1989). Após a promulgação da Lei Brasileira de Inclusão, porém, a Lei n.º 7.853/1989 foi alterada para prever, além dos interesses coletivos e difusos, a inclusão dos interesses

individuais homogêneos e individuais indisponíveis como passíveis de proteção mediante medidas judiciais, da seguinte forma:

Art. 3º As medidas judiciais destinadas à proteção de interesses coletivos, difusos, **individuais homogêneos e individuais indisponíveis da pessoa com deficiência** poderão ser propostas pelo Ministério Público, pela Defensoria Pública, pela União, pelos Estados, pelos Municípios, pelo Distrito Federal, por associação constituída há mais de 1 (um) ano, nos termos da lei civil, por autarquia, por empresa pública e por fundação ou sociedade de economia mista que inclua, entre suas finalidades institucionais, a proteção dos interesses e a promoção de direitos da pessoa com deficiência. (Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015) (**grifo nosso**).

A ampliação do escopo de atuação judicial do Ministério Público (MP), possibilitada pela inclusão da proteção de interesses individuais homogêneos e indisponíveis, representa uma mudança significativa da legislação, cujos efeitos podem impactar no perfil das demandas judicializadas, levando ao aumento no número de ações civis públicas propostas frente a demandas individuais apresentadas por usuários. Nesse cenário, busca-se com a presente pesquisa identificar as medidas de diálogos institucionais existentes entre os atores envolvidos, notadamente de caráter preventivo, para o cumprimento das políticas de saúde sem a necessidade de proposituras de medidas judiciais. Nesse contexto, a interação do Conselho Municipal de Saúde (CMS) com o Ministério Público, enquanto parte legítima para propositura de ações civis públicas, e com o Poder Judiciário, enquanto órgão julgador, torna-se objeto de estudo em razão da possibilidade de articulação de medidas corretivas e saneadoras, conforme previsto no Regimento Interno do CMS/JF (Brasil, 2012).

Ademais, pela necessidade de aprofundar pesquisas que considerem a dificuldade contramajoritária e do *déficit* democrático do Poder Judiciário para a tomada de decisões acerca de políticas públicas, questões ainda insuficientemente exploradas nas pesquisas nacionais em comparação a outros países, como os Estados Unidos, pretende-se chamar a atenção para as medidas que valorizem os diálogos interinstitucionais entre Judiciário e Executivo e, em última análise, sejam capazes de contribuir para o fortalecimento do modelo democrático.

Como recorte temático, portanto, optou-se por analisar mais detidamente os diálogos interinstitucionais realizados na esfera extrajudicial, conduzidos

precipuamente pela atividade institucional do Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora, em atenção às normativas em vigor.

Tal delimitação busca, em última análise, compreender a efetividade de instâncias extrajudiciais e de espaços democráticos de deliberação, como os Conselhos Municipais de Saúde, para a promoção de interações com o Poder Judiciário e o Ministério Público com o objetivo de implementação de políticas públicas de saúde e prevenção da judicialização. A abordagem proposta visa contribuir para o entendimento de que ações judiciais, embora necessárias em determinados casos, devem ser complementadas por mecanismos institucionais que reforcem o modelo democrático, alinhados às Teorias dos Diálogos Interinstitucionais.

### 3.2 TEORIAS DOS DIÁLOGOS INTERINSTITUCIONAIS

Especificamente no âmbito da aplicação das normas constitucionais brasileiras que tratavam dos direitos sociais, como o direito à saúde, o paradigma positivista admitia sua caracterização e tratamento como normas programáticas, isto é, normas que estipulam diretrizes para a atuação do Poder Executivo, que podia atuar com discricionariedade na escolha das políticas públicas (Duarte, 2020). Sob referida ótica, o ordenamento jurídico constitucional carecia de latitude normativa para assegurar direitos subjetivos, retirando do indivíduo a possibilidade de exigir a prestação constitucionalmente assegurada.

Nesse contexto, o Pós-Positivismo Jurídico, sem promover rupturas com o movimento teórico anterior, surge com o objetivo de trazer mais objetividade para o processo de interpretação e aplicação do Direito, calcado na distinção entre regras e princípios, desenvolvida por Dworkin (2002) e, posteriormente, por Alexy (2015). As regras consistem em “normas que são sempre ou satisfeitas ou não satisfeitas” (Alexy, 2015, p. 91), contendo, portanto, “determinações no âmbito daquilo que é fática e juridicamente possível” (Alexy, 2015, p. 91). Lado outro, princípios são “normas que ordenam que algo seja realizado na maior medida possível dentro das possibilidades jurídicas e fáticas existentes” (Alexy, 2015, p. 90), sendo verdadeiros “mandamentos de otimização” (Alexy, 2015, p. 90) que podem ser satisfeitos em graus variados.

Havendo colisão entre princípios definidores de direitos fundamentais, Alexy (2015) orienta pela aplicação da máxima da proporcionalidade, consubstanciada no sopesamento das máximas de adequação, necessidade e proporcionalidade em

sentido estrito. Daí decorre a noção de eficiência do Poder Público apresentada por Duarte (2020), a qual defende que o direito fundamental à saúde insculpido pelo art. 196 da Constituição Federal (Brasil, 1988) consiste em princípio aplicável em maior medida possível, dentro das condições fáticas e jurídicas de um caso concreto.

Nesse sentido, ao núcleo essencial do direito fundamental constitucionalmente positivado, Duarte (2020) atribui o status de regra, por entender que sua preservação deverá sempre ser satisfeita, como garantia de condições mínimas de dignidade. Não obstante, a definição do núcleo essencial do direito à saúde deverá ser conduzida por meio da racionalização jurídica, cabendo ao julgador distinguir as prestações consideradas de elevada essencialidade à efetivação da dignidade – prestações de primeira necessidade - e aquelas de média ou baixa essencialidade – prestações de segunda necessidade (Duarte, 2020). Sob tal perspectiva, o núcleo essencial do direito à saúde não se restringe à garantia da vida, mas também abarca prestações positivas no sentido da promoção, proteção e recuperação da saúde (Duarte, 2020).

Seguindo essa tendência das Teorias Constitucionais Contemporâneas, especialmente do Neoconstitucionalismo, as pesquisas acadêmicas relacionadas à judicialização da saúde concentraram-se precipuamente no estudo das decisões judiciais, contribuindo para a busca de parâmetros argumentativos capazes de controlarem a discricionariedade judicial, partindo da primazia do Poder Judiciário na interpretação constitucional<sup>9</sup> e das técnicas de argumentação jurídica.

Assim, as contribuições do Neoconstitucionalismo às pesquisas em Direito, sobretudo no campo da judicialização da saúde, envolvem a consolidação de técnicas de argumentação jurídica que visem ao controle da discricionariedade judicial, orientando o discurso jurídico para a racionalidade argumentativa, de forma que a decisão seja não apenas formalmente válida, mas também capaz de se justificar perante a comunidade jurídica e a sociedade em geral (Alexy, 2015). Essa abordagem importa na medida em que legitima o papel ativo do Poder Judiciário na concretização dos direitos sociais, ao mesmo tempo em que fornece parâmetros para o controle e a padronização das decisões, promovendo maior previsibilidade e coerência

---

<sup>9</sup> O Constitucionalismo Contemporâneo consolidou-se a partir do fim da II Guerra Mundial, possuindo como traços marcantes: a centralidade da Constituição, a supremacia judicial, e, nos últimos anos, a ascensão, o protagonismo e a hipertrofia institucional do Poder Judiciário no Brasil e em alguns países centrais, vislumbrando-se o desenvolvimento de uma pretensa onda global rumo à constitucionalização (Hirschl, 2009, p. 139, *apud* Souza e Bolonha, 2013, p. 163).

jurisprudencial.

Porém, sem desconsiderar a importância do papel jurisdicional exercido pelos Tribunais no âmbito da saúde, autores como Souza (2011) e Bucci (2017) passaram a alertar sobre a necessária adoção de uma perspectiva multi-institucional para compreender e propor estratégias que mitiguem os efeitos adversos da judicialização excessiva, sem comprometer a salvaguarda jurisdicional do direito fundamental à saúde. Nesse sentido, a atuação do Poder Judiciário como garantidor dos direitos constitucionais não deve ignorar a participação das diversas instituições e agentes que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS), cada qual com racionalidades e expertises próprias, de modo que a efetividade das políticas de saúde e a resolução das demandas judiciais dependem de um diálogo estruturado entre diferentes centros decisórios (Souza, 2011).

Nesse contexto, assume relevo a proposta da perspectiva institucional, de matriz norte-americana, a qual se volta à consideração comportamental e funcional das instituições políticas, movimento denominado *Virada Institucional*. Conforme Souza e Bolonha (2013, p. 164):

A compreensão da dimensão da atividade institucional sustentada pela Virada Institucional concebe que o problema da legitimidade constitucional não se limita à dimensão normativo-interpretativa, pautada em critérios de teorias sobre interpretação, deliberação e decisão de uma Corte Constitucional, mas sim na consideração dos resultados obtidos a partir do desempenho das diversas instituições democráticas, mediante a adequação de seus desenhos institucionais.

Aliada à perspectiva institucional, constata-se a paulatina superação da tradicional Supremacia do Judiciário, que já não oferece respostas satisfatórias para a complexidade do debate relacionado aos limites democráticos da jurisdição constitucional. Souza e Bolonha assim defendem (2013, p. 165):

Discute-se, assim, a tentativa de transição de um paradigma cuja ênfase é dada na lógica binária reducionista de supremacia do Judiciário ou do Legislativo focada na análise de critérios de interpretação e deliberação, ou seja, na discussão de se um Poder Constitucional deve ou não rever os atos do outro, e neste caso, a intensidade com que a revisão deve ocorrer, para uma abordagem acerca da atividade institucional do ponto de vista jurídico-político, na qual se atenta tanto para o desempenho de funções e competências infra-institucionais, quanto para a relação dialógica interinstitucional.

Tal é o contexto, portanto, no qual as Teorias dos Diálogos Interinstitucionais se inserem, buscando a consideração de elementos relacionados ao procedimento de interpretação pelas múltiplas instituições estatais e os problemas institucionais dele decorrentes, em contraponto a uma perspectiva exclusivamente normativa.

Deste modo, o paradigma ora eleito para a discussão sobre a relação dialógica estabelecida pelo Conselho Municipal de Saúde, o Ministério Público e o Poder Judiciário, sem romper com a perspectiva neoconstitucionalista, envolve abordagem preocupada não apenas com o grau de racionalidade das decisões judiciais, mas focada precipuamente na realidade fática e nos resultados sistêmicos produzidos pela relação dialógica entre as instituições<sup>10</sup>. Sob essa perspectiva, busca-se contribuir com uma pesquisa de caráter diagnóstico, que permita analisar o fenômeno da Judicialização com base em parâmetros teóricos voltados à compreensão dos diálogos interinstitucionais.

Para tanto, parte-se da proposta classificatória de Bateup (2006), que não apenas delimita diferentes modelos de diálogo constitucional entre os Poderes, mas também analisa criticamente como esses modelos respondem à denominada “dificuldade contramajoritária” do *judicial review* e avalia o potencial normativo do Poder Judiciário no controle de constitucionalidade.

### **3.2.1 A Proposta Classificatória de Bateup**

As teorias dialógicas têm origem na experiência constitucional canadense, surgindo de maneira inicial nos estudos de Hogg e Bushell (1997). Em seu artigo intitulado *The Charter Dialogue Between Courts and Legislatures*, os autores (1997) analisam o papel da jurisdição constitucional no Canadá e propõem um modelo de interação entre a Suprema Corte e o Parlamento com base em uma visão dialógica. O estudo se debruça sobre decisões da Suprema Corte e das legislaturas locais relacionadas à interpretação de direitos e garantias da *Canadian Charter of Rights and Freedoms* (Carta de Direitos e Liberdades do Canadá), identificando que, em grande

---

<sup>10</sup> Em que pese a pretensão de satisfação do direito fundamental à saúde que *a priori* justifica a judicialização das demandas, o Relatório Judicialização e Sociedade (CNJ, 2021) demonstra que as ações judiciais para a obtenção de tratamentos e medicamentos no Brasil está concentrada em áreas mais ricas, o que demonstra que o acesso à saúde é garantido de forma desigual e que sua justiciabilidade, para além de não atender de forma igualitária a população, ainda contribui para o acirramento das desigualdades sociais.

parte dos casos, constatou-se um diálogo entre os poderes, no qual decisões judiciais não representam a última palavra, mas são complementadas por respostas legislativas (Hogg; Bushell, 1997).

A influência do contexto canadense é evidente nas teorias dos diálogos institucionais, especialmente devido à introdução da cláusula de limitação (*limitation clause*) e da cláusula de derrogação (*override clause* ou *notwithstanding clause*), previstas, respectivamente, nas Seções 1 e 33 da Carta de Direitos e Liberdades, o que fomentou um debate institucional mais claro sobre os méritos das escolhas políticas que envolvem restrições de direitos (Hiebert, 1996, p. 145).

Nesse cenário, Bateup (2006) realiza a categorização e análise crítica de teorias dialógicas, com vistas a fornecer esclarecimentos a duas questões centrais no âmbito do constitucionalismo democrático: (i) como cada teoria responde à dificuldade contramajoritária do *judicial review*; e (ii) qual o potencial normativo do papel do judiciário no controle de constitucionalidade. Um ponto comum entre as teorias dialógicas ancora-se no entendimento de Tushnet (1995, p. 247) de que o processo de controle de constitucionalidade levaria a uma tendência de enfraquecimento democrático, além de distorção política (*policy distortion*) gerada pela restrição do Parlamento no que concerne às definições de justiça e equidade que envolvem as políticas públicas, conduzindo à primazia do Poder Judiciário no controle constitucional.

Em contraposição à ideia de Supremacia Judicial, portanto, Bateup (2006) entende que as instituições atuam dialogicamente, buscando um consenso a partir dos interesses e valores da sociedade, bem como nos ideais constitucionais, dividindo as teorias do diálogo em dois grupos: (i) teorias quanto ao método judicial e (ii) teorias quanto às estruturas do diálogo.

As teorias classificadas quanto ao método judicial se debruçam sobre as técnicas de decisão judicial que estimulam o debate amplo sobre o significado constitucional, dela fazendo parte as Teorias do Aconselhamento, as Teorias Centradas no Processo e o Minimalismo Judicial (Bateup, 2006, p. 17).

As Teorias do Aconselhamento propõem que os juízes empreguem técnicas interpretativas que aconselhem os poderes políticos, promovendo assim a conformidade constitucional e influenciando a criação de novas legislações (Bateup, 2006, p. 17). O principal objetivo destas técnicas seria assegurar que os poderes políticos aprendam com o Judiciário, adotando entendimentos que considerem os

valores e significados da Constituição na elaboração de novas legislações (Bateup, 2006, p. 17).

Já as Teorias Centradas no Processo, contrariamente às Teorias do Aconselhamento, focam em assegurar que os processos legislativos reflitam uma consideração adequada dos valores constitucionais (Bateup, 2006, p. 22-24). Os juízes verificam se os poderes políticos têm considerado devidamente os aspectos constitucionais em suas deliberações, podendo forçar uma revisão das decisões políticas caso considerem que os valores constitucionais não foram adequadamente respeitados (Bateup, 2006, p. 22-24).

Por fim, o Minimalismo Judicial sugere uma abordagem restritiva da intervenção judicial, deixando maior espaço para que o Parlamento desempenhe seu papel legislativo, valorizando a autodeterminação legislativa em questões de interpretação constitucional (Bateup, 2006, p. 26-27).

Registre-se que as teorias centradas no método judicial não são úteis aos objetivos propostos por este trabalho, tendo em vista que versam sobre as consequências ou os diálogos decorrentes das atuações ou omissões jurisdicionais, debruçando-se de forma precípua às possibilidades de abertura de diálogos no decorrer dos processos individuais ou coletivos (*judicial review*). O objeto proposto, em sentido oposto, abrange os diálogos estabelecidos pelo Conselho Municipal de Saúde com o Ministério Público e o Poder Judiciário de forma extraprocessual, perquirindo como interferem no controle e implementação de políticas públicas de saúde voltadas às PCDs.

O grupo de teorias classificadas quanto às estruturas do diálogo, por outro lado, se baseia no reconhecimento de que os mecanismos institucionais ou políticos existentes dentro dos sistemas constitucionais permitem que os atores políticos respondam às decisões judiciais em caso de desacordo, dentro de um processo dinâmico entre juízes e outros atores constitucionais (Bateup, 2006, p. 32). Por isso, esse segundo grupo mostra-se mais coerente com os objetivos deste trabalho, que se voltam à concretização do direito social à saúde das pessoas com deficiência viabilizada por políticas públicas, que são discutidas, planejadas e fiscalizadas no diálogo institucional conduzido pelo Conselho Municipal de Saúde.

Para Bateup (2006), o segundo grupo se divide em Teorias da Construção Coordenada, Teorias dos Princípios Jurídicos, Teorias do Equilíbrio e em Teorias da Parceria.

As Teorias da Construção Coordenada promovem um modelo de interpretação constitucional cooperativa entre os poderes Judiciário e Político (Bateup, 2006, p. 33-35). Propõem um sistema de verificações recíprocas, onde cada ramo tem tanto a capacidade de interpretar a constituição quanto de desafiar as interpretações dos outros ramos (Bateup, 2006, p. 33-35).

Já as Teorias dos Princípios Jurídicos atribuem aos juízes uma função única baseada em sua competência para interpretar princípios jurídicos fundamentais, enfrentando críticas, porém, por potencialmente contrariar a dinâmica de diálogo ao enfatizar excessivamente o papel judicial (Bateup, 2006, p. 41).

As Teorias do Equilíbrio, por outro lado, visam promover um amplo debate constitucional na sociedade, buscando um equilíbrio na interpretação constitucional que reflita o consenso social (Bateup, 2006, p. 57-58). Os juízes, nesta abordagem, são vistos como facilitadores do debate, não como árbitros supremos (Bateup, 2006, p. 57-58).

Por fim, as Teorias da Parceria reconhecem que diferentes ramos do governo podem contribuir de maneiras distintas para o diálogo constitucional, sem privilegiar o papel judicial, enfatizando uma colaboração entre agentes judiciais e não judiciais na formulação de interpretações constitucionais (Bateup, 2006, p. 70).

Bateup (2006, p. 76-77) identifica as Teorias do Equilíbrio e da Parceria como sendo as que melhor auxiliam na resposta à dificuldade contramajoritária, por prezarem pelo equilíbrio de longo prazo, sem preterir a necessidade de respostas céleres, além de enriquecerem o papel conjunto de diversos atores institucionais e sociais nos diálogos constitucionais. A visão dialógica, que permeia ambas as teorias, teria o condão de possibilitar atenção à ampla discussão social dos temas constitucionais, conciliada, no entanto, com as perspectivas institucionais peculiares a cada poder na busca pelo sentido das normas. Ao ensejo (Bateup, 2006, p. 76-77):

The most promising vision of constitutional dialogue and, consequently, the strongest normative account of the role of judicial review in modern constitutionalism emerge when the equilibrium and partnership understandings of dialogue are combined. On the one hand, this synthesis helps to resolve lingering democratic legitimacy concerns with the partnership model. More importantly, this combined vision enables a more comprehensive understanding of the different institutional and social aspects of constitutional dialogue, and of the

various unique ways in which different actors participate in the search for constitutional meaning<sup>11</sup>.

A integração entre as Teorias do Equilíbrio e da Parceria, conforme identificadas por Bateup (2006, p. 76-77), constitui uma base teórica especialmente relevante para este trabalho, pois permite abordar de forma abrangente e estruturada a complexidade das relações interinstitucionais e dos diálogos constitucionais em contextos como o dos Conselhos Municipais de Saúde, cuja atuação se dá em colaboração com outras instituições, como o Poder Judiciário e o Ministério Público.

Essa visão dialógica reconhece que a interpretação constitucional não é restrita aos Tribunais ou aos Poderes formais, mas envolve uma rede de múltiplos atores que contribuem para a construção do significado normativo, abrindo espaço para analisar os mecanismos de deliberação e controle na esfera extrajudicial. Conforme será melhor explorado, no que concerne especificamente às demandas de saúde, a fusão das teorias oferece um suporte para compreender como essas interações podem ser organizadas de forma a promover um ambiente deliberativo mais inclusivo, eficiente e responsivo às necessidades locais.

### **3.2.2 A Fusão entre as Teorias da Parceria e as Teorias do Equilíbrio**

De acordo com Bateup (2006, p. 57), as Teorias do Equilíbrio são caracterizadas por apresentarem uma alternativa à compreensão do papel do Poder Judiciário no diálogo constitucional, entendendo-o como instituição que incentiva o debate constitucional amplo na sociedade. Sem dar prioridade às contribuições judiciais em relação às de outros atores institucionais, garantem ênfase ao consenso social, buscando compreender como os atores judiciais e não judiciais passam a aprender, debater e adaptar ou modificar suas opiniões devido à sua participação interdependente no diálogo constitucional (Bateup, 2006, p. 60).

---

<sup>11</sup> “A visão mais promissora do diálogo constitucional e, conseqüentemente, a mais robusta abordagem normativa do papel da revisão judicial no constitucionalismo moderno surgem quando as concepções de equilíbrio e parceria no diálogo são combinadas. Por um lado, essa síntese ajuda a resolver preocupações persistentes sobre a legitimidade democrática associadas ao modelo de parceria. Mais importante ainda, essa visão combinada permite uma compreensão mais abrangente dos diferentes aspectos institucionais e sociais do diálogo constitucional, bem como das diversas maneiras únicas pelas quais diferentes atores participam na busca pelo significado constitucional”. Tradução nossa.

Para a autora (2006, p. 57):

Equilibrium theories of dialogue provide an alternative way of conceiving of the special judicial role in constitutional dialogue that does not privilege judicial contributions. In these theories, this role is described as one of fostering society-wide constitutional discussion that ultimately leads to a settled equilibrium about constitutional meaning<sup>12</sup>.

Friedman (1993, p. 582), principal proponente da Teoria do Equilíbrio, analisa o papel do Judiciário no sistema constitucional ao pesquisar sobre a dificuldade contramajoritária, partindo de dados da opinião pública, fontes de interpretação constitucional e da análise do processo de seleção de juízes para argumentar que os Tribunais não são necessariamente menos majoritários que outros ramos políticos. Com base em pesquisas empíricas, Friedman (1993, p. 582) questiona duas premissas centrais: a ideia de que o constitucionalismo se baseia na tomada de decisões eleitoralmente responsáveis e a percepção de que a revisão judicial contradiz esses princípios, necessitando de legitimação.

Para o autor (Friedman, 1993, p. 582-583), o Judiciário nem sempre invalida leis majoritárias e essa suposição estaria equivocadamente baseada na ideia de que as decisões do Parlamento são firmadas a partir de uma vontade majoritária identificável, bem como na ideia de que as decisões judiciais são finais, quando também não o são. Nesse sentido, os efeitos das deliberações judiciais, ao contrário de levarem à superação da vontade da maioria, refletiriam tensões que podem indicar mudanças na base política ou aceitação de certo desacordo pela opinião pública (Friedman, 1993, p. 679).

Partindo dessas premissas, Friedman (1993, p. 669-670) identifica o papel do Poder Judiciário no controle de políticas públicas como de “catalisador” de debates importantes dentro da sociedade, podendo trazer à tona assuntos pouco discutidos ou negligenciados. Não por outra razão, o autor (Friedman, 1993, p. 670) afirma que *“judicial decisions can upset the status quo, requiring societal response and thus*

---

<sup>12</sup> “As teorias de equilíbrio do diálogo oferecem uma maneira alternativa de conceber o papel especial do judiciário no diálogo constitucional, sem privilegiar as contribuições judiciais em relação às de outros atores. Nessas teorias, esse papel é descrito como o de promover um debate constitucional amplo em toda a sociedade, que, em última análise, conduz a um equilíbrio consolidado sobre o significado constitucional”. Tradução nossa.

*fostering societal consideration*”<sup>13</sup>, em um processo que promove um debate nacional mais amplo sobre o significado constitucional.

Para além de incentivar o debate na sociedade, o Judiciário pode ser influenciado pelas discussões e controvérsias da sociedade, sendo possível que esse processo de discordância leve à modificação e revisão de suas decisões (Bateup, 2006, p. 59). Segundo a autora (Bateup, 2006, p. 59):

The Court’s participation in this dialogue is dynamic, as not only does it spark a process of national discussion, but it is also, in turn, affected and shaped by this conversation. When a decision is handed down it is subject to discussion and debate within society and, over time, if there is enough popular disagreement with the Court’s ruling, new legislation may be passed and legal challenges brought that test the finality of the decision in a more concrete sense. As a result of this dissent and debate, the Court may ultimately come to reconsider and refashion its decisions, with the perspectives of non-judicial actors as much, if not more, of an influence on the Court than the other way around<sup>14</sup>.

Com o tempo, para as Teorias do Equilíbrio, forma-se um equilíbrio constitucional relativamente duradouro e amplamente aceito pelos diferentes participantes do debate nacional, sendo que o papel dialogal desempenhado pelo Judiciário é valioso por ajudar a separar os requisitos constitucionais das preferências políticas momentâneas e por contribuir, a longo prazo, para a formulação de respostas estáveis e amplamente aceitas sobre o significado da Constituição (Bateup, 2006, p. 59).

Partindo dessas premissas, a teoria de Friedman (1993) aproxima-se do entendimento de Häberle (2014, p. 27) sobre o papel do Judiciário como parte de um diálogo constitucional e sua relação com a sociedade, tendo em vista que ambos reconhecem que o processo de interpretação constitucional não se limita à Corte, mas

---

<sup>13</sup> “As decisões judiciais podem abalar o *status quo*, exigindo uma resposta da sociedade e, assim, promovendo uma reflexão social mais ampla”. Tradução nossa.

<sup>14</sup> “A participação da Corte nesse diálogo é dinâmica, pois ela não apenas inicia um processo de discussão nacional, mas também é, por sua vez, influenciada e moldada por essa conversa. Quando uma decisão é proferida, ela se torna objeto de discussão e debate na sociedade e, com o tempo, caso haja discordância popular suficiente em relação à decisão da Corte, novas legislações podem ser aprovadas e desafios jurídicos apresentados, colocando à prova a definitividade da decisão de forma mais concreta. Como resultado desse dissenso e debate, a Corte pode, eventualmente, reconsiderar e reformular suas decisões, sendo as perspectivas de atores não judiciais tão influentes para a Corte quanto, ou até mais, do que o contrário”. Tradução nossa.

envolve múltiplos participantes, cujas contribuições influenciam o desenvolvimento do significado constitucional.

Para Häberle (2014, p. 45), a interpretação constitucional deve considerar os diferentes atores envolvidos, variando o rigor do controle judicial de acordo com o grau de participação e interesse público em determinados temas. Reconhece-se, nesse sentido, que a Corte Constitucional tem um papel integrativo, especialmente em questões que dividem profundamente a sociedade, devendo equilibrar os interesses representados e não representados no processo (Häberle, 2014, p. 45). Sob tal perspectiva, a ideia de uma "sociedade aberta dos intérpretes da Constituição" expande o entendimento tradicional do processo de interpretação constitucional, pois, conforme o autor (2014, p. 43-44):

O processo de interpretação constitucional deve ser ampliado para além do processo constitucional concreto. O raio de interpretação normativa amplia-se graças aos "intérpretes da Constituição da sociedade aberta". Eles são os participantes fundamentais no processo de "*Trial ad error*", de descoberta e de obtenção do direito. A sociedade torna-se aberta e livre, porque todos estão potencial e atualmente aptos a oferecer alternativas para a interpretação constitucional. A interpretação constitucional jurídica traduz (apenas) a pluralidade da esfera pública e da realidade (*die pluralistische Öffentlichkeit und Wirklichkeit*), as necessidades e as possibilidades da comunidade, que constam do texto, que antecedem os textos constitucionais ou subjazem a eles.

Dessa forma, ambas as teorias convergem para a ideia de que o Judiciário deve ir além de uma função estritamente técnica e assumir um papel institucional de fomentar o debate social, ampliando as possibilidades de participação popular e institucional nos processos deliberativos. Justamente por enfatizarem a interação entre diferentes atores, as Teorias do Equilíbrio abrem caminho para a análise dos diálogos interinstitucionais existentes em instâncias como os Conselhos Municipais de Saúde, os quais detém, por lei, o papel de ampliar a participação democrática no âmbito do SUS.

Porém, conforme alerta Bateup (2006, p. 65), uma das críticas à linha teórica é de que esta se volta apenas a assuntos de alta repercussão nacional, deixando de lado temas relevantes, que não permitem a moderação da interpretação por outros atores institucionais. Por isso, para a autora (2006, p. 69), a Teoria do Equilíbrio necessita ser complementada por teorias que se atentem a como o diálogo

constitucional ocorre, ou pode ocorrer, no nível institucional entre o Judiciário e os ramos políticos do governo, sendo que:

This discussion nonetheless points to a different reason why the equilibrium model remains an incomplete understanding of the role of judicial review in modern constitutionalism. Paradoxically, this also relates to the model's focus on forms of dialogue that engage society as a whole. Although it has been argued that broadening the focus to society-wide dialogue is a significant theoretical contribution, the singular nature of this focus conversely underplays the institutional aspects of constitutional dialogue. Furthermore, there is a vital need for a supplemental account of how constitutional dialogue does, or can, proceed at the institutional level between the judiciary and the political branches of government, given that society-wide dialogue is unlikely to take place in relation to a range of constitutional issues of relatively low political salience<sup>15</sup>.

A compreensão do caráter complementar das Teorias do Equilíbrio e da Parceria também importa para o entendimento do papel e da participação do Conselho Municipal de Saúde e de outros atores institucionais, como o Ministério Público, no diálogo institucional. Embora a Teoria do Equilíbrio seja relevante por defender um modelo que envolve a sociedade como um todo na interpretação constitucional, é a Teoria da Parceria que fundamenta de maneira mais sólida a utilização de outros instrumentos extraprocessuais para a construção do significado constitucional e a concretização dos direitos sociais.

As Teorias da Parceria no campo do diálogo constitucional enfatizam a interação colaborativa entre os diferentes ramos do governo, reconhecendo suas contribuições distintas e igualmente valiosas (Bateup, 2006, p. 70). Em contraste com perspectivas que privilegiam o papel do Poder Judiciário, postulam que tanto os atores judiciais quanto não judiciais possuem competências únicas que enriquecem o debate

---

<sup>15</sup> “Essa discussão, no entanto, aponta para uma razão diferente pela qual o modelo de equilíbrio ainda oferece uma compreensão incompleta do papel da revisão judicial no constitucionalismo moderno. Paradoxalmente, isso também se relaciona com o foco do modelo em formas de diálogo que envolvem a sociedade como um todo. Embora se argumente que ampliar o foco para um diálogo em âmbito societal seja uma contribuição teórica significativa, a natureza singular desse foco, por outro lado, subestima os aspectos institucionais do diálogo constitucional. Além disso, há uma necessidade crucial de uma abordagem suplementar que explique como o diálogo constitucional ocorre, ou pode ocorrer, no nível institucional entre o Judiciário e os ramos políticos do governo, considerando que é improvável que um diálogo em âmbito social aconteça em relação a diversas questões constitucionais de baixa relevância política”. Tradução nossa.

constitucional, contribuindo para a construção de melhores respostas a partir de distintas perspectivas institucionais (Bateup, 2006, p. 70).

Entre os principais teóricos dessa abordagem, destaca-se Hiebert (2002), cuja contribuição fundamenta-se na noção de que o Poder Judiciário e o Legislativo compartilham a responsabilidade de interpretar e aplicar valores constitucionais, o que seria especialmente importante para assegurar que as ações estatais sejam consistentes com seus valores normativos (Bateup, 2006, p. 71).

Na obra *Charter Conflicts*, Hiebert (2002) defende a responsabilidade institucional partindo da ideia de que os órgãos representativos e democráticos precisam justificar suas decisões, não necessariamente para que sua visão prevaleça em detrimento da outra, mas para que as diferentes perspectivas sejam consideradas, o que permitiria a abordagem de preocupações negligenciadas ou pouco exploradas pela outra instituição. Para a autora (2002, p. 220):

For these reasons I have suggested that the salutary benefits of the Charter are best realized if Parliament accepts that it shares responsibility with the judiciary to make principled judgments about the justification for state actions. By this I do not mean that Parliament should simply assert its preferred view, without regard for judicial concerns, or gauge its options entirely on the basis of anticipation of what the judiciary might say. Neither Parliament nor the judiciary should aspire to replicate each other's judgment. The approach I envisage emphasizes that Parliament and the judiciary each satisfy themselves that their judgment is justified and, when differences arise, reflect on the opinion of those situated differently, relative to the Charter conflict. The significance of alternative judgments is not that they are necessarily more enlightened or principled. It is that they are made from different focal points and reflect distinct institutional responsibilities. The alternative perspectives brought to the resolution of a Charter conflict may address concerns overlooked or given insufficient attention in the other's judgment. In Parliament's case, a court's contrary judgment should be considered and its different concerns addressed, even if ultimately disagreed with. Before disagreeing with a judicial judgment, the nature and severity of the rights infringement should be part of any process of reaching judgment about whether a legislative objective is justified in light of its implications for protected rights and values<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> “Por essas razões, sugeri que os benefícios positivos da Carta são melhor realizados se o Parlamento aceitar que compartilha a responsabilidade com o Judiciário de fazer julgamentos fundamentados sobre a justificativa para as ações do Estado. Isso não significa que o Parlamento deva simplesmente afirmar sua visão preferida, ignorando as preocupações judiciais, ou avaliar suas opções com base exclusivamente no que o Judiciário poderia decidir. Nem o Parlamento nem o Judiciário devem aspirar a replicar os julgamentos um do outro. A abordagem que proponho enfatiza que tanto o Parlamento quanto o Judiciário devem se assegurar de que seus julgamentos sejam justificados e,

Importa considerar que, na visão da autora (1996, p. 119), a importância do debate não reside na produção de respostas “corretas”, sendo certo que, embora a opinião dominante nem sempre represente a melhor forma de resolver conflitos de maneira que respeite adequadamente os direitos das minorias, o debate assume o condão de gerar uma resposta melhor e mais fundamentada para questões complexas e controversas.

Nesse sentido, sem preterir a importância da revisão judicial para avaliar a razoabilidade de políticas públicas, Hiebert (1996, p. 119) reconhece que há limitações ao papel dos Tribunais, especialmente quanto à análise de alternativas legislativas menos restritivas, que muitas vezes não são levadas à análise judicial. De forma a solucionar as limitações da Supremacia Judicial para a garantia de respostas constitucionais, os mecanismos de participação viabilizados pelo Legislativo não apenas serviriam para complementar as avaliações judiciais, mas também para dar vida aos valores constitucionais durante o processo de formulação e implementação de políticas (Hiebert, 1996, p. 119).

Nesse cenário, considerando que as instituições representativas têm o dever de justificar políticas públicas que possam impor limites a direitos protegidos, o controle social, viabilizado por discussões públicas e deliberações inclusivas, é reconhecido como um mecanismo essencial para a construção de decisões políticas mais equilibradas e alinhadas aos princípios e valores constitucionais (Hiebert, 1996, p. 118). Sob essa perspectiva, Hiebert (1996, p. 118) afirma que a participação popular, ainda que não seja adotada de forma direta, não apenas reforça a legitimidade democrática, mas também se constitui como um ideal normativo da democracia:

---

quando surgirem diferenças, refletir sobre a opinião daqueles que estão situados de maneira diferente em relação ao conflito da Carta. O significado de julgamentos alternativos não é que sejam necessariamente mais esclarecidos ou fundamentados, mas que são feitos a partir de pontos de vista distintos e refletem responsabilidades institucionais diferentes. As perspectivas alternativas trazidas para a resolução de um conflito da Carta podem abordar preocupações negligenciadas ou pouco exploradas no julgamento da outra instituição. No caso do Parlamento, um julgamento contrário de um tribunal deve ser considerado, e suas preocupações diferentes, abordadas, mesmo que, em última análise, haja discordância. Antes de discordar de um julgamento judicial, a natureza e a gravidade da violação dos direitos devem fazer parte do processo de avaliação sobre se um objetivo legislativo é justificado à luz de suas implicações para os direitos e valores protegidos”. Tradução nossa.

As an ideal, democracy is both about protecting rights and about facilitating the public discussion and reflection necessary to assess the relative weight and priority that should be attached to conflicting rights and values. One of the aims of a democratic political system is to enhance the role and involvement of citizens in contributing to decisions that affect their public and private lives. This does not necessarily imply direct citizen participation, but stresses the contributing role of discussion and debate in assessing and influencing the decisions taken by elected representatives and public officials.<sup>17</sup>

Esse aspecto da Teoria da Parceria é fundamental para a construção teórica do presente trabalho. Embora a noção de responsabilidade institucional proposta por Hiebert (1996) tenha sido originalmente concebida em torno do diálogo entre o Judiciário e o Parlamento, é a partir da perspectiva democrática delineada pela autora que se constroi a compreensão do papel dos Conselhos Municipais de Saúde como espaços democráticos voltados à inclusão de múltiplas perspectivas institucionais e sociais no âmbito da saúde. Nesse contexto, os mecanismos de participação popular, especialmente aqueles instituídos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei n.º 8.142/1990, desempenham uma função crucial ao permitir o escrutínio público das ações e serviços de saúde direcionados às pessoas com deficiência, complementando, de forma essencial, a atuação do Ministério Público, responsável por zelar pela defesa dos direitos das PCDs, bem como do Poder Judiciário, que exerce a função de revisão e controle das políticas públicas.

Por conseguinte, a relevância dos debates promovidos pelo CMS/JF está em contribuir para a análise das obrigações assumidas pelo Poder Público sob a égide da Constituição, levando em consideração não apenas os parâmetros delineados pelo texto constitucional, mas também os valores e interesses locais. No que concerne às pessoas com deficiência, o processo de justificação das políticas públicas de saúde, proporcionado pelo espaço de deliberação e controle popular, mostra-se especialmente relevante na medida em que, segundo o entendimento de Hiebert

---

<sup>17</sup> “Como ideal, a democracia diz respeito tanto à proteção dos direitos quanto à facilitação da discussão pública e da reflexão necessárias para avaliar o peso relativo e a prioridade que devem ser atribuídos a direitos e valores conflitantes. Um dos objetivos de um sistema político democrático é ampliar o papel e o envolvimento dos cidadãos na contribuição para decisões que afetam suas vidas públicas e privadas. Isso não implica necessariamente a participação direta dos cidadãos, mas enfatiza o papel essencial das discussões e debates na avaliação e influência das decisões tomadas por representantes eleitos e autoridades públicas”. Tradução nossa.

(2002, p. 220), conduz à avaliação com maior clareza dos impactos discriminatórios ou possíveis consequências que prejudiquem ou enfraqueçam os direitos constitucionais.

Esse desenho institucional, pautado em controle e justificação, tem o potencial de permitir a revisão dos objetivos das políticas públicas por agentes públicos e políticos, com as recomendações necessárias para a alteração das normativas, além de promover maior previsibilidade do Judiciário e prevenir críticas quando as políticas limitam direitos de maneira inadequada e injustificada (Hiebert, 1996, p. 123).

Nessa toada, para compreender adequadamente o conceito de diálogo interinstitucional de Hiebert (1996a; 2002b), é essencial distinguir sua abordagem relacional da concepção tradicional de diálogo entre Poder Legislativo e Poder Judiciário, frequentemente associada ao *judicial review*, tal como inicialmente proposto por Hogg e Bushell (1997). A autora (2002, p. 51) propõe, ao revés, uma abordagem relacional, que desloca o foco para a análise das suas relações específicas com os conflitos constitucionais, considerando suas características institucionais distintas e as responsabilidades que lhes são atribuídas.

Sob tal aspecto, a abordagem aproxima-se das Teorias da Construção Coordenada, as quais, conforme sinaliza Bateup (1996, p. 36-37), evidenciam preocupações sobre a legitimidade democrática da revisão judicial, ao defenderem que as decisões judiciais não são finais e estão sujeitas à revisão e contestação pelos processos políticos, reforçando a interação contínua entre os ramos como um elemento essencial no desenvolvimento constitucional. Dessa forma, em vez de funcionarem como instâncias hierarquicamente superiores ou subordinadas, as instituições devem coordenar-se no exercício de suas competências, assegurando que os valores constitucionais sejam respeitados e promovidos (Hiebert, 2002).

No mesmo sentido, Silva (2015, p. 157) identifica que as Teorias da Parceria e da Construção Coordenada assemelham-se na medida em que admitem que a interpretação constitucional se estabeleça na seara extrajudicial, o que permite, inclusive, a participação do Ministério Público como ator no diálogo institucional. O autor (2015, p. 157) defende o diálogo a partir de rodadas procedimentais, de modo a viabilizar a contribuição de diferentes perspectivas. No seu entendimento (Silva, 2015, p. 157):

[..] verifica-se que essa teoria, juntamente com a teoria da parceria (HIEBERT, 1996, 2002, 2004) – que não deixa de ser uma espécie da teoria da construção coordenada –, é compatível com a participação ministerial no diálogo institucional, tendo em vista a concretização dos direitos humanos viabilizados por políticas públicas na seara extraprocessual e processual. Ademais, o caráter competitivo e conflitante da interpretação constitucional não enfraquece o diálogo, quando procedimentalmente se formulam normas claras em uma rodada procedimental para que se alcance a última palavra provisória, até que se instaure uma nova rodada e se estabeleça nova palavra provisória. Assim, o diálogo estabelece-se na teoria da decisão e não se exclui a possibilidade de novas visões e deliberações do problema até a acomodação da questão, ainda que provisoriamente.

Em última análise, a abordagem relacional requer que cada instituição leve em consideração os julgamentos e preocupações da outra ao abordar conflitos constitucionais (Hiebert, 2002, p. 51). Assim, o Executivo ou o Parlamento, ao formular políticas públicas, deve refletir sobre os possíveis impactos nos direitos fundamentais e sobre as preocupações levantadas por julgamentos judiciais, assim como o Judiciário, ao realizar a revisão judicial, deve considerar a legitimidade das decisões legislativas em virtude do seu papel democrático e da proximidade com a realidade política e social (Hiebert, 2002).

Dessa forma, com base na abordagem teórica da Teoria da Parceria de Hiebert (1996a; 2002b), para os fins do presente trabalho, propõe-se conceituar os mecanismos de diálogo interinstitucional como instrumentos institucionais e procedimentais que permitem a interação e a cooperação entre diferentes órgãos estatais, bem como entre tais órgãos e a sociedade civil, no processo de formulação, interpretação e implementação de políticas públicas.

Sob esse prisma, os mecanismos de diálogo têm o condão de contribuir para a construção de uma cultura de justificação pública (*public justification*), em que o processo de tomada de decisão se torna mais transparente e responsivo às necessidades sociais, o que inclui não apenas as instituições formais de poder, mas também a participação popular (Hiebert, 1996, p. 118). Inspirados pelo ideal de democracia deliberativa defendido por Hiebert (1996, p. 118), esses mecanismos incentivam cada instituição a refletir criticamente sobre a justificação de suas próprias decisões, especialmente em contextos de conflitos normativos, como ocorre em casos de tensão entre políticas públicas e direitos fundamentais.

Entretanto, nota-se que a Teoria da Parceria, apesar de ter a vantagem de focar nas interações institucionais entre os ramos do governo, não havendo última palavra,

por outro lado, acaba por preterir da análise de processos que envolvem participação popular, em contraposição à Teoria do Equilíbrio (Bateup, 2006, p. 76). Essa lacuna descortina algumas limitações do entendimento sobre a responsabilidade compartilhada entre as instituições formais, sobretudo em razão dos fatores que podem impedir a construção relacional do significado da Constituição e, por conseguinte, do aprimoramento de políticas públicas, o que Macfarlane, Emmett e Hiebert (2023, p. 26) denomina de “fatores de *Westminster*”.

Em obra mais recente, intitulada *Legislating Under The Charter*, Macfarlane, Emmett e Hiebert (2023, p. 26) expõem uma visão mais cética em relação à responsabilidade compartilhada, em razão dos principais impulsionadores do comportamento legislativo, que incluem o princípio da Supremacia Parlamentar, o domínio do Poder Executivo sobre o processo legislativo e a centralidade de partidos políticos fortes e coesos.

Para as autoras (2023, p. 29), o controle do governo sobre a agenda legislativa enfraquece o papel do Parlamento como um espaço de deliberação democrática, enquanto a oposição frequentemente adota uma abordagem reativa, baseando-se em decisões judiciais para moldar seus argumentos em vez de desenvolver análises independentes sobre direitos (2023, p. 17). Essa dinâmica resulta em uma dependência excessiva das interpretações do Judiciário, limitando a capacidade do Legislativo de contribuir significativamente para a proteção de direitos constitucionais e o avanço de interpretações próprias da *Charter* (2023, p. 179).

Além disso, a agenda do Executivo e a passividade do Parlamento, ao evitar debates aprofundados sobre o impacto dos direitos no processo legislativo, contribuem para uma judicialização ampliada, com o Judiciário assumindo o papel de árbitro central em questões constitucionais complexas (2023, p. 17). Esse modelo de interação interinstitucional, inevitavelmente, levanta preocupações sobre a efetividade da governança democrática e a proteção dos direitos constitucionais.

Não por outra razão, Bateup (2006, p. 77) propõe a fusão das Teorias do Equilíbrio e da Parceria, a fim de, sem excluir a ênfase na participação e responsabilidade institucional, considerar a participação popular para entender como respostas mais duradouras e amplamente aceitas podem emergir por meio do processo de discussão constitucional em âmbito societal.

Ao proporem reformas para o sistema Legislativo Canadense, Macfarlane, Emmett e Hiebert (2023, p. 166) consideram a necessidade de ampliação da

transparência e prestação de contas, como forma de aumentar o escrutínio sobre as discussões travadas em torno da *Charter*. Sob tal aspecto, a criação de instâncias de controle social, com maior participação popular, poderia complementar essa perspectiva, fortalecendo a legitimidade democrática e garantindo que as decisões do Legislativo e do Executivo sejam justificadas de forma mais transparente e alinhadas com as expectativas sociais.

A adoção de perspectiva que prestigia a participação popular também melhora as interpretações institucionais em casos individuais, considerando as importantes e frequentemente divergentes perspectivas dos diferentes ramos de poder. Para Bateup (2006, p. 78):

The dynamic fusion of these two understandings enables us to see that judges can both facilitate constitutional discussion at a society-wide level and make unique institutional contributions to the consideration of constitutional values in the context of individual cases. In turn, judges can also respond dialogically at the level of individual cases to the distinctive contributions of the legislature in relation to constitutional meaning, and to the developing views of broader constitutional culture<sup>18</sup>.

Nesse sentido, embora tais reflexões dialoguem inicialmente com os sistemas estrangeiros, suas premissas podem oferecer importantes subsídios ao debate em outros contextos institucionais, desde que se leve em conta a realidade legislativa e social de cada país. Diante das considerações das teorias dialógicas acima, que refletem sistemas legislativos próprios do contexto americano e canadense, onde foram concebidas, cumpre fazer uma ressalva para esclarecer que não se busca a aplicação das premissas teóricas sem a devida reflexão das diferenças entre os modelos legislativos, servindo os princípios delineados pelas teorias como parâmetros para melhor definição do conceito de diálogo interinstitucional e dos mecanismos que permitem a sua prática por diferentes instituições.

---

<sup>18</sup> “A fusão dinâmica dessas duas concepções nos permite perceber que os juízes podem tanto facilitar o debate constitucional em nível social amplo quanto fazer contribuições institucionais únicas para a consideração dos valores constitucionais no contexto de casos individuais. Por sua vez, os juízes também podem responder de forma dialógica, no âmbito de casos individuais, às contribuições distintas do legislativo em relação ao significado constitucional e às visões em evolução da cultura constitucional mais ampla”. Tradução nossa.

Sobre o tema, Bateup (2006, p. 74) expõe que não há impedimentos para a aplicação da Teoria da Parceria em outros países, desde que haja uma compreensão adequada das estruturas e dos atores envolvidos no diálogo interinstitucional, conforme o trecho abaixo (Bateup, 2006, p. 74):

Although Hiebert ties her account of dialogue to the Canadian Charter, there is no reason why this way of understanding institutional interactions cannot be extended to other nations, including the United States, as the positive features of the judicial and legislative processes that she describes will be closely analogous in most constitutional systems. [...] As a result, the partnership model enables us to recognize the more general potential that exists for institutional “conversations occurring in both directions,” which have the potential to “ratchet up” the degree and quality of the scrutiny that is brought to bear on the consideration of how legislative actions impact constitutional rights<sup>19</sup>.

Dessa forma, a perspectiva apresentada sobre os Conselhos de Saúde no Brasil reflete princípios que também fundamentam as propostas de reforma legislativa discutidas por Macfarlane, Emmett e Hiebert (2023), como a importância de ampliar a transparência e a prestação de contas no processo de interpretação constitucional. Nesse sentido, as instâncias de participação popular previstas pela Lei n.º 8.142/90 podem ser definidas como espaços públicos de discussão e tematização de interesses sociais na área da saúde, favorecendo a ampliação do espectro social atendido pela política pública e aumentando a demanda por mecanismos de responsabilização dos gestores (Carvalho, 1997, p. 25).

Assim, conciliando a Teoria da Parceria com a Teoria do Equilíbrio, o diálogo interinstitucional não pode ser admitido apenas pela interação entre Executivo, Legislativo e Judiciário, mas também deve se voltar a mecanismos que possibilitam a inclusão de perspectivas externas, como as da sociedade civil, de forma a ampliar o espectro de legitimidade democrática das decisões políticas. É sob este arcabouço

---

<sup>19</sup> “Embora Hiebert vincule sua abordagem de diálogo à *Charter* canadense, não há razão para que essa forma de entender as interações institucionais não possa ser estendida a outras nações, incluindo os Estados Unidos, já que as características positivas dos processos judiciais e legislativos que ela descreve serão amplamente análogas na maioria dos sistemas constitucionais. [...] Como resultado, o modelo de parceria nos permite reconhecer o potencial mais geral que existe para “conversas institucionais ocorrendo em ambas as direções,” com a capacidade de “aumentar” o nível e a qualidade do escrutínio aplicado à consideração de como as ações legislativas afetam os direitos constitucionais”. Tradução nossa.

teórico que o trabalho ora desenvolvido busca, a partir de uma metodologia empírica, analisar a existência de práticas dialógicas entre o Conselho Municipal de Saúde, Ministério Público e o Poder Judiciário, bem como compreender de que modo ocorrem e influenciam na construção de políticas públicas de saúde das pessoas com deficiência.

## 4 METODOLOGIA

Quando comparada com a pesquisa científica em outras áreas do conhecimento, a pesquisa em Direito encontra-se em relativo descompasso, notadamente por não ter atingido o crescimento e reconhecimento internacional semelhante às demais disciplinas (Nobre, 2002, p. 4). Para Nobre (2002, p. 4), essa característica decorre de dois principais fatores: “o isolamento em relação a outras disciplinas das ciências humanas e uma peculiar confusão entre prática profissional e pesquisa acadêmica”.

Parte deste problema verifica-se no papel assumido pelo ensino jurídico, destinado de maneira precípua à transmissão de conhecimento prático das diversas carreiras de operadores do Direito, tais como advogados, juízes e procuradores, em detrimento do incentivo à produção acadêmica e da observância de critérios científicos (Nobre, 2002, p. 7). Neste cenário, a pesquisa jurídica desenvolvida baseia-se fortemente na dogmática jurídica e em modelo de produção semelhante à elaboração de pareceres, construídos com base na lógica da advocacia e cuja conclusão faz-se pré-determinada, isto é, com a busca de argumentos que a justifiquem (Nobre, 2002, p. 11).

No mesmo sentido, Westerman (2009, p. 3) critica a predominância da pesquisa jurídica com enfoque exclusivamente doutrinário, com a finalidade de descrever e reorganizar o sistema jurídico existente, sem questionar o modelo jurídico por meio de uma perspectiva teórica independente. A autora argumenta a necessidade de uma abordagem de caráter empírico na pesquisa jurídica, que permita incorporar uma variedade de perspectivas externas e questionar o *status* do próprio sistema (Westerman, 2009, p. 2).

Sob tal perspectiva, a pesquisa ora desenvolvida pretendeu abordar os diálogos interinstitucionais no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora mediante a adoção de métodos não tradicionais do direito, com a análise de dados empíricos e definições metodológicas previamente estabelecidas, de forma a garantir maior precisão e verificabilidade dos resultados encontrados.

Além disso, tendo em vista que o problema de pesquisa foi construído em torno da implementação de políticas públicas voltadas à saúde das pessoas com deficiência, mostrou-se imprescindível considerar outras disciplinas para a investigação jurídica, tais como o campo da saúde coletiva e de políticas públicas.

Nesse caso, adotou-se como pressuposto que o direito é um campo aberto a influências externas e que a pesquisa jurídica deve ser conduzida em interdisciplinariedade com outras disciplinas sociais, conforme defende Westerman (2009, p. 7).

Tal escolha metodológica justifica-se, ainda, pelo fato de o fenômeno da judicialização da saúde ter evidenciado a insuficiência do direito, de forma isolada, para uma análise pormenorizada dos processos e dos fenômenos relacionados à implementação de políticas públicas, tendo em vista o seu caráter programático e indeterminado (Vianna; Burgos; Salles, 2007, p. 40). Conforme Fontes (2023, p. 17), a perspectiva jurídica sobre a agenda de estudos de implementação de políticas públicas, embora promissora, ainda se mostra incipiente no Brasil, girando em torno, de maneira geral, do impacto das decisões judiciais na implementação de políticas públicas.

Dessa forma, assumem importância caminhos metodológicos que permitam um olhar jurídico direcionado a outras instituições, além do Poder Judiciário, igualmente relevantes na implementação de políticas públicas, tais como os Conselhos Municipais de Saúde.

Assim, para além de classificar e descrever as abordagens e métodos utilizados na pesquisa sobre as medidas adotadas pelos membros do Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora-MG em relação ao diálogo interinstitucional com o Poder Judiciário e o Ministério Público, este capítulo busca demonstrar a utilização de uma visão crítica da condução da pesquisa, focando na apresentação de métodos e de uma estrutura metodológica replicável.

#### 4.1 OPÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA DE PESQUISA

De acordo com Gustin e Dias (2006, p. 20), a maior complexidade social da atualidade levou à superação de metodologias puramente formalistas no direito, exigindo a adoção de novas metodologias e de teorias explicativas de conteúdo cada vez mais complexos. Neste cenário, as autoras (2006, p. 20-21) identificam o surgimento de três grandes vertentes teórico-metodológicas para a pesquisa jurídica: (i) a linha da tecnologia social científica; (ii) a linha metodológica de sentido jurisprudencial; (iii) a linha crítico-metodológica.

A presente pesquisa se enquadra na linha crítico-metodológica, pois busca analisar criticamente as interações entre o Conselho Municipal de Saúde, o Ministério Público e o Poder Judiciário no âmbito das políticas públicas de saúde voltadas para pessoas com deficiência. Tal vertente é caracterizada por uma análise que não apenas descreve, mas também problematiza as práticas e normativas existentes, propondo reflexões sobre suas implicações e a eficácia das políticas públicas de saúde.

Para Gustin e Dias (2006, p. 21):

A linha crítico-metodológica supõe uma teoria crítica da realidade e sustenta duas teses de grande valor para o repensar da Ciência do Direito e de seus fundamentos e objeto: a primeira defende que o pensamento jurídico é tópico e não dedutivo, é problemático e não sistemático. Essa tese trabalha com a noção de razão prática e de razão prudencial para o favorecimento da decisão jurídica. A segunda tese insere-se na versão postulada pela teoria do discurso e pela teoria argumentativa. Essa linha compreende o Direito como uma rede complexa de linguagens e de significados.

O estudo dos Diálogos Interinstitucionais entre o Conselho Municipal de Saúde, o Ministério Público e o Poder Judiciário beneficia-se desta visão ao tratar o Direito não apenas como um conjunto de normas jurídicas, mas como uma prática discursiva que envolve múltiplas vozes, contextos e interpretações.

Sob tal perspectiva, assumem relevo as abordagens metodológicas que consideram o conteúdo como elemento central para compreender como as decisões administrativas são negociadas e construídas. O foco está na análise do conteúdo das falas tanto dos membros do Conselho Municipal de Saúde quanto de representantes do Poder Judiciário e do Ministério Público, buscando identificar os elementos relacionados ao direito à saúde, às obrigações do Estado e à interpretação das leis.

Partindo, ainda, da ideia de que a pesquisa jurídica deve ser conduzida em interdisciplinariedade com outras disciplinas sociais, conforme defende Westerman (2009, p. 7), este estudo se posiciona dentro da vertente jurídico-sociológica. Para Gustin e Dias (2006, p. 22):

A segunda vertente, jurídico-sociológica, propõe-se a compreender o fenômeno jurídico no ambiente social mais amplo. Analisa o Direito como variável dependente da sociedade e trabalha com as noções de eficiência, eficácia e de efetividade das relações Direito/sociedade. Preocupa-se com a facticidade do Direito e com as relações

contraditórias que estabelece com o próprio Direito e com os demais campos: sociocultural, político e antropológico.

Tal vertente metodológica mostra-se a mais adequada para estudos que buscam entender como as normas jurídicas e políticas públicas são implementadas e operam no contexto social, especialmente na interação entre diferentes instituições, como o Conselho Municipal de Saúde e o Poder Judiciário. O enfoque jurídico-sociológico permite, assim, a compreensão das práticas e processos sociais subjacentes às normas jurídicas e às deliberações institucionais.

Para tanto, adotou-se o raciocínio indutivo-dedutivo (Gustin; Dias, 2006, p. 24), seguindo, inicialmente, uma abordagem indutiva ao analisar as atas e resoluções do Conselho Municipal de Saúde (CMS-JF) para identificar padrões e tendências<sup>20</sup>. A partir das observações coletadas, desenvolvem-se hipóteses e interpretações mais amplas que são então aplicadas de maneira dedutiva para avaliar a conformidade das práticas observadas com os princípios e objetivos da política pública voltada à saúde das pessoas com deficiência.

A opção pelo raciocínio justifica-se pela busca de solucionar as insuficiências de cada um dos raciocínios isoladamente considerados (Gustin; Dias, 2006, p. 24). Embora as conclusões do processo indutivo de raciocínio possam ser mais amplas do que os dados ou premissas dos quais derivaram, as pesquisas dessa área não permitem generalizações completas por se restringirem a campos sociais específicos, sendo difíceis universalizações dos conhecimentos obtidos (Gustin; Dias, 2006, p. 23).

Nesse cenário, a utilização em caráter complementar do raciocínio dedutivo auxilia a construir uma base teórica sólida que pode ser continuamente confrontada com os dados empíricos, ajudando a refinar tanto as hipóteses quanto as generalizações derivadas. Em outras palavras, o raciocínio dedutivo ajuda a assegurar que as conclusões retiradas dos argumentos estejam alinhadas com as

---

<sup>20</sup> Para Gustin e Dias (2006, p. 23), “o raciocínio dedutivo é o processo que faz referência aos dados de nossa experiência ou às normas e regras em relação a leis e princípios gerais e ao maior número de casos que a eles possam ser referidos. Esse raciocínio trabalha com a suposição de subordinação, ou seja, uma especificidade subordina-se a uma regularidade geral”. Já o raciocínio indutivo, na visão das autoras (2006, p. 23), é “um processo mental que parte de dados particulares e localizados e se dirige a constatações gerais. Assim, as conclusões do processo indutivo de raciocínio são sempre mais amplas do que os dados ou premissas dos quais derivaram. É o caminho do particular para o geral. São três as fases do processo indutivo de conhecimento: a observação dos fatos ou fenômenos, a procura da relação entre eles e o processo de generalização dos achados nas duas primeiras fases”.

premissas e normas estabelecidas, permitindo uma defesa mais estruturada e convincente dos resultados.

No que concerne aos tipos de investigação, baseada nos critérios estabelecidos por Gustin e Dias (2006, p. 28), a investigação realizada é essencialmente jurídico-descritiva e jurídico-exploratória.

Como jurídico-descritiva, a pesquisa descreve detalhadamente os atos normativos, as práticas deliberativas do Conselho Municipal de Saúde e as interações institucionais com o Poder Judiciário e o Ministério Público, documentando como essas interações são registradas. Nesse sentido, utiliza-se do procedimento analítico de decomposição de um problema jurídico em seus diversos aspectos, relações e níveis (Gustin; Dias, 2006, p. 29).

Como jurídico-exploratória, a pesquisa busca explorar um campo ainda pouco investigado, especialmente no que se refere à implementação das políticas públicas voltadas à saúde das pessoas com deficiência e o papel do Conselho Municipal de Saúde nesse processo. Vale ressaltar que a investigação jurídico-exploratória busca conduzir à elaboração de um diagnóstico, contribuindo para a melhor compreensão das características dos diálogos interinstitucionais estabelecidos no âmbito da saúde.

Conforme Gustin e Dias (2006, p. 28):

Os diagnósticos podem ser tanto uma investigação autônoma que, como banco de dados, pode ser da maior utilidade para a produção de conhecimento científico de uma área, assim como fases metodológicas de determinada investigação. Em ambos os casos, sua importância constitutiva para o desenvolvimento da produção científica, em determinado campo, não pode ser desconhecida. A pesquisa diagnóstica tem crescido em importância no âmbito do Direito, após as modificações introduzidas, nos cursos jurídicos, pelo Ministério da Educação.

A opção pela abordagem crítico-metodológica na vertente jurídico-sociológica, combinada com um raciocínio indutivo-dedutivo, justifica-se pela natureza complexa do objeto de estudo. As interações entre o Conselho Municipal de Saúde, o Ministério Público e o Poder Judiciário requerem uma análise que vá além da mera descrição normativa, buscando entender os processos que moldam essas interações e as suas consequências para a efetivação dos direitos das pessoas com deficiência.

Como fontes de dados para a consecução da pesquisa, foram eleitas fontes diretas e indiretas, em abordagem primária e secundária (Gustin; Dias, 2006, p. 31).

As fontes diretas incluem as atas e gravações das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, bem como as Resoluções Normativas publicadas pelo órgão e os Atos Normativos do Poder Executivo Municipal, que são documentos primários e fornecem informações não mediadas sobre o objeto de estudo. As fontes indiretas incluem artigos acadêmicos, livros e outras publicações que contextualizam e fundamentam teoricamente a análise dos dados primários.

Apesar de as resoluções normativas e os atos executivos não serem as principais fontes da investigação, o propósito desse levantamento foi estabelecer conexões entre os dados extraídos das atas e gravações das reuniões e os direcionamentos e decisões registrados nas resoluções do CMS/JF. Além disso, procurou-se identificar os impactos dessas deliberações nos atos normativos municipais que abordaram ou implementaram as medidas aprovadas durante as reuniões do Conselho.

Em termos de abordagem, a pesquisa se baseia tanto em abordagens primárias (análise de documentos originais, como atas e resoluções) quanto secundárias (interpretações e análises presentes na literatura acadêmica). Além disso, a utilização de fontes diretas e indiretas busca assegurar que a pesquisa tenha uma base sólida e abrangente, permitindo uma análise detalhada e contextualizada dos fenômenos observados.

#### 4.2 PROCESSO DE COLETA E REVISÃO DE DADOS

O processo de coleta e análise de dados realizado nesta pesquisa envolveu etapas e esforços para garantir a integridade e a abrangência das informações coletadas. O objetivo central foi investigar as ações do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Juiz de Fora-MG em relação ao diálogo interinstitucional com o Poder Judiciário e Ministério Público, especialmente no que tange à implementação das diretrizes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, conforme estabelecido pela Portaria n.º 793, de 24 de abril de 2012.

A primeira etapa da pesquisa envolveu a coleta de dados relativos às atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, que foram acessadas através da página oficial da Prefeitura de Juiz de Fora (<https://www.pjf.mg.gov.br/>). Ao lado esquerdo da página, na seção “institucional”, clicou-se na opção “Conselhos Municipais”. Em seguida, foi aberta página com campo para seleção do Conselho, sendo selecionada

a opção “Saúde”. Já na página do Conselho Municipal de Saúde, no canto superior esquerdo, na seção “Reuniões”, foi selecionada a opção de “atas”.

No campo de seleção, as atas das reuniões ordinárias e extraordinárias são organizadas por ano/mês, tendo sido coletadas as atas disponíveis e elaboradas entre o mês de abril de 2012 ao mês de junho de 2024, a fim de compreender o conteúdo dos encontros do Conselho após a publicação da Portaria n.º 793/2012, que instituiu a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (Anexo A).

Durante a etapa de coleta e organização, porém, foi identificada uma lacuna significativa nos documentos disponibilizados entre janeiro de 2018 e abril de 2022, o que motivou a adoção de medidas adicionais para acessar essas informações.

No dia 20 de novembro de 2023, foi feita uma primeira solicitação formal à Ouvidoria do Conselho Municipal de Saúde por e-mail, requisitando as atas faltantes. A resposta da Ouvidoria, recebida em 22 de novembro de 2023, esclareceu que, devido a dificuldades relacionadas a recursos humanos e aos efeitos da pandemia, o Conselho enfrentou problemas na transcrição das atas (Anexo B). Foi sugerido que se entrasse em contato com o Conselho por telefone para tratar do assunto (Anexo B).

Em seguida, no dia 4 de dezembro de 2023, foi realizado o contato telefônico e, posteriormente, formalizada uma segunda solicitação por e-mail à Secretária Executiva do Conselho Municipal de Saúde. Em 8 de dezembro de 2023, a Secretária respondeu, informando que o Conselho havia passado por um período sem atas transcritas devido à falta de servidores, mas que as reuniões haviam sido gravadas e os áudios poderiam ser disponibilizados em um Pen Drive. Após diversas tentativas de agendamento, os áudios das reuniões foram finalmente obtidos em 15 de abril de 2024, durante uma visita presencial à sede do CMS/JF.

Os áudios, gravados em formato mp3., foram essenciais para complementar a ausência das atas transcritas. A quantidade de atas disponíveis no site do Conselho e a quantidade de áudios disponibilizados foram devidamente contabilizadas e organizadas em pastas nomeadas de acordo com o ano de realização das reuniões.

Com as atas organizadas, iniciou-se uma triagem manual, cujo objetivo era identificar as atas que tratavam especificamente de questões relacionadas à saúde das pessoas com deficiência, como acesso a medicamentos, tratamentos, transporte para hospitais e reestabelecimento de centros de atendimento. Registra-se que a triagem contou com uma dupla checagem, em um processo de validação por meio da

utilização de ferramenta de busca das seguintes palavras-chave: “deficien”, “reabilit” e “acessi”, sendo priorizados os radicais das palavras para possibilitar a busca de suas variáveis, a exemplo de deficiência, deficientes, reabilitar, reabilitação, acessível, acessibilidade.

Em relação aos áudios das reuniões, que muitas vezes ultrapassavam mais de três horas de duração, foi utilizado o programa TurboScribe, que se utiliza de inteligência artificial para transcrever áudios em textos. Importa ressaltar que a utilização da ferramenta mostrou-se essencial para garantir a viabilidade da pesquisa, dentro do cronograma proposto.

A transcrição por meio da plataforma se deu através da criação de uma conta de acesso, na página <https://turboscribe.ai/>. Com o cadastro, foi possível acessar o ícone “*dashboard*” da plataforma, por meio da qual, foi selecionado, no campo direito, o campo “*transcribe files*”. Em seguida, foi selecionado o áudio que seria alvo de transcrição, bem como o idioma falado (Língua Portuguesa).

Registre-se que o sistema conta com três modos de transcrição, levando como base a acurácia *versus* o tempo de duração de cada procedimento. Para fins da presente pesquisa, foi selecionado o modo com maior acurácia, embora seja o modo com maior tempo exigido para possibilitar a transcrição integral dos áudios. Após a transcrição de cada áudio, foi selecionada a opção de *Export Transcript*, para o *download* de cada arquivo em documento de texto.

Para verificar a confiabilidade e a precisão do sistema, foi realizada uma checagem amostral dos áudios, comparando-se as partes iniciais e finais das transcrições geradas com as respectivas gravações disponibilizadas. Embora não tenham sido identificados erros significativos de transcrição gerados pelo sistema que comprometessem a análise, constatou-se que algumas transcrições apresentaram limitações devido à presença de trechos com ruídos ou à ausência de áudio nas gravações.

Com todos os arquivos transcritos, foi realizada a sua organização em pastas e subpastas organizadas por mês/ano, de modo a facilitar o processo de triagem (Anexo A). Assim como as atas, as transcrições foram triadas de modo a identificar especificamente questões relacionadas à saúde das pessoas com deficiência e, por meio de uma dupla checagem, foi realizada a busca das palavras-chave “deficien”, “reabilit” e “acessi”.

Além da coleta das atas, a pesquisa também incluiu a análise de resoluções normativas emitidas pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) e de atos normativos do Poder Executivo Municipal relacionados à temática em questão. Para a obtenção das resoluções, acessou-se o site oficial da Prefeitura de Juiz de Fora (<https://www.pjf.mg.gov.br/>), navegando-se pela página do CMS/JF, na aba “Reuniões”, e, em seguida, no ícone “Resoluções”. Posteriormente, selecionaram-se os anos de interesse — 2012 a 2024 —, e as resoluções pertinentes à saúde da pessoa com deficiência foram identificadas e extraídas.

No que tange à coleta dos atos normativos municipais, o procedimento também foi realizado via portal da Prefeitura de Juiz de Fora, na seção “atos do governo”. Para tanto, utilizou-se o campo de busca “corpo do ato” com o termo “deficien”, abrangendo o período entre abril de 2012 e junho de 2024.

Embora as resoluções normativas e os atos executivos não constituíssem as fontes principais da pesquisa, o objetivo desse levantamento foi correlacionar as informações contidas nas atas e gravações das reuniões com os direcionamentos e as deliberações documentadas nas resoluções do CMS/JF. Ademais, buscou-se mapear os reflexos dessas deliberações nos atos normativos municipais que discutiam ou implementavam medidas aprovadas em reuniões do Conselho.

Após a sistematização e organização das resoluções e dos atos normativos por ano, identificaram-se os documentos que faziam referência direta às temáticas debatidas nas reuniões, permitindo uma visão mais integrada e abrangente dos resultados extraídos das atas e das gravações quanto aos encaminhamentos administrativos relacionados às pessoas com deficiência.

#### 4.3 PARÂMETROS DE IDENTIFICAÇÃO DOS DIÁLOGOS INTERINSTITUCIONAIS

A análise de conteúdo foi escolhida como base deste trabalho por ser uma técnica de pesquisa qualitativa eficaz para interpretar o significado de comunicações textuais de forma sistemática e objetiva. Segundo Bardin (1977, p. 42), a análise de conteúdo pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção

de/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”. Envolve um processo de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo das mensagens, permitindo a obtenção de indicadores (quantitativos ou não) que auxiliam na inferência de conhecimentos sobre as condições de produção e recepção dessas mensagens.

A análise de conteúdo, conforme Bardin (1977, p. 30), pode desempenhar duas funções complementares: a) função heurística, que visa a enriquecer a pesquisa exploratória, permitindo o surgimento de hipóteses a partir de mensagens previamente pouco exploradas; b) função de administração da prova, em que serve para verificar hipóteses apresentadas sob a forma de questões ou afirmações provisórias.

De acordo com Bardin (1977, p. 95), o processo da análise de conteúdo pode ser dividido em três fases: a) a pré-análise; b) a exploração do material; c) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A fase de pré-análise envolve a organização e sistematização das ideias, incluindo a seleção dos documentos a serem analisados, a retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa e a elaboração de indicadores que orientarão a interpretação final (Bardin, 1977, p. 95). Como primeira tarefa, o autor propõe a leitura flutuante, procedimento no qual o pesquisador tem contato exaustivo com o material de análise, permitindo a familiarização com o conteúdo (Bardin, 1977, p. 96).

No caso desta pesquisa, foi realizada a leitura cuidadosa das atas e resoluções do Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora, bem como dos atos normativos editados pelo Poder Executivo Municipal relativos à saúde das pessoas com deficiência, com o objetivo de identificar os temas recorrentes, a estrutura das discussões e os principais tópicos abordados nas reuniões. Esse contato preliminar possibilitou a obtenção de uma visão panorâmica do material, essencial para as próximas etapas da análise.

Após a leitura inicial, procedeu-se à constituição do *corpus*, etapa crucial para garantir que o material a ser analisado fosse representativo, exaustivo e pertinente em relação aos objetivos da pesquisa (Bardin, 1977, p. 96-97). Foram selecionadas atas de reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho Municipal de Saúde, assim como resoluções e atos normativos emitidos pelo Poder Executivo, no período de 2012 a 2024, com base nos critérios de seleção da temática de acesso à saúde das pessoas com deficiência. O *corpus* foi composto de modo a cobrir todo o período posterior à instituição da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, para

observar as tendências e mudanças nas políticas públicas e nas interações entre as instituições.

A formulação de hipóteses foi uma etapa flexível, em que foram geradas expectativas iniciais sobre o material, com base na leitura flutuante e na constituição do *corpus* (Bardin, 1977, p. 98). As hipóteses preliminares sugeriam que as atas e os atos normativos apresentariam evidências de interações interinstitucionais entre o Conselho Municipal de Saúde e o Ministério Público, com medidas voltadas para a inclusão de pessoas com deficiência no sistema de saúde. Também se esperava identificar a presença de práticas dialógicas entre o Conselho e o Poder Judiciário, visando ao monitoramento e à efetividade dessas políticas. As hipóteses, porém, foram mantidas flexíveis para permitir a reformulação durante o processo exploratório.

A fase final da pré-análise envolveu a definição de índices e a elaboração de indicadores que orientariam a análise do material (Bardin, 1977, p. 99). Os índices foram definidos com base nos principais temas identificados, como acesso à saúde, inclusão social, políticas públicas de saúde para pessoas com deficiência e interações institucionais. Os indicadores serviram para guiar a codificação dos dados, focando em quantas vezes esses temas apareciam nas atas e atos normativos, bem como na natureza das interações entre os diferentes atores institucionais.

Para aferir a existência de práticas dialógicas entre instituições, foram considerados os parâmetros delineados pelo referencial teórico. Nesse sentido, partiu-se das Teorias do Equilíbrio e da Parceria, as quais, de maneira precípua, pressupõem os seguintes aspectos: (i) a ampliação dos participantes do debate, incluindo a sociedade como um todo na interpretação constitucional (Häberle, 2014); (ii) a interação e a coordenação entre os Poderes e órgãos parceiros para a interpretação constitucional (Friedman, 1993); (iii) modelo de responsabilidade por parte de todos os órgãos parceiros envolvidos, com a possibilidade de prevenção de crítica quando a política limita direitos indevida e injustificadamente (Hiebert, 1996).

Sob tais parâmetros teóricos, foram consideradas como interações interinstitucionais as discussões que envolveram a abordagem da temática da saúde das pessoas com deficiência pelo Conselho Municipal de Saúde em conjunto com outros órgãos e poderes públicos, mediante a ampliação de atores envolvidos para o debate. Por outro lado, convencionou-se denominar de mecanismos de diálogos interinstitucionais os instrumentos formais de diálogo sugeridos ou criados para

possibilitar a prevenção de crítica quanto às limitações dos direitos envolvidos nas políticas públicas discutidas.

Em termos metodológicos, a distinção acima mostrou-se necessária para possibilitar a análise não apenas das interações e debates do Conselho Municipal de Saúde com outros órgãos, mas também da condução de medidas e da criação de ferramentas que visem à aproximação e diálogo com o Poder Judiciário e o Ministério Público, em atendimento às diretrizes da Resolução CNS n.º 453/2012.

Para a organização da coleta de dados das atas e transcrições, foi elaborado um formulário por meio da ferramenta Google Forms, disponível pelo site <https://www.google.com/intl/pt-BR/forms/about/>. O formulário, denominado “Ficha de Análise de Atas” (Apêndice A), foi estruturado em duas seções, contendo o quantitativo total de vinte e um itens para preenchimento.

Na primeira seção, o objetivo da ficha de análise foi coletar informações básicas sobre as atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde e os assuntos discutidos. Foram incluídos para preenchimento campos relacionados à natureza ordinária ou extraordinária das reuniões, a data de sua realização, o local, os principais temas em pauta, as discussões sobre matérias relacionadas à saúde da pessoa com deficiência, os participantes dessas discussões, se houve deliberação ou resolução normativa aprovada e qual o conteúdo de tais deliberações.

Desse modo, o primeiro passo da exploração do material envolveu o recorte dos textos das atas e das transcrições, selecionando trechos específicos que tratavam dos temas centrais da pesquisa, relacionadas à saúde das pessoas com deficiência. Após o recorte e codificação por meio do formulário, procedeu-se à classificação dos dados em categorias temáticas específicas, baseadas nos indicadores estabelecidos na pré-análise.

Para Bardin (1977, p. 117), a “categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos”. Assim, no que concerne às temáticas relacionadas à saúde das PCDs, foram definidos previamente quatro categorias: (i) Acesso a Serviços e Ações de Saúde; (ii) Barreiras de acesso (físicas, atitudinais ou tecnológicas); (iii) Políticas específicas para PCDs; (iv) Implementação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência.

A tabela 2 abaixo apresenta, de forma sistemática, os critérios norteadores da classificação em cada uma das categorias definidas:

Tabela 2 - Categorias Temáticas: Saúde da Pessoa com Deficiência

<b>Categorias</b>	<b>Descrição</b>	<b>Indicadores</b>
Acesso a Serviços e Ações de Saúde	Avaliação do acesso das pessoas com deficiência a serviços e ações de saúde já existentes na rede de atendimento.	Discussões sobre a qualidade e quantidade de prestadores; resoluções tomadas; oferta dos serviços e ações de saúde; demandas reprimidas; negativas indevidas de atendimento.
Políticas Específicas para Pessoas com Deficiência	Iniciativas ou Políticas para melhoria, acesso e/ou qualificação de serviços e ações de saúde para a Pessoa com Deficiência, excentuando-se as discussões relacionadas à RCPD.	Discussões sobre políticas públicas voltadas à pessoa com deficiência, porém que não tratem da RCPD, como políticas de acessibilidade; implementação de serviços especializados; avaliação de políticas existentes.
Barreiras de acesso	Obstáculos enfrentados pelas pessoas com deficiência no acesso à saúde no âmbito municipal.	Menção a barreiras físicas, atitudinais, tecnológicas e institucionais; frequência de ocorrências; adequações dos serviços e ações às políticas de inclusão.
Implementação da RCPD (Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência)	Ações e políticas voltadas à implementação da RCPD nas reuniões do Conselho.	Discussões sobre o plano de implementação da RCPD; medidas adotadas; desafios enfrentados; credenciamento de prestadores e centros de reabilitação, nos termos da Portaria n.º 793/12.

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Embora as categorias de “Políticas Específicas para Pessoas com Deficiência” e “Implementação da RCPD” compartilhem a semelhança de estarem vinculadas a

temáticas relacionadas a políticas públicas, optou-se por distingui-las, com o objetivo de destacar, de forma clara, as atas e registros que mencionam de forma expressa ações e políticas previstas pela Portaria n.º 793/12, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Já a segunda seção da Ficha de Análise das Atas (Apêndice A), por sua vez, abordou quesitos relacionados aos diálogos interinstitucionais promovidos pelo Conselho Municipal de Saúde com o Poder Judiciário e o Ministério Público. Nesse caso, foi avaliado se houve menção à judicialização da saúde das pessoas com deficiência, se os membros ou representantes do Poder Judiciário e do Ministério Público estavam presentes e de que forma foram mencionados nas manifestações do Conselho, se o debate foi ampliado para participação de outros órgãos e se foram discutidos mecanismos de diálogos para resolução do problemas ou implementação de políticas públicas.

Para os fins da análise do conteúdo, foram desenvolvidas as categorias temáticas descritas na Tabela 3, conforme abaixo:

Tabela 3 - Categorias Temáticas: Diálogos Interinstitucionais

<b>Categorias</b>	<b>Descrição</b>	<b>Indicadores</b>
Interação Interinstitucional	Ampliação do debate para outros órgãos e poderes públicos.	Menção a outros órgãos ou poderes nas discussões; participação interinstitucional nas deliberações; temas abordados em conjunto com outras entidades.
Mecanismos de Diálogos Interinstitucionais	Mecanismos formais de diálogo entre o Conselho e outras instituições, como Grupos de Trabalho e Comissões Técnicas.	Propostas de criação de grupos ou comissões técnicas; resultados obtidos a partir desses mecanismos; dificuldades encontradas para aplicação.
Judicialização	Discussões sobre a intervenção judicial em demandas de saúde.	Casos de judicialização mencionados; discussão sobre a necessidade ou

		impacto de decisões judiciais; estratégias para evitar judicialização.
Papel Fiscalizador/Controle	Papel fiscalizador sobre as políticas e ações do CMS ou da área de saúde em geral.	Menção a auditorias, fiscalizações ou recomendações feitas por outros órgãos; ações corretivas sugeridas ou aplicadas; impactos dessas ações.

Fonte: Elaborado pela Autora (2024).

Após a categorização dos dados, a última fase da análise de conteúdo foi o tratamento dos resultados e a interpretação das informações obtidas. Nessa etapa, os dados brutos são analisados em profundidade, considerando tanto os aspectos quantitativos quanto os qualitativos (Bardin, 1977).

Para auxiliar na análise, os dados coletados pelos formulários foram extraídos em planilha Excel (Anexo A), ferramenta que contribuiu para a observação de padrões e frequências, permitindo o cruzamento das informações coletadas na primeira seção do formulário, que se voltam ao conteúdo dos assuntos discutidos nas reuniões do CMS-JF, com os dados preenchidos na segunda seção, relacionados às práticas dialógicas com o Poder Judiciário e o Ministério Público.

A análise quantitativa incluiu operações estatísticas simples, como a contagem de temas e categorias em relação ao número de reuniões e atos normativos. Essas operações permitiram identificar a frequência com que questões relativas ao acesso à saúde das pessoas com deficiência foram abordadas nas reuniões e documentos oficiais, bem como a intensidade das interações interinstitucionais mencionadas. Essa fase foi importante para estabelecer padrões e para verificar a representatividade dos temas discutidos em relação ao total de reuniões.

Além das operações quantitativas, a interpretação dos dados seguiu uma abordagem qualitativa, guiada pelos objetivos específicos da pesquisa. As informações extraídas foram interpretadas à luz das hipóteses iniciais e do quadro teórico que embasou o estudo, especialmente em relação às teorias do Equilíbrio e da Parceria.

Por fim, a apreciação dos resultados abriu espaço para a exploração de novas dimensões teóricas, como a relação entre poder institucional e implementação de políticas públicas, especialmente em contextos de saúde inclusiva. A análise indicou que, embora existam normas e diretrizes formais, a implementação dessas medidas depende de um diálogo efetivo entre as diferentes instituições, algo que nem sempre foi plenamente observado nas atas analisadas.

#### 4.4 LIMITAÇÕES E DESAFIOS DA PESQUISA

A pesquisa apresentada, embora tenha se mostrado inovadora na escolha de uma metodologia eminentemente empírica e alinhada com a linha crítico-metodológica proposta por Gustin e Dias (2006), enfrentou limitações e desafios que refletem tanto as dificuldades estruturais do campo jurídico quanto as características metodológicas escolhidas para a sua execução. Esta seção aborda essas limitações e as implicações para os resultados alcançados.

Em primeiro lugar, a predominância dos registros das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora como principais fontes de dados restringe a amplitude analítica da pesquisa, tendo em vista que, embora essas fontes sejam importantes, elas representam um universo documental formal, que pode não capturar práticas sociais informais ou nuances institucionais relevantes para compreender os diálogos interinstitucionais e a implementação de políticas públicas.

Por outro lado, a adoção dos registros formais das reuniões enquanto fonte de dados possibilitou a extração de informações ao longo de mais de uma década de implementação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, o que não seria possível de ser realizado com métodos empíricos não documentais, como entrevistas e observação participante. A adoção de tais métodos, embora pudessem possibilitar a análise de práticas informais de diálogo interinstitucional, restringiria a pesquisa a dados recentes e que não possibilitariam, por conseguinte, uma visão em perspectiva do período compreendido entre 2012 e 2024.

Tendo em vista que a pesquisa privilegia interações institucionais formais, para aumentar a validade e a confiabilidade das informações, foi adotada estratégia de triangulação de dados com a análise complementar de resoluções normativas publicadas pelo Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora e atos proferidos pelo Poder Executivo Municipal durante todo o período alvo de estudo. A triangulação de

dados, conforme proposta por Uwe Flick (2013), é um método de pesquisa que busca ampliar e enriquecer a análise de um problema ou tema ao incorporá-lo a partir de múltiplas perspectivas, o que envolve o uso de diferentes tipos de dados com o objetivo de oferecer uma visão mais abrangente e profunda do objeto de estudo.

Ao combinar perspectivas diversas, analisando as normativas em caráter complementar às atas do Conselho Municipal de Saúde, buscou-se superar as limitações da abordagem dos registros documentais de forma isolada, o que permitiu validar achados, como a implementação de políticas voltadas à saúde da pessoa com deficiência por meio de atos proferidos pelo Poder Executivo Municipal, em estreita correlação com as discussões travadas no âmbito do Conselho Municipal de Saúde.

Outro importante desafio enfrentado pela pesquisa foi a constatação de relevante lacuna do quantitativo de atas elaboradas pelo CMS-JF entre 2018 e 2022, período para o qual foram disponibilizadas para análise apenas as gravações em áudio das reuniões realizadas, o que, para tornar a pesquisa viável, exigiu a adoção de ferramenta de transcrição de áudio com base em inteligência artificial. Nesse cenário, considerando a possível ocorrência de problemas relacionados à confiabilidade de ferramentas como o TurboScribe para transcrição e a qualidade dos registros, foi necessário realizar procedimentos de ampla checagem das transcrições realizadas, comparando-as com os áudios disponibilizados.

Cumpram-se ressaltar, ainda, que, embora as atas das reuniões, por serem produzidas no momento de sua realização, sejam classificadas como dados primários por Gustin e Dias (2006, p. 31), notam-se diferenças substanciais em relação às gravações coletadas, notadamente pelo fato de que as atas representam uma versão formal e sintetizada das discussões elaborada por intermédio de um participante, enquanto as gravações preservam a integralidade e o contexto das falas.

Durante a análise dos dados, as diferenças entre os materiais coletados revelaram desafios significativos para a parametrização das informações. Particularmente, a análise de algumas informações extraídas das atas mostrou-se inviável com base apenas nas transcrições, uma vez que aspectos como a identificação dos participantes – nem sempre introduzidos ou mencionados nos áudios –, a síntese das pautas das reuniões, frequentemente não anunciadas, e o registro do local das reuniões, estavam ausentes. Além dessas dificuldades específicas, as transcrições também apresentaram desafios próprios, sobretudo devido ao uso de

uma linguagem informal e desestruturada, o que dificultou a clareza e a organização das informações.

Por fim, importa considerar que o raciocínio indutivo-dedutivo adotado, embora apropriado para estudos localizados, apresenta limitações significativas no que diz respeito à possibilidade de generalização, uma vez que, conforme apontado por Gustin e Dias (2006), investigações fundamentadas em casos específicos possuem alcance restrito para aplicação em cenários mais amplos. Essa limitação torna-se ainda mais evidente diante da singularidade do contexto de Juiz de Fora, que, apesar de oferecer uma riqueza de detalhes e especificidades, pode não representar, de maneira adequada, realidades análogas de outros Municípios ou Estados, reforçando a necessidade de cautela na extrapolação de conclusões.

A delimitação do recorte territorial em Juiz de Fora, por outro lado, reforça o potencial impacto local da pesquisa, ao permitir um diagnóstico detalhado e diretamente voltado às particularidades do Município. Essa especificidade facilita a formulação de soluções adaptadas às necessidades reais da comunidade, contribuindo de forma assertiva para a melhoria das condições locais e para a implementação de políticas mais eficazes e alinhadas à realidade municipal.

Por derradeiro, entende-se que a clareza sobre as limitações metodológicas da presente pesquisa pôde não apenas orientar a condução investigativa, mas também fortalecer a validade das contribuições que serão apresentadas no próximo Capítulo, reforçando a relevância do enfoque local como uma estratégia eficaz para a formulação de políticas públicas de saúde.

## **5 DIÁLOGOS INTERINSTITUCIONAIS NOS CUIDADOS À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Após a definição da metodologia eleita para a condução do trabalho, serão apresentados, no presente Capítulo, os dados empíricos coletados a partir das fontes de dados utilizadas. Em seguida, serão discutidos os resultados à luz das Teorias dos Diálogos Interinstitucionais e do fenômeno da judicialização da saúde, com o objetivo central de examinar como o Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora tem articulado o diálogo com o Poder Judiciário e o Ministério Público na implementação e fiscalização das políticas públicas para PCDs, de acordo com a Portaria n.º 793/2012, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Na exposição dos dados empíricos, primeiramente serão abordados os dados quantitativos a respeito das reuniões ordinárias e extraordinárias realizadas pelo CMS/JF durante o período de análise, considerando as atas registradas entre abril de 2012 e julho de 2024, bem como os áudios extraídos das gravações realizadas entre os anos de 2018 e 2022. Com a exposição, objetiva-se apresentar o corpo de análise da presente pesquisa, evidenciando também as dificuldades enfrentadas na coleta diante de lacunas de informações e documentos.

Em seguida, serão abordados os dados qualitativos coletados na primeira etapa da ficha de análise aplicada, que contempla os seguintes critérios: (i) Temas principais abordados; (ii) Participantes; (iii) Discussões sobre matérias afeitas às pessoas com deficiência; (iv) Resoluções e Deliberações do Conselho Municipal de Saúde. Buscar-se-á, com a exposição, apresentar um desenho do perfil das discussões e manifestações do Conselho de Saúde de Juiz de Fora a respeito das questões atinentes à saúde das pessoas com deficiência.

Posteriormente, serão indicados os dados relacionados às práticas dialógicas com o Poder Judiciário e Ministério Público, que envolvem: (i) Análise da presença de representantes nas reuniões do Conselho; (ii) Quantitativo de reuniões e discussões em que são citados e qual o respectivo contexto; (iii) Práticas dialógicas mencionadas; (iv) Discussão sobre mecanismos de diálogos que podem ser adotados.

Após a exposição dos dados de pesquisa, serão analisados os resultados buscando a compreensão das práticas dialógicas percebidas à luz das Teorias dos Diálogos Interinstitucionais, com foco na interação e coordenação entre os Poderes e órgãos parceiros para a interpretação constitucional e na possibilidade de prevenção

de crítica quando a política limita direitos indevida e injustificadamente (Hiebert, 1996a; 2002b).

### 5.1 ANÁLISE DAS ATAS E GRAVAÇÕES DAS REUNIÕES DO CMS/JF

A tabela abaixo evidencia o quantitativo anual de atas ordinárias e extraordinárias, elaboradas entre abril de 2012 e julho de 2024, dentre as quais foram contabilizadas aquelas que tratam de temas relacionados à saúde das pessoas com deficiência.

Tabela 4 - Atas Ordinárias e Extraordinárias do CMS entre 2012 e 2024

<b>Ano</b>	<b>Atas Ordinárias</b>	<b>Atas Ordinárias PCD*</b>	<b>Atas Extraordinárias</b>	<b>Atas Extraordinárias PCD*</b>
2012	17	4	2	0
2013	15	3	6	2
2014	16	4	3	1
2015	19	7	2	0
2016	19	3	4	1
2017	20	6	4	0
2018	2	2	0	0
2019	0	0	0	0
2020	0	0	0	0
2021	0	0	0	0
2022	10	1	1	0
2023	12	3	6	1
2024	3	1	0	0
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>34</b>	<b>28</b>	<b>5</b>

**Fonte:** Elaborado pela Autora a partir da base de dados do site da Prefeitura de Juiz de Fora, 2024. Acesso em: 25 set. 2024.

**Notas:**

\*As atas ordinárias PCD e atas extraordinárias PCD são aquelas nas quais foram verificadas abordagens relativas às pessoas com deficiência, na etapa de triagem, por meio da utilização das palavras-chave: “deficiência”, “deficien” e “reabilit”.

Verifica-se o quantitativo de 161 (cento e sessenta e uma) reuniões registradas em atas durante o período de análise, dentre as quais 133 (cento e trinta e três) são ordinárias e 28 (vinte e oito) extraordinárias. Comparando os achados com o quantitativo de atas esperadas por ano, porém, o que se evidencia é que, em nenhum dos exercícios alvo de análise, o número de registros foi equivalente ao número de reuniões ordinárias previstas pelo Regimento Interno.

Embora as reuniões extraordinárias não tenham um número mínimo de ocorrência, já que são sujeitas à convocação da Mesa Diretora ou pela maioria simples dos membros do Conselho, o art. 9º do Regimento Interno prevê que o CMS/JF “reunir-se-á ordinariamente duas vezes por mês” (Juiz de Fora, 2012), o que totaliza 24 (vinte e quatro) reuniões ordinárias por ano.

Considerando-se o recorte temporal de abril de 2012 a junho de 2024, esperava-se o quantitativo de 270 (duzentos e setenta) atas correspondentes a reuniões ordinárias realizadas pelo Conselho Municipal, número superior ao dobro de achados para este período.

Nesse cenário, face à disposição regimentar, infere-se como possível (i) significativa lacuna no processo de registro das atas durante o período de estudo ou (ii) alternativamente, a não ocorrência das reuniões com a frequência estipulada pelo Regimento Interno. Em todo caso, nota-se o descumprimento das previsões regulamentares, seja pela inobservância das disposições que exigem o registro das atas das reuniões e seu arquivamento na Secretaria Executiva do CMS, seja pela inobservância da frequência estipulada para a realização das reuniões ordinárias (Juiz de Fora, 2012).

Para além destes dados quantitativos, evidencia-se com clareza a lacuna do registro de atas, em especial, entre fevereiro de 2018 e abril de 2022. Conforme anteriormente relatado no Capítulo 4, diante da ausência dos documentos, foi realizada solicitação de esclarecimento formal à Ouvidoria do Conselho, por e-mail. De acordo com as informações prestadas, “o colegiado, por questões envolvendo recursos humanos e período pandêmico, teve realmente dificuldade em transcrever suas atas” (Anexo B)<sup>21</sup>. Nesse caso, em substituição às atas, após várias tentativas

---

<sup>21</sup> Cumpre ressaltar que a dificuldade na confecção das atas pelo Conselho Municipal de Saúde também foi registrada na ata da reunião ordinária realizada em 23/10/2023. Neste documento, consta registro de fala do Presidente do Conselho, que informa que o CMS tinha um funcionário exclusivo para a elaboração das atas e há bastante tempo não possui

de contato por telefone e e-mail, foram disponibilizados pelo Conselho, em visita presencial à sua sede, as gravações em áudio das reuniões realizadas durante o período.

O que se observa, porém, é que, apesar da justificativa fornecida pela Ouvidoria, a ausência de transcrição das atas antecede o período pandêmico, tendo em vista que deixaram de ser elaboradas a partir de fevereiro de 2018 e a deflagração da pandemia causada pelo Covid-19 somente se deu em março de 2020 no Município de Juiz de Fora<sup>22</sup>.

Ademais, assim como o número de atas transcritas mostra-se inferior ao quantitativo esperado, o número de gravações em áudio também revela importante lacuna, sobretudo quando considerado o ano de 2021, para o qual não foi disponibilizada nenhuma gravação ou outra forma de registro. A tabela abaixo discrimina as quantidades de gravações colhidas, que somam o total de 55 (cinquenta e cinco) registros.

Tabela 5 - Gravações Disponibilizadas pelo CMS entre 2018 e 2022

<b>Ano</b>	<b>Reuniões Extraordinárias</b>	<b>Reuniões Ordinárias</b>	<b>Reuniões Total</b>	<b>Reuniões que Tratam de PCD</b>	<b>Reuniões com Transcrição Prejudicada*</b>
2018	4	21	25	3	5
2019	5	12	17	3	1
2020	1	3	4	1	0
2021	0	0	0	0	0
2022	-**	-	9	1	2
<b>Total:</b>	<b>10</b>	<b>36</b>	<b>55</b>	<b>8</b>	<b>7</b>

**Fonte:** Elaborado pela Autora (2024) com base nas gravações disponibilizadas em visita presencial à sede do Conselho Municipal de Saúde (CMS/JF).

**Notas:**

mais; além disso, registrou-se a informação de que houve um período de dois anos sem a elaboração de atas, durante os quais “ninguém reclamou” (CMS/JF, 2023).

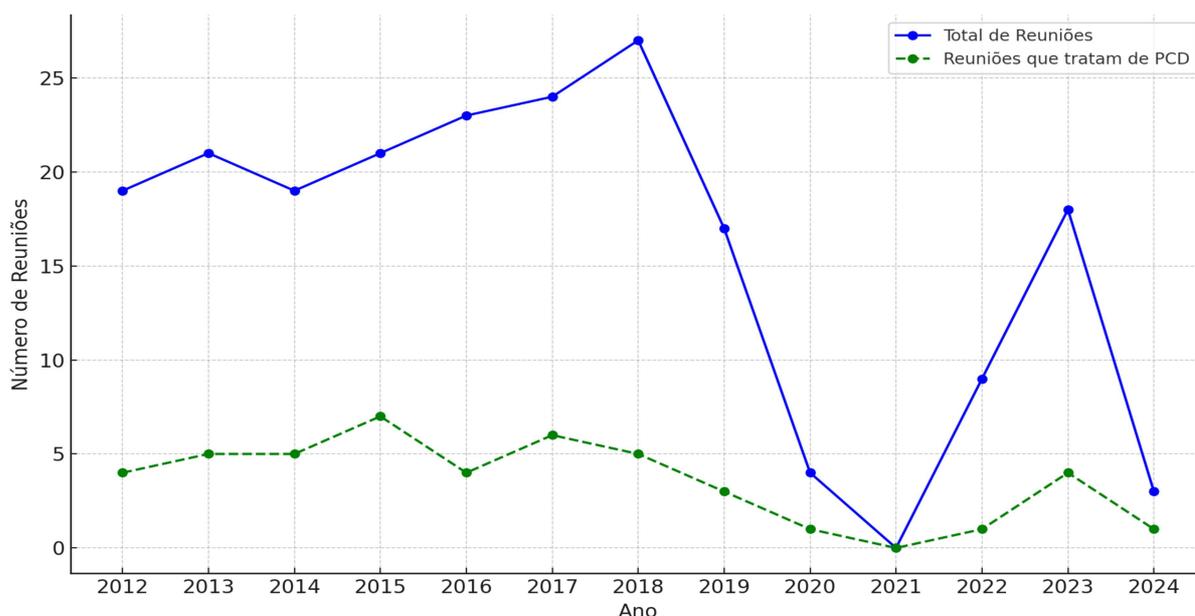
<sup>22</sup> No âmbito do Município de Juiz de Fora, o primeiro ato normativo voltado ao enfrentamento da pandemia de Covid-19 foi o Decreto 13.893, de 16 de março de 2020, que dispõe sobre as medidas preventivas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo Coronavírus (COVID-19), e dá outras providências (Juiz de Fora, 2020).

\*Algumas gravações possuem qualidade do áudio prejudicada, impedindo a coleta de informações sobre os temas debatidos.

\*\*As gravações do ano de 2022 não permitem identificar se a reunião é de natureza ordinária ou extraordinária.

Da análise conjugada das tabelas 4 e 5, verifica-se que foram coletados 216 (duzentos e dezesseis) registros de reuniões do Conselho, dentre atas e áudios, dos quais 47 (quarenta e sete) registros foram selecionados em etapa de triagem por terem como conteúdo discussões que envolvem o tema da saúde das pessoas com deficiência. O gráfico abaixo realiza a comparação, por ano, da quantidade total de registros e da quantidade de registros alvo de análise pormenorizada, a partir da triagem.

Gráfico 1 - Reuniões que tratam do tema “Saúde das PCDs” por ano



Fonte: Elaborado pela Autora (2024).

Os dados acima apontam que o tema foi abordado com maior frequência nos anos de 2015, 2018 e 2019, voltando a estar presente nos registros das discussões em 2023, em cenário de pós-pandemia<sup>23</sup>. Este cenário, conforme anteriormente

<sup>23</sup> No processo de coleta de dados, foram obtidas atas do Conselho Municipal de Saúde (CMS/JF) até o final de 2023. Em julho de 2024, foram coletadas três atas adicionais disponibilizadas no site oficial da Prefeitura referentes a este ano. Entretanto, devido à ausência de novas atas e à necessidade de proceder com a análise dos dados e a finalização da dissertação, optou-se por fixar o período de análise até julho de 2024, o que justifica, parcialmente, o baixo número de registros coletados. Porém, ainda que se

explicado, foi justificado pela queda significativa do número de registros das reuniões durante o período pandêmico, notadamente no ano de 2020, que conta com apenas quatro reuniões registradas, e no ano de 2021, em que não há nenhum registro das reuniões realizadas.

Desconsiderando-se o período pandêmico, porém, a temática relativa à saúde das pessoas com deficiência manteve-se presente nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde, do ano de 2012 até o ano de 2019, com relativa estabilidade, observando a média de cerca de 05 reuniões por ano.

Percebe-se, ainda, que as tratativas relacionadas a este público foram realizadas com maior frequência em reuniões ordinárias: de 169 (cento e sessenta e nove) registros totais, dentre atas e áudios, 40 (quarenta) reuniões trataram do tema, o que corresponde ao percentual de 23,6% (vinte e três vírgula seis por cento). Por outro lado, dentre 38 (trinta e oito) registros de encontros extraordinários, apenas 6 (seis) reuniões foram identificadas com discussões relacionadas às pessoas com deficiência, representando o percentual de 15,7% (quinze vírgula sete por cento)<sup>24</sup>.

Importa considerar que, seguindo os parâmetros da triagem, foram selecionadas todas as atas e gravações com alguma menção ou discussão que tocasse à temática, muito embora nem sempre a questão da saúde da pessoa com deficiência estivesse incluída em pauta como tema principal a ser debatido. Observa-se, nesse sentido, a presença de citações e discussões envolvendo as pessoas com deficiência no debate de temas comuns a outros públicos, como demandas que envolvem distribuição de medicamentos, filas para procedimentos cirúrgicos, credenciamento/descredenciamento de prestadores, dentre outros.

Neste cenário, é possível perceber que as reuniões que têm como tema principal questões relacionadas às pessoas com deficiência representam aproximadamente 27,66% (vinte e sete vírgula sessenta e seis por cento) do total de atas analisadas após a etapa de triagem<sup>25</sup>. Nas demais, o tema esteve presente em

---

considere como recorte temporal julho de 2024, era esperada a obtenção de 14 atas ordinárias, conforme Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde (Juiz de Fora, 2012).

<sup>24</sup> Do total de 47 (quarenta e sete) registros que tratam da temática da saúde das pessoas com deficiência, o único registro de 2022, disponibilizado em áudio, não permite identificar se a reunião era ordinária ou extraordinária.

<sup>25</sup> Analisando-se o campo de “Principais Temas em Pauta” da ficha de análise, observam-se 13 (treze) reuniões que têm como tema principal questões relacionadas à saúde das pessoas com deficiência.

caráter complementar às pautas principais, muitas vezes sendo levantado por membros de entidades representativas das pessoas com deficiência, como o Instituto Bruno Vianna.

Além da frequência elevada de participação nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde, referido Instituto ocupou o papel de defesa e de propositura de melhorias no atendimento às pessoas com deficiência, como a necessidade de acessibilidade nas unidades de saúde e o acesso a medicamentos para pessoas com deficiência, destacando também a falta de materiais adequados para essa população, como próteses e insumos essenciais<sup>26</sup>.

No que se refere aos membros e convidados participantes das discussões relacionadas às pessoas com deficiência, destacaram-se com maior frequência de contribuição à temática: 1. Secretário-Executivo do CMS; 2. Ouvidoria; 3. Secretário de Saúde e outros representantes da Secretaria; 4. Presidente do CMS; 5. Representante do Instituto Bruno. A tabela abaixo apresenta dados sobre a frequência de contribuição destes membros:

Tabela 6 - Participantes das Discussões do CMS\*

<b>Participantes</b>	<b>Quantidade de Reuniões</b>
Secretário(a) Executivo	14
Ouvidoria	12
Secretário(a) de Saúde	7

<sup>26</sup> Na ata da reunião realizada no dia 27/08/2014, há manifestação de representante do Instituto Bruno alertando que, em alguns casos, pessoas com deficiência auditiva ou visual também apresentam transtornos mentais, o que demanda um tratamento especializado e uma abordagem sensível para evitar erros de comunicação e tratamento inadequado em serviços de residências terapêuticas (CMS/JF, 2014). A questão da acessibilidade também é mencionada pela representante do Instituto na ata da reunião do dia 17/12/2015, que aponta falta de inclusão de estratégias específicas para comunicação com pessoas com deficiência, como surdos, em campanhas de saúde pública, como campanhas de prevenção contra dengue, zika e chikungunya (CMS/JF, 2015). Também consta na ata da reunião do dia 22/10/2014 que a conselheira representante do Instituto Bruno enfatizou a necessidade de mais recursos para programas e reabilitação auditiva, abordando a falta de materiais adequados e o impacto direto nas pessoas com deficiência, como colírios. Além disso, houve a proposta de incluir formação em Libras para os profissionais do SAMU para melhorar o atendimento às pessoas com deficiência auditiva em situações de emergência (CMS/JF, 2014).

<b>Participantes</b>	<b>Quantidade de Reuniões</b>
Representantes da Secretaria de Saúde	16
Presidente do CMS	8
Instituto Bruno Vianna	7

**Fonte:** Elaborado pela Autora (2024).

**Notas:**

\*A análise da frequência dos participantes nas discussões relacionadas à saúde da pessoa com deficiência leva em consideração os dados disponibilizados nas 39 atas elaboradas pelo CMS. A análise dos participantes das reuniões e das manifestações restou prejudicada nas transcrições das reuniões gravadas em áudio, tendo em vista que nem sempre foi possível identificar os autores das manifestações, mas tão somente o seu conteúdo.

A análise de tendências de participação dos membros ao longo dos anos revela que a participação do membro de Secretário-Executivo foi frequente na condução das discussões relacionadas à saúde da pessoa com deficiência, notadamente nos anos de 2012, 2014 e 2016, mas sem uma clara tendência de crescimento ou declínio. Já a participação de Representantes da Secretaria de Saúde apresentou uma tendência de aumento, com contribuições crescendo de 2012 até 2016.

A maior participação do Secretário de Saúde foi registrada em 2014, com participação menos frequente nos outros anos. Nas reuniões realizadas em 2014, as atas apontam para matérias relacionadas, por exemplo, ao planejamento para a regulação de serviços de saúde no Município e para as linhas de atendimento priorizadas pelo Ministério da Saúde.

Dessa forma, os dados evidenciam a prevalência do Poder Executivo e da Mesa Diretora na condução das discussões relacionadas à temática das pessoas com deficiência, com reduzida intervenção de outros conselheiros e representantes da sociedade civil. Uma exceção notável a este dado foi o quantitativo relacionado às intervenções do Instituto Bruno Vianna, enquanto organização sem finalidade lucrativa, que desempenhou um papel ativo em pautas relacionadas às PCDs.

O papel da Ouvidoria Municipal de Saúde também merece destaque pelo quantitativo de manifestações que refletem reclamações da população em geral. Nos termos do Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde (Juiz de Fora, 2012), a Ouvidoria desempenha o papel de mediação entre os diversos agentes envolvidos no Sistema Único de Saúde (SUS), os usuários, prestadores de serviços e servidores

públicos, promovendo o diálogo e a resolução de conflitos ou irregularidades, com o objetivo de fortalecer a qualidade dos serviços de saúde.

No caso dos registros alvo de análise, foram abordados pela Ouvidoria problemas como a falta de medicamentos, a carência de consultas especializadas e o aumento de reclamações frequentes por parte dos usuários (CMS/JF, 2014). Em 2016, foi mencionada a implantação de um protocolo de 30 dias para o agendamento de consultas de especialidade, proposto pelo Ministério Público, que estava prejudicando os pacientes (CMS/JF, 2016).

A Ouvidoria também relatou dificuldades em defender os interesses dos pacientes mais pobres em audiências para concessão de medicamentos e tratamentos, devido à sobrecarga de demandas enfrentada pela Defensoria Pública (CMS/JF, 2017), bem como denunciou que prestadores de serviços, embora vinculados por contrato à Prefeitura, influenciam pacientes a judicializar tratamentos em casos de ausência de médicos titulares, seja por falecimento, férias ou outras ausências (CMS/JF, 2018). Mais recentemente, em 2022, destacou o aumento no número de atendimentos e manifestações recebidas pelo órgão, evidenciando o crescimento das demandas por serviços e fiscalização (CMS/JF, 2022).

Para melhor compreensão dos temas abordados nas manifestações relacionadas às PCDs, foi utilizada a proposta de classificação explicada no caminho metodológico do Capítulo 4, observando as seguintes categorias: (i) Acesso a serviços e ações de saúde; (ii) Políticas Específicas para Pessoas com Deficiência; (iii) Barreiras de Acesso (física, atitudinais ou tecnológicas); (iv) Implementação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência.

Na categoria de acesso a serviços e ações de saúde (i), estão incluídas discussões relacionadas a número de vagas, fila de espera, dificuldades dos prestadores e credenciados de oferta dos serviços, negativas de atendimento e outros fatores que impedem o acesso das pessoas com deficiência a serviços e ações de saúde já existentes na rede de atendimento.

Foram apontados os desafios no fechamento dos leitos de prestadores e no remanejamento de pacientes, incluindo aqueles que necessitam de cuidados especializados de longa permanência (CMS/JF, 2016), bem como a dificuldade enfrentada na gestão de demandas externas, falta de vagas e os custos dos atendimentos realizados em Juiz de Fora para pacientes de outras cidades (CMS/JF, 2016). Também foram analisadas discussões acerca dos problemas de marcação de

consultas com especialistas, com relatos de problemas administrativos e operacionais nas unidades de saúde (CMS/JF, 2020).

Algumas discussões enfatizaram a necessidade de reformas e adaptações nas unidades de saúde para garantir acesso às pessoas com deficiência, além da proposta de criação de um ambulatório especializado para esse público (CMS/JF, 2012). Várias manifestações registram a existência de prestadores com condições inadequadas de atendimento, como a situação precária dos equipamentos odontológicos e falta de manutenção, além de problemas de infraestrutura e falta de higiene (CMS/JF, 2018).

A falta de materiais, medicamentos e órteses e próteses também é uma matéria constante nas manifestações do Conselho Municipal de Saúde. Em uma das reuniões, foi mencionado que pacientes estavam aguardando há mais de dois anos para aquisição de aparelhos auditivos ou substituição dos mesmos (CMS/JF, 2017). Também foi discutida a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), voltada a estabelecer parâmetros para o fornecimento de medicamentos à população em geral, incluindo pessoas com deficiência (CMS/JF, 2014).

Já na categoria voltada às políticas específicas para pessoas com deficiência (ii), encontram-se as discussões relacionadas às iniciativas de criação de novas políticas para melhoria, acesso e/ou qualificação de serviços e ações de saúde deste público, excetuando-se as políticas voltadas à implementação das diretrizes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência instituídas pela Portaria n.º 793/2012.

Foram incluídas na referida categoria as discussões que se referem à criação do Projeto Libras na Saúde (CMS/JF, 2017), com o objetivo de capacitar os profissionais da saúde para o atendimento adequado às pessoas surdas no sistema de saúde, bem como as atas com menção expressa à política de transporte adaptado (“Apoio”) (CMS/JF, 2023), iniciativas no âmbito municipal que se voltam especificamente à melhoria de acesso à saúde das pessoas com deficiência.

A categoria de barreiras de acesso (iii), por sua vez, volta-se às deliberações e discussões a respeito da acessibilidade das pessoas com deficiência aos serviços e ações de saúde, em razão de eventuais barreiras de acesso física, atitudinal ou tecnológica. Nesse contexto, foram incluídas as discussões relacionadas às dificuldades de acessibilidade ao PAM Marechal, para marcação de consultas e atendimentos (CMS/JF, 2015), bem como a falta de inclusão de estratégias específicas para comunicação com pessoas com deficiência, como surdos, em campanhas de saúde pública (CMS/JF, 2015). Também foram incluídas as discussões

relacionadas à necessidade de implementação de um transporte sanitário (CMS/JF, 2015) e da garantia de acessibilidade às pessoas com deficiência para participação nas Conferências de Saúde (CMS/JF, 2019).

Por fim, a categoria de implementação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (iv) cuida das matérias relacionadas ao credenciamento de prestadores, à criação de Centros Especializados em Reabilitação, dentre outras medidas voltadas expressamente ao cumprimento e implementação das ações e serviços de saúde previstos pela Portaria n.º 793/2012.

Observa-se que a Rede de Cuidados à Saúde das Pessoas com Deficiência é citada pela primeira vez no ano de 2013, como uma das componentes do PET Saúde, ao lado de outras iniciativas voltadas para o enfrentamento de doenças crônicas e câncer do colo de útero e mama (CMS/JF, 2013). Apenas em 2018 o tema volta a ser tratado, com a proposta de transformar um dos prestadores do Município em um Centro de Reabilitação Visual (CMS/JF, 2018). Nesse ínterim, foi mencionado o histórico da política estadual de oftalmologia voltada para a reabilitação, que começou em 2012 ou 2013 com a proposta de criação de Centros Especializados de Reabilitação (CERs) no estado (CMS/JF, 2018). Em Juiz de Fora, embora o Conselho aponte alta demanda pelos serviços, consta em ata que a Subsecretaria de Regulação tentou, sem sucesso, encontrar outro prestador local, mas que, por falta de opção, o serviço foi transferido para o Município de Além Paraíba (CMS/JF, 2018).

A Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência também é mencionada no contexto de uma discussão mais ampla sobre a utilização e fiscalização de recursos públicos no setor de saúde (CMS/JF, 2019). Sugeriu-se que os recursos transferidos para o setor de saúde devem ser utilizados para a manutenção e melhoria de programas prioritários do Ministério da Saúde, dentre eles a Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência (CMS/JF, 2019).

Em 2022, também foi discutida a necessidade de adesão à Resolução SES/MG n.º 3426, de 2012, uma norma regulamentadora da Secretaria Estadual de Saúde que prevê a inclusão dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (CMS/JF, 2022), visando proporcionar acesso a recursos adicionais que possam qualificar e fortalecer o atendimento especializado e aumentar a capacidade de resolução dos serviços prestados. Apesar de estar em vigor desde 2012, foi mencionado que o Município de Juiz de Fora não havia realizado a adesão à RCPD até o final de 2021, momento em que a Secretaria Estadual de

Saúde de Minas Gerais (SES/MG) publicou a Resolução n.º 7915, de 09 de dezembro de 2021 que estabelece a adesão à rede como um dos critérios para o repasse de recursos aos municípios que possuam CEO vinculados à atenção à saúde da pessoa com deficiência (CMS/JF, 2022).

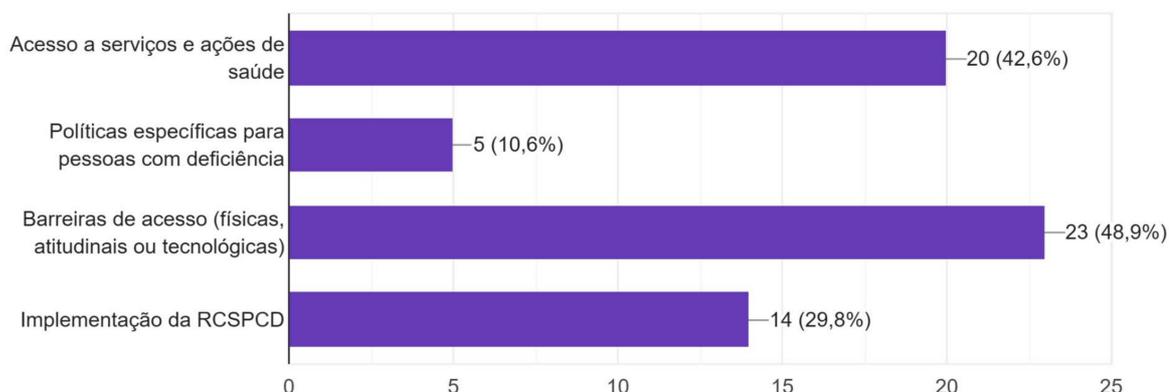
Posteriormente, em 2023, houve uma apresentação da Junta Reguladora da RCPD em Juiz de Fora, detalhando o fluxo de encaminhamento dos pacientes para serviços de reabilitação nas áreas física, visual, intelectual, auditiva e para pessoas ostomizadas (CMS/JF, 2023). O fluxo operacionaliza as "portas de entrada" no sistema de saúde, com critérios específicos de encaminhamento e o uso do Sistema de Regulação (SISREG) para gestão de vagas e agendamentos. Entre os serviços de referência mencionados, destacam-se a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), o Hospital João Penido (reabilitação física), a Associação dos Cegos (reabilitação visual) e o Hospital Evandro Ribeiro (reabilitação auditiva) (CMS/JF, 2023). Durante a apresentação, foram destacados problemas como elevadas demandas e listas de espera prolongadas, especialmente para crianças necessitando de reabilitação intelectual e auditiva, além de atrasos na entrega de equipamentos, como próteses auditivas e órteses, devido à escassez de fornecedores (CMS/JF, 2023).

Por fim, em 2024, a Programação Anual de Saúde (PAS) de 2025 foi discutida com menção à inclusão de ações e metas para a reabilitação e o cuidado de pessoas com deficiência (CMS/JF, 2024). O subsecretário de planejamento apresentou a PAS 2025 e o Plano Municipal de Saúde, com destaque para a monitorização anual dos indicadores de saúde e as 29 metas (CMS/JF, 2024).

Registra-se que, por vezes, as discussões analisadas enquadram-se em mais de uma categoria temática. É o caso, por exemplo, das discussões que envolvem a adaptação de serviços e ações de saúde já existentes na rede, com reformas e adequações das unidades dos prestadores, em razão da verificação de barreiras de acesso. Também se verifica a inclusão em mais de uma temática de discussões que apontam a necessidade de maior inclusão e acessibilidade dos serviços e, em paralelo, tratam da estruturação da RCPD.

O gráfico abaixo apresenta os quantitativos relacionados à frequência de cada temática nos registros alvo de estudo, revelando com maior clareza o perfil das discussões travadas no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora a respeito do direito à saúde das pessoas com deficiência.

Gráfico 2 - Classificação dos Temas Tratados



Fonte: Elaborado pela Autora (2024).

Os dados acima evidenciam, por conseguinte, a existência de barreiras de acesso como temática mais frequente nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde. Das atas analisadas, percebe-se que as discussões sobre acessibilidade permeiam o debate sobre a dificuldade de locomoção e acesso a serviços da rede, a capacitação dos profissionais envolvidos no atendimento para este público, as exigências da Lei de Inclusão Brasileira (LBI), bem como o despreparo de serviços para atendimento a múltiplas deficiências.

Em razão das discussões travadas acerca da acessibilidade, verifica-se que dois temas foram abordados em mais de uma oportunidade: (i) Projeto Libras na Saúde; (ii) Projeto de Criação de um Transporte Sanitário.

A discussão sobre a dificuldade enfrentada por pessoas com deficiência auditiva ao acessar os serviços de saúde e a proposta de criação de um programa de inclusão de LIBRAS nos serviços de saúde começou a ser discutida no ano de 2013 (CMS/JF, 2013). Em outubro de 2014, o tema volta a estar em pauta, sendo discutida a necessidade de capacitação em LIBRAS para profissionais do SAMU (CMS/JF, 2014).

Já em 2015, foi mencionado que a inclusão de LIBRAS nos serviços de saúde foi formalmente aprovada para estudo, com a criação de grupos de trabalho para analisar a viabilidade de sua implementação (CMS/JF, 2015). Porém, tão somente em 2017, o tema volta a ser debatido, havendo registro de apresentação de projeto por um professor de LIBRAS da Universidade Federal de Juiz de Fora e um estudante

surdo, com o objetivo de capacitar profissionais da saúde para atender adequadamente pessoas com deficiência auditiva (CMS/JF, 2017).

Nesta oportunidade, foi sugerido um curso específico para profissionais da atenção básica, plantonistas e UPAs e a proposta foi encaminhada para a Secretaria de Saúde para análise e possível implementação (CMS/JF, 2017). Posteriormente, as discussões realizadas no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora (CMS/JF) culminaram na aprovação do Projeto de Lei n.º 24/2023, que visava garantir a obrigatoriedade da presença de intérprete da Língua Brasileira de Sinais (Libras) ou de um sistema equivalente em todas as agências bancárias, empresas prestadoras de serviços públicos e órgãos da Administração Pública Municipal (Juiz de Fora, 2023). Entretanto, a proposta foi vetada integralmente pela Prefeita Margarida Salomão sob o argumento de que padecia de inconstitucionalidade formal e material, afrontando o princípio da separação dos poderes ao interferir na organização administrativa do Poder Executivo (Juiz de Fora, 2023).

A análise das atas também revelou informações sobre o tema do transporte sanitário e sua relação com as pessoas com deficiência. Em 2012, nota-se a presença de discussões sobre a necessidade de um projeto para garantir o transporte sanitário adequado para pacientes que necessitam de tratamento contínuo e especializado, incluindo pessoas com deficiência e pacientes renais crônicos (CMS/JF, 2012). Foi mencionada, nesse contexto, a judicialização relacionada aos pacientes, devido à falta de transporte sanitário adequado (CMS/JF, 2012).

Em 2013, houve proposta de criação de um Transporte Sanitário para PCDs e pacientes crônicos (CMS/JF, 2013). As dificuldades de acesso para tratamentos contínuos foram ressaltadas, e a criação de um Grupo de Trabalho (GT) foi aprovada para elaborar uma proposta que seria apresentada à Prefeitura (CMS/JF, 2013). Porém, não há registro de continuidade de tratativas e, em 2015, a presidente do Conselho da Pessoa com Deficiência destacou a necessidade de rever a política de transporte "APOIO", que não estava mais cumprindo seu papel (CMS/JF, 2015). Foi aprovado um estudo para a criação de uma política mais estruturada e permanente de transporte sanitário para PCDs e pacientes crônicos (CMS/JF, 2015).

Em várias reuniões de 2023, o tema voltou à pauta, com destaque para a urgência de implementar soluções estruturadas e permanentes (CMS/JF, 2023). Foi reforçada a necessidade de transporte sanitário eletivo, especialmente para PCDs e pacientes oncológicos (CMS/JF, 2023). A proposta envolveu também a criação de um

programa mais abrangente com participação do Conselho Estadual de Saúde (CMS/JF, 2023). Foram aprovadas as Resoluções Normativas n.º 585/2023 (Criação de um Grupo de Trabalho Intersetorial para elaboração de política de transporte sanitário) e n.º 591/2023 (Criação da Política de Transporte Sanitário) (CMS/JF, 2023).

As discussões realizadas no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora (CMS/JF) contribuíram, assim, para a aprovação da Lei Municipal n.º 14.804 (Juiz de Fora, 2024), que autoriza o Poder Executivo Municipal a disponibilizar transporte sanitário de pacientes que necessitem dos serviços de quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, fisioterapia, consultas e exames especializados e revisão de cirurgia. A norma estabelece que a Secretaria Municipal de Saúde será responsável pela organização e efetivação do serviço, considerando a natureza do atendimento e o quadro clínico do paciente (Juiz de Fora, 2024).

As discussões sobre acesso a serviços e ações de saúde já existentes também se mostraram frequentes, prevalecendo em 42,6% (quarenta e dois vírgula seis por cento) das registros analisados. Para além da necessidade de adaptação dos serviços às necessidades das pessoas com deficiência, foram discutidas deficiências e dificuldades relacionados à prestação dos serviços.

Nesse sentido, nota-se a recorrência da menção à demanda reprimida para o fornecimento de órteses, próteses e aparelhos auditivos, especialmente para crianças e idosos, tendo sido mencionada a demora de mais de dois anos para a aquisição de dispositivos essenciais, como aparelhos auditivos (CMS/JF, 2017). Os registros também evidenciam discussões que apontam que várias unidades de saúde enfrentam dificuldades para atender a população local e de outros municípios, o que compromete a eficiência do sistema (CMS/JF, 2016).

Nesse cenário, o Centro de Reabilitação do Hospital João Penido foi citado em diversas ocasiões como uma unidade sobrecarregada e sem um plano claro para melhorar a capacidade de atendimento a pessoas com deficiência (CMS/JF, 2017). Também foram mencionadas barreiras no fornecimento de medicamentos, órteses e próteses, além de deficiências no transporte sanitário, com registros de falta de materiais e escassez de fornecedores (CMS/JF, 2017).

Um aspecto frequente nas discussões sobre acesso a serviços e ações de saúde é a indicação do aumento de processos judiciais relacionados à obtenção de medicamentos e dispositivos, como próteses e órteses, cirurgias eletivas, acesso a transporte sanitário, dentre outras demandas, apontadas, muitas vezes, como um

fator que desvia recursos e atrasa a resolução de outras demandas (CMS/JF, 2013a; 2014b; 2016c; 2017d; 2018e).

Por outro lado, as discussões sobre políticas públicas específicas para pessoas com deficiência e sobre a própria implementação da rede de cuidados à saúde das pessoas com deficiência mostraram-se menos recorrentes, tendo o tema sido abordado de forma superficial, com foco na discussão de serviços de reabilitação visual, auditiva e física.

Pontua-se que, embora a Portaria n.º 793 tenha sido publicada pelo Ministério da Saúde em 2012, o primeiro ato normativo em âmbito Municipal voltado à implementação da RCPD foi a Portaria n.º 5622, publicada pela Secretaria de Saúde em 20 de maio de 2022, mais de dez anos da criação do modelo de assistência. Referido ato normativo institui a Junta Reguladora da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência - JRRCPD - no âmbito do SUS Juiz de Fora/MG, responsável pelo acompanhamento e fiscalização dos serviços que integram a referida Rede<sup>27</sup>.

Nesse sentido, percebe-se que ao longo de mais de uma década da publicação da Portaria n.º 793/2012, não foram constatados atos normativos do Município voltados às diretrizes de operacionalização da RCPD, em especial às que estabelecem as competências dos entes federativos (Brasil, 2012):

---

<sup>27</sup> De acordo com o art. 2º da Portaria n.º 5622 (Juiz de Fora, 2022), “são atribuições gerais dos membros da Junta Reguladora da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência - JRRCPD: **I** - realizar visitas às unidades que compõem a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência para acompanhamento e monitoramento dos serviços realizados; **II** - expedir relatório quando solicitado pela SES-MG ou gestor municipal de Saúde; **III** - realizar o trabalho em equipe favorecendo a interlocução entre seus membros; **IV** - auxiliar na garantia do acesso dos usuários aos pontos de atenção da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência de seu município; **V** - regular, controlar, avaliar e acompanhar tecnicamente a execução dos pontos de atenção da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência de seu município; **VI** - articular com os municípios de forma a garantir a reabilitação dos usuários o mais próximo possível da sua residência; **VII** - auxiliar na organização do fluxo de referência e contrarreferência dos usuários; **VIII** - fomentar a humanização e a qualidade da assistência prestada nos pontos de atenção da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência de seu município; **IX** - articular capacitações entre os pontos de atenção do SUS e demais setores envolvidos na assistência à saúde e no processo de inclusão social da pessoa com deficiência; **X** - acompanhar a implantação/implementação do prontuário único dos pontos de atenção da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência; **XI** - promover articulação instersectorial para melhoria da qualidade de vida da pessoa com deficiência; **XII** - manter atualizado o banco de dados com os profissionais de referência municipal dos municípios de sua área de abrangência; **XIII** - identificar problemas na referência e contrarreferência de usuários das Regiões de Saúde de sua abrangência e intervir, junto às URS e ao Nível Central SES/CASPD, para resolução destes; **XIV** - apresentar relatórios trimestrais a Comissão Intergestora Regional (CIR) ou a Comissão Regional Ampliada (CIRA), sobre o cumprimento de metas dos serviços especializados em reabilitação”.

Art. 10. Para operacionalização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, ficam estabelecidas as seguintes competências:

I - caberá ao Município, por meio da Secretaria de Saúde municipal, quando houver:

- a) a implementação e a coordenação do Grupo Condutor Municipal;
- b) a contratualização dos pontos de atenção à saúde sob a sua gestão, incluído o respectivo financiamento;
- c) o monitoramento e a avaliação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no território municipal;

Percebe-se, ainda, que as discussões e tratativas sobre saúde das PCDs tiveram como resultado deliberações ou resoluções normativas editadas pelo Conselho Municipal de Saúde em 59,6% (cinquenta e nove vírgula seis por cento) dos registros alvo de análise, assim considerados os registros que mencionam deliberação e resolução (adoção de providências e deliberações com a edição de ato normativo), apenas resolução e apenas deliberação, conforme gráfico abaixo:

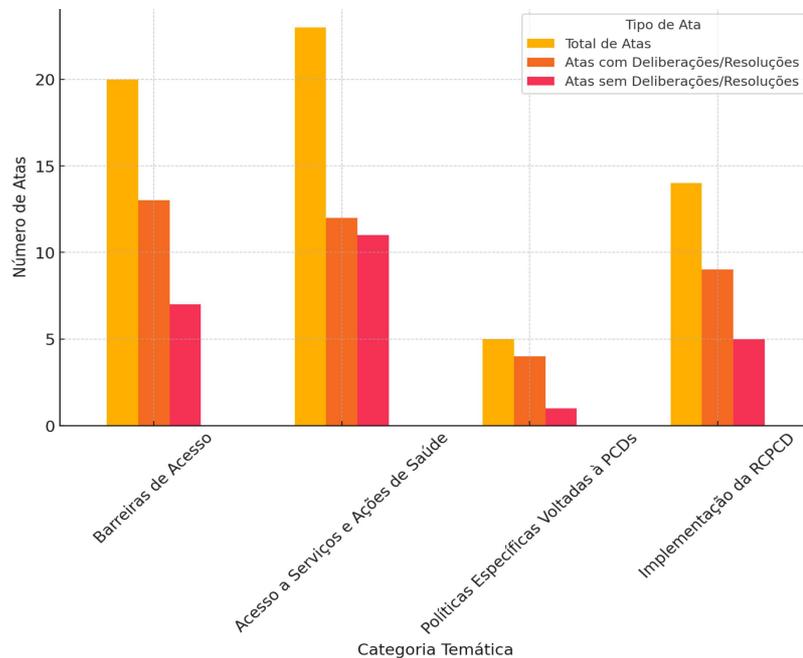
Gráfico 3 - Deliberações e Resoluções Normativas



Fonte: Elaborado pela Autora (2024).

A análise dos dados dos registros das reuniões revela, ainda, que as categorias temáticas possuem padrões distintos em termos de deliberação e aprovação de resoluções. O gráfico abaixo apresenta um comparativo entre o número de registros total, o número de registros que possuem deliberação ou resolução e o número de registros em que não houve deliberação ou resolução sobre matérias afeitas à saúde das pessoas com deficiência.

Gráfico 4 - Deliberações por Categoria Temática



Fonte: Elaborado pela Autora (2024).

A categoria Barreiras de Acesso concentra o maior número de atas, mas mais da metade delas não inclui deliberações ou resoluções, sugerindo que essas reuniões são mais voltadas ao diagnóstico e descrição de problemas, sem necessariamente resultarem em ações concretas. Em contraste, a categoria Acesso a serviços e ações de saúde apresenta um índice significativo de deliberações, o que indica um direcionamento maior para tomadas de decisão e medidas voltadas ao aprimoramento do acesso aos serviços de prestadores já existentes na rede de atendimento.

Nas categorias de políticas específicas voltadas à PCDs e de Implementação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, as atas e gravações mostram um perfil de ação mais efetivo, com proporções mais elevadas de deliberações e resoluções. A menor quantidade de registros sugere que, embora as discussões sobre políticas voltadas às pessoas com deficiência possam ser menos frequentes, elas tendem a resultar em decisões mais concretas, como a criação de grupos temáticos de estudo ou encaminhamentos de propostas para análise do Poder Executivo Municipal.

## 5.2 PRÁTICAS DIALÓGICAS E INTERAÇÕES INTERINSTITUCIONAIS

Para melhor compreensão do papel institucional e dos diálogos interinstitucionais promovidos entre Conselho Municipal de Saúde, Ministério Público e Poder Judiciário, foi utilizada a proposta de classificação explicada no caminho metodológico do Capítulo 4, observando as seguintes categorias: (i) Interação Interinstitucional; (ii) Diálogos Interinstitucionais; (iii) Poder Fiscalizatório/Controle; (iv) Judicialização da Saúde.

Na categoria de interação interinstitucional (i), estão incluídas as medidas de ampliação dos debates do Conselho Municipal de Saúde e outros órgãos, incluindo o Ministério Público e o Poder Judiciário, para definição de políticas, acompanhamento e discussão de melhorias relacionadas à saúde da pessoa com deficiência. Buscou-se incluir nessa temática as sugestões, recomendações e encaminhamentos de ampliação das discussões para participação de outros órgãos/entidades.

Foi constatada, nesta categoria, propostas de cooperação com o Conselho Estadual de Saúde para suporte na implementação de uma política de transporte sanitário (CMS/JF, 2012), bem como a recomendação de envolver os Conselhos Regionais de Saúde, o Conselho Municipal de Direitos da Pessoa com Deficiência e a Associação dos Surdos de Juiz de Fora para discussões que envolvem acessibilidade das pessoas com deficiência (CMS/JF, 2013).

Também foram constatados encaminhamentos de propostas à Secretaria de Saúde do Município, como a da criação de um ambulatório especializado na saúde da mulher com deficiência à Comissão de Vigilância da Secretaria de Saúde (CMS/JF, 2012), a solicitação de um estudo sobre a possibilidade de dispensação de medicamentos constantes na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) para todos os cidadãos do Município (CMS/JF, 2014) e a sugestão de uma parceria com a Secretaria de Educação para o fornecimento de óculos corretivos e a manutenção de pedagogas no programa (CMS/JF, 2015).

As interações com o Ministério Público também se mostraram presentes nos registros alvo de análise. Consta sugestão de convite ao Ministério Público e à Superintendência Regional de Saúde para as discussões subsequentes do Conselho Municipal de Saúde sobre vagas e consultas especializadas (CMS/JF, 2012), além do agendamento de reuniões com o Ministério Público, Secretaria de Saúde e

prestadores de serviços de saúde para enfrentamento de dificuldades de atendimento de prestadores de serviços ao SUS (CMS/JF, 2017).

Foi ainda sugerido que o CAO-Saúde fosse comunicado sobre a habilitação de prestadores, e que a questão da falta de radiografias odontológicas nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) fosse analisada pela Secretaria de Saúde, ambas as demandas envolvendo a fiscalização do Ministério Público (CMS/JF, 2018).

Já a categoria de mecanismos de diálogos interinstitucionais (ii) inclui propostas de criação de mecanismos formais de diálogo entre o Conselho Municipal e outras instituições, como a criação de comissão multidisciplinar para auxílio técnico do Poder Judiciário, criação de grupos de trabalho para definição de políticas públicas e criação de uma central de regulação.

Nesse contexto, destaca-se menção pela Secretaria da Saúde sobre a criação de um Grupo de Trabalho junto com o CREAS, a população de rua e com o Promotora para criar tecnologia de cuidado para casos graves de assistência e saúde mental (CMS/JF, 2013), bem como a formação de grupo técnico composto por profissionais de saúde de diferentes níveis governamentais, incluindo representantes das Secretarias Estadual e Municipais de Saúde e do Ministério Público para estudar questões relacionadas ao sistema de saúde (CMS/JF, 2018).

No contexto de interação com o Poder Judiciário, foi mencionada a criação da REMUME, relação de medicamentos aprovada pelo Conselho e que seria enviada aos juízes, promotores e defensores públicos, buscando uniformidade nas decisões judiciais (CMS/JF, 2014). Também foi mencionada a criação de uma equipe multidisciplinar para estabelecer maior diálogo entre a Secretaria de Saúde e o Poder Judiciário, fornecendo informações técnicas aos juízes antes da decisão de impor a compra de medicamentos pelo Município (CMS/JF, 2018).

Além disso, foi destacada a intenção de estabelecer uma central específica para atender a demanda dos cidadãos que buscam informações sobre os mandados judiciais e da implementação de um programa específico (PROMED) para facilitar o acesso a medicamentos especiais e reduzir a necessidade de ações judiciais para obtê-los (CMS/JF, 2018).

Nesse íterim, consta registro sobre a prática de intimação da Ouvidoria do Conselho Municipal de Saúde para participação de audiências de processos judiciais que discutem a concessão de medicamentos e tratamentos, oportunidade na qual foi ressaltada a dificuldade da Ouvidoria em defender os interesses dos pacientes,

principalmente os mais pobres, tendo em vista a alta quantidade de demandas (CMS/JF, 2017).

Por fim, destacam-se outras propostas de diálogo, como a contratação de uma consultoria especializada para promover a reorientação da assistência farmacêutica, visando à contenção da judicialização (CMS/JF, 2022) e a iniciativa de uma capacitação em Políticas Públicas e Gestão Participativa, para difundir a participação popular e os mecanismos e canais pelos quais ela se realiza (CMS/JF, 2015).

A categoria de papel fiscalizador (iii), por sua vez, ressalta a participação de outros órgãos enquanto entidades fiscalizadoras e de controle, visando ao cumprimento de TAC, acordos judiciais, regras e disposições sanitárias, dentre outros.

O Ministério Público (MP) foi mencionado em várias ocasiões, demonstrando seu papel ativo na fiscalização e cobrança de melhorias na gestão de saúde pública no município. Em um dos registros, o órgão foi destacado como acompanhador das vistorias e solicitante da criação de um cronograma para a reabertura dos leitos de prestador de saúde (CMS/JF, 2016). Durante as discussões sobre a demanda reprimida por consultas especializadas, também foram cobradas ações para diminuir o tempo de espera e a Promotoria exigiu que a Prefeitura disponibilizasse informações transparentes e acessíveis ao público sobre a oferta de consultas e a quantidade de profissionais atuantes (CMS/JF, 2016).

No contexto da Saúde Mental dentro da Rede de Urgência e Emergência (RUE), o Ministério Público foi mencionado como parceiro do Conselho de Saúde no acompanhamento das diretrizes e na fiscalização do cumprimento das políticas públicas (CMS/JF, 2017). Também foi citada a atuação na Promotoria na exigência de biometria para controle de frequência de profissionais de saúde (CMS/JF, 2018) a solicitação de esclarecimentos ao Conselho de Saúde em relação à contratação de farmacêuticos (CMS/JF, 2018).

Por fim, a categoria de Judicialização (iv) busca ressaltar as discussões travadas acerca das demandas judiciais do Município relacionadas à saúde das pessoas com deficiência, os impactos da intervenção judicial nas políticas públicas, bem como as recomendações e ações corretivas sugeridas.

Foi registrada a menção de uma "fila do mandado", que também gera espera mesmo para aqueles que obtêm um mandado judicial, e o crescimento das demandas judiciais de forma desmedida e exagerada, devido à pressão familiar sobre os médicos e à desestruturação do sistema hospitalar (CMS/JF, 2017). A crítica principal foi de

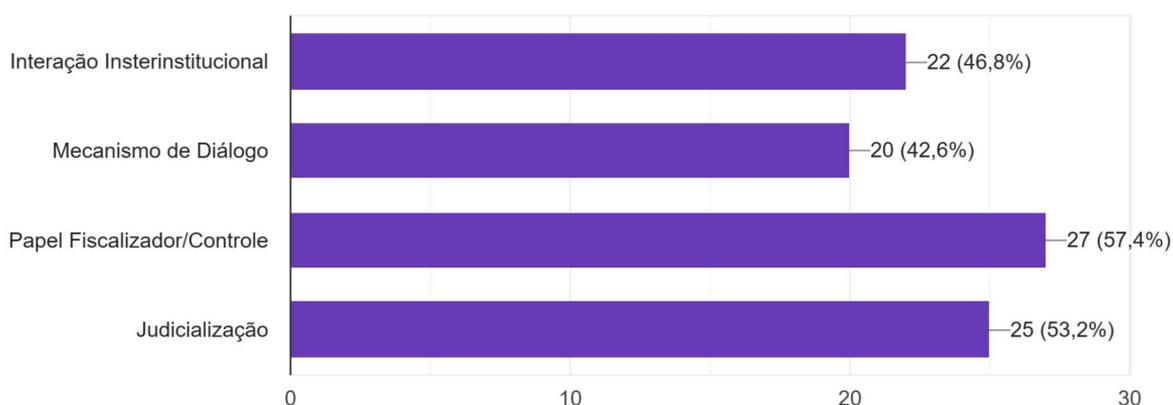
que a judicialização cria um *bypass* de fila, permitindo que pacientes não prioritários sejam atendidos antes de outros mais graves, simplesmente porque obtiveram um mandado judicial (CMS/JF, 2017).

Houve menção ao receio de judicialização caso uma paciente de outro Município, com deficiência física, não fosse atendida em Juiz de Fora e da sobrecarga gerada por pacientes de fora (CMS/JF, 2016). A ouvidoria mencionou, ainda, que os prestadores, embora tenham contrato com a Prefeitura, quando os médicos especialistas não estão disponíveis, influenciam as pessoas a judicializar (CMS/JF, 2018).

Também houve menção à realização de medidas não especificadas de articulação com o Poder Judiciário, e apontamentos de que não obtiveram êxito. Foi ressaltado que existe a busca pela efetivação de projetos de intervenção à judicialização da saúde, o que está sendo obstaculizado, porém, pela dificuldade de parcerias (CMS/JF, 2017). Sobre este tópico, foi mencionado que o Conselho agenda reuniões com agentes públicos, mas não há interesse ou tempo para participarem do projeto (CMS/JF, 2017).

O gráfico abaixo apresenta os quantitativos relacionados à frequência de cada temática nos registros alvo de estudo, revelando com maior clareza o perfil das discussões travadas no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora com outros órgãos e entidades.

Gráfico 5 - Classificação dos Temas Tratados Diálogos Interinstitucionais



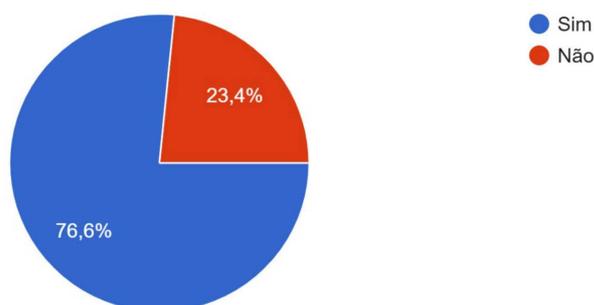
**Fonte:** Elaborado pela Autora (2024).

A temática de Papel Fiscalizador/Controle, presente em 57,4% (cinquenta e sete vírgula quatro por cento) das atas, indica a maior prevalência de menção de outros órgãos, notadamente do Ministério Público, no contexto de fiscalização e cobrança em relação ao desenvolvimento de políticas e serviços de saúde, especialmente em matérias críticas como a demanda reprimida por consultas especializadas e a adequação de recursos em saúde mental.

Em parte dos registros, a menção à fiscalização exercida é acompanhada por manifestações que indicam receio de responsabilização de membros do Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Nesse sentido, foi manifestado o receio dos conselheiros quanto à cobrança do Ministério Público sobre a análise formal dos relatórios anuais de gestão (CMS/JF, 2019). Outro indicativo da preocupação da fiscalização do Ministério Público aparece na discussão sobre a transcrição das atas das reuniões do CMS/JF, por meio de uma conselheira que enfatizou a necessidade de que as atas sejam registradas integralmente, justificando que, caso o promotor solicite os documentos no futuro, todas as informações estarão devidamente registradas e gravadas (CMS/JF, 2023). Os membros do CMS também demonstram receio diante do papel fiscalizador do *parquet* no cumprimento de regras administrativas, como no caso do controle da jornada de trabalho dos profissionais de saúde (CMS/JF, 2018).

O papel exercido pelo Ministério Público no que concerne às discussões relacionadas à saúde também se evidencia pelos dados referentes ao número expressivo de registros em que o órgão é mencionado, correspondente a 76,6% (setenta e seis vírgula seis por cento), conforme o gráfico abaixo.

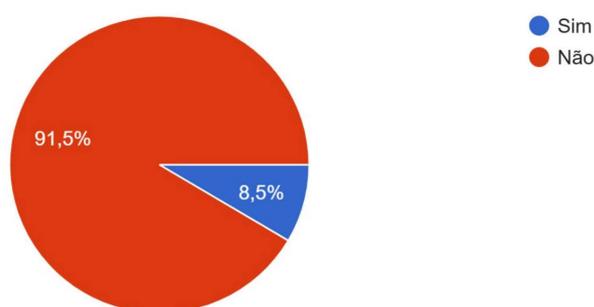
Gráfico 6 - Menções ao Ministério Público



Fonte: Elaborado pela Autora (2024).

Muito embora o Ministério Público seja frequentemente mencionado em ações e medidas relacionadas à saúde, o número de reuniões que contaram com a participação de seus membros ou representantes contrasta fortemente com o gráfico anterior, tendo em vista que apenas 8,5% (oito vírgula cinco por cento) das reuniões tiveram promotores e/ou representantes das promotorias do Município e da região presentes.

Gráfico 7 - Presença de representantes ou membros do Ministério Público



Fonte: Elaborado pela Autora (2024).

Destaca-se como segundo tema com maior prevalência a Judicialização, demonstrando ser indiscutível a relevância das ações judiciais como um fator influente no sistema de saúde. Com 53,2% (cinquenta e três vírgula dois por cento) das atas focando neste tema, infere-se que, durante todo o período alvo de estudo, nota-se preocupação com os impactos das demandas judiciais na organização e distribuição dos recursos de saúde.

Essa temática também destaca o esforço do Conselho em buscar alternativas e iniciativas para reduzir a judicialização, como a criação de programas específicos e a uniformização das listas de medicamentos para evitar mandados judiciais desnecessários. Os registros demonstram, portanto, uma tentativa de articulação com o Judiciário para estabelecer normas que possibilitem o acesso justo aos recursos de saúde.

Merece destaque, neste aspecto, a informação de que, em nenhum dos registros alvo de análise, foi constatada a presença de membros ou representantes do Poder Judiciário. Para além deste dado, também foi abordada, em reunião ordinária realizada em 2017, a dificuldade de condução de parcerias para projetos que busquem

soluções à judicialização, tendo em vista a falta de interesse ou tempo dos agentes públicos (CMS/JF, 2017).

Embora a interação direta com o Poder Judiciário tenha se mostrado inexistente nos registros alvo de análise, também se notam elevados índices para as temáticas de Interação Interinstitucional e Mecanismos de Diálogo, de 46,8% (quarenta e seis vírgula oito por cento) e 42,6% (quarenta e dois vírgula seis por cento), respectivamente.

Apesar de percentuais inferiores às outras temáticas, os registros evidenciam a tentativa de criação de redes de apoio que fortaleçam o desenvolvimento e a implementação de políticas de saúde, a exemplo de recomendações de parceria com Conselhos Estaduais e Regionais de Saúde, bem como das interações com o Ministério Público para as discussões subsequentes do Conselho Municipal de Saúde sobre vagas e consultas especializadas (CMS/JF, 2012), além do agendamento de reuniões com o órgão, a Secretaria de Saúde e prestadores de serviços de saúde para enfrentamento de dificuldades de atendimento (CMS/JF, 2017).

Ademais, a presença de discussões sobre mecanismos de diálogo em 42,6% (quarenta e dois vírgula seis por cento) das atas sugere um esforço em formalizar os canais de comunicação entre o Conselho e outras instituições. A criação de comissões e grupos técnicos junto à Secretaria de Saúde, como mencionado anteriormente, reflete essa busca por espaços de discussão estruturados, onde decisões estratégicas possam ser tomadas em conjunto.

Além disso, o esforço para criação da REMUME, buscando uniformidade nas decisões judiciais e de criação de uma equipe multidisciplinar para estabelecer maior diálogo entre a Secretaria de Saúde e o Poder Judiciário mostram um compromisso em organizar melhor os fluxos de trabalho decorrentes de decisões judiciais, na busca de medidas que garantam respostas mais assertivas em relação à judicialização.

### 5.3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise dos resultados apresentados sobre os registros das reuniões realizadas pelo Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora (CMS/JF) durante o período alvo de estudo permite evidenciar desafios institucionais da implementação de práticas de diálogo interinstitucional com o Ministério Público e o Poder Judiciário.

A temática da judicialização da saúde, incluindo as discussões que se referem às demandas de pessoas com deficiência, é abordada com frequência nos registros e discussões do Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora (CMS/JF). A interferência constante do Judiciário para responder a essas demandas gera tensões, e no âmbito das reuniões do CMS/JF, frequentemente são manifestadas preocupações com o impacto dessas decisões no planejamento e na eficiência das políticas de saúde locais.

Em consonância com o entendimento de Friedman (1993, p. 644), que defende que o Judiciário não detém a palavra final sobre políticas públicas, observa-se que o problema da judicialização no Município de Juiz de Fora incentiva o debate no Conselho Municipal de Saúde (CMS/JF), notadamente diante do *bypass*, que permite que algumas demandas de saúde sejam atendidas antes de outras, com base nas ordens judiciais proferidas pelo Judiciário local. Nesse aspecto, verifica-se que as decisões judiciais sobre a temática de saúde apresentam natureza dialógica, conduzindo a um processo de revisão e contestação no âmbito do Conselho Municipal de Saúde.

Apesar da importância das decisões judiciais e do papel das Cortes na interpretação constitucional, as discussões conduzidas no âmbito da esfera pública permitem identificar que a visão dos juízes não é a única na interpretação constitucional, demonstrando o caráter essencialmente colaborativo e dialógico do sistema (Friedman, 1993, p. 653). Sob tal perspectiva, é possível atribuir ao Judiciário local o papel de facilitador do diálogo, uma vez que suas decisões oferecem uma síntese da visão da sociedade, no que se refere ao acesso à saúde, que retorna para discussão dos membros do Conselho Municipal e, por conseguinte, para a esfera pública (Friedman, 1993, p. 668).

Embora nem todas as reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora conduzam a deliberações e resoluções, como resultado das discussões incentivadas pelas ordens judiciais, verifica-se um quantitativo considerável de registros que discutem mecanismos de diálogo interinstitucional com o Judiciário, dentre os quais se destacam: a) a criação da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), que teria o objetivo de orientar o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Saúde, bem como garantir a uniformidade das decisões judiciais com a adoção de um parâmetro; b) A formação de uma Comissão Multidisciplinar para suporte técnico ao Judiciário, quando necessário, antes da concessão de liminares e

atendimento a pedidos judiciais; c) A proposta de uma central única de atendimento a ordens judiciais, com o intuito de otimizar a resposta às ordens judiciais proferidas em face do Município.

Por sua vez, os diálogos entre o CMS/JF e o Ministério Público, no papel da Promotoria de Saúde e da Coordenação Regional das Promotorias de Saúde, mostraram-se proeminentes no contexto das políticas públicas de saúde voltadas às pessoas com deficiência. Verifica-se que o órgão e seus membros foram mencionados em número significativo de reuniões realizadas pelo CMS/JF e, diferentemente do Poder Judiciário, cuja participação nas reuniões do CMS/JF é inexistente, o Ministério Público marca presença em algumas dessas reuniões, embora em uma proporção relativamente pequena.

Ademais, os registros alvo de análise indicam a prevalência de atuação do Ministério Público no que concerne à fiscalização e ao controle da implementação das políticas de saúde. Em menor frequência, nota-se a atuação em caráter colaborativo do Ministério Público na construção e elaboração de estratégias preventivas de judicialização e da resolução de problemas específicos de atendimento na área de saúde.

Não obstante a prevalência de seu papel fiscalizatório, sua função de monitoramento das ações do Poder Executivo, bem como a garantia do cumprimento dos direitos previstos constitucionalmente, contribui diretamente para a discussão e encaminhamento de políticas que possam reduzir o número de ações judiciais e melhorar o atendimento à população. Dessa forma, na perspectiva de Friedman (1993) sobre os diálogos interinstitucionais, embora seja defendido que o Poder Judiciário exerce o papel de catalisador do debate, os dados evidenciam que o Ministério Público, na esfera extrajudicial, também desempenha funções que fortalecem o diálogo interinstitucional em Juiz de Fora, na medida em que sua atividade fiscalizatória pressiona gestores e o próprio Conselho de Saúde à discussão de soluções corretivas e preventivas.

Esse processo, com as devidas ressalvas, vai ao encontro da abordagem preventiva e antecipatória para a discussão dos direitos constitucionais, como defende Hiebert (2002, p. 66), permitindo que o Poder Executivo e o Poder Legislativo desempenhem um papel mais ativo na proteção de direitos e reduzindo a necessidade de intervenção judicial como o único recurso para garantir a conformidade constitucional. Embora não trate de instrumentos de controle social como o Conselho

Municipal de Saúde, a autora (2002, p. 66) propõe que o Parlamento adote uma análise *ex ante* dos potenciais impactos constitucionais de propostas legislativas, integrando justificativas detalhadas para possíveis conflitos de direito, o que pode prevenir a judicialização e promover um alinhamento prévio das políticas públicas com padrões constitucionais estabelecidos.

Nos registros alvo de análise, por exemplo, foi possível verificar que as discussões travadas acerca das dificuldades de locomoção das pessoas com deficiência para acesso a serviços de saúde, incentivadas pelas ordens judiciais proferidas em face do Município, conduziram à criação de um Grupo de Trabalho com o Ministério Público para estudo do tema e, posteriormente, à aprovação da Política de Transporte Sanitário no âmbito do Município. O mesmo ocorreu para a criação de uma política de disponibilização de tradução de Libras nos serviços públicos, embora, após a aprovação do Projeto de Lei pela Câmara Municipal de Vereadores, o seu conteúdo tenha sido vetado pelo Poder Executivo, sob a justificativa de vícios de inconstitucionalidade.

Por outro lado, embora as decisões judiciais proferidas pelo Judiciário local exerçam um papel importante no incentivo das discussões relacionadas às políticas de saúde, a análise dos registros do CMS/JF evidencia a total inexistência de registro de participação de representantes do Poder Judiciário nas reuniões e debates promovidos pelo Conselho. Esse dado, por si só, não pode conduzir a inferências sobre a eficácia dos mecanismos de diálogo com o Judiciário discutidos no âmbito do Conselho Municipal, pelas próprias limitações deste trabalho, mas a ausência dos membros e a dificuldade de se estabelecer parcerias com o órgão é um fator mencionado por membros do CMS/JF como obstáculo à redução da judicialização.

Registre-se que o caminho metodológico percorrido, embora tenha focado na criação de mecanismos de diálogo entre as instituições, não tem o objetivo de excluir ou ignorar o papel do Judiciário de assegurar a tutela dos direitos constitucionais, em especial o direito à saúde, mas reconhece a importância de assegurar o desenvolvimento de mecanismos que ofereçam uma resposta mais sólida e duradoura a longo prazo, conforme preconiza Friedman (1993) e Hiebert (2002). A articulação entre o CMS/JF e o Judiciário representa uma oportunidade de fortalecer o modelo dialógico, no qual cada instituição colabora para garantir a efetividade das políticas de saúde e o respeito aos direitos fundamentais, promovendo uma abordagem que integra a participação social e a coordenação interinstitucional (Hiebert, 2002).

Nesse contexto, os dados revelam o notório papel do CMS/JF de constantemente ampliar o debate, convidando outras instituições a participarem das discussões sobre políticas de saúde voltadas às pessoas com deficiência. Entre os principais interlocutores, destacam-se o próprio Poder Executivo, por meio de suas Secretarias e Subsecretarias, o Ministério Público e outros Conselhos, como o Conselho Municipal de Direitos da Pessoa com Deficiência e o Conselho Estadual de Saúde. Neste espaço proporcionado pelas reuniões do Conselho, a interpretação da Constituição revela-se como tarefa não restrita apenas aos órgãos judiciais, mas busca incluir amplo conjunto de atores sociais, cidadãos, grupos de interesse, entidades da sociedade civil e outros órgãos públicos, que desempenham papéis importantes como intérpretes da Constituição, na visão de Häberle (2014, p. 27).

Essa abordagem também dialoga com a visão de Hiebert (2002, p. 66) sobre a importância de justificação das políticas públicas: embora a autora não discuta diretamente a participação popular, garante ênfase à importância do Parlamento e de outras instâncias deliberativas para justificar políticas públicas sob a ótica da Constituição. Ao incluir deliberações informadas sobre as implicações constitucionais, é possível contribuir para uma maior transparência e para um diálogo que envolva diferentes perspectivas, incluindo aquelas que representam o interesse público (Hiebert, 2002, p. 66).

A visão de Hiebert (2002) alinhada à participação popular defendida por Friedman (1993), permite identificar um modelo em que a responsabilidade pela justificação das políticas não recai exclusivamente sobre o Judiciário. Em vez disso, as políticas públicas são debatidas e justificadas em um processo contínuo de diálogo e ajuste, envolvendo o Poder Executivo, que antecipa as justificativas constitucionais, e a sociedade, que contribui com perspectivas diversas e monitora a adequação das políticas às necessidades coletivas.

Sob tal perspectiva, o Conselho Municipal de Saúde se consolida como um espaço estruturado e legítimo para a justificação e melhoria das políticas, permitindo que as decisões de saúde sejam fundamentadas em argumentos e dados que dialoguem com as necessidades locais. No que concerne especificamente às discussões relacionadas aos direitos das pessoas com deficiência, esse espaço mostrou-se especialmente relevante na medida em que possibilitou a participação de organizações da sociedade civil, como o Instituto Bruno Vianna, na representação

direta dos interesses deste público, o que contribuiu para expor deficiências das políticas públicas de saúde, enriquecendo os diálogos interinstitucionais.

Entretanto, os resultados alcançados pelo estudo também apontam para desafios substanciais que limitam o diálogo interinstitucional ampliado. Em primeiro lugar, os dados relativos às manifestações relacionadas à saúde das pessoas com deficiência revelam a prevalência de participação da Mesa Diretora do Conselho e do Poder Executivo, através da Secretaria e Subsecretarias de Saúde, nas reuniões realizadas, com menor participação direta de usuários e prestadores de serviços. Esse desequilíbrio na quantidade de manifestações pode enfraquecer o papel do Conselho Municipal de Saúde como um espaço de deliberação democrática, tendo em vista que a Secretaria de Saúde e as Subsecretarias, representantes do Poder Executivo, podem adotar uma abordagem reativa e politicamente direcionada em face das discussões travadas, em vez de desenvolver análises independentes sobre direitos, como alerta Macfarlane, Emmett e Hiebert (2023, p. 17).

Nesse cenário, a atuação da Ouvidoria Municipal de Saúde mostrou-se primordial para garantir minimamente um espaço para discussões relacionadas a reclamações de usuários do sistema de saúde, em contraponto às manifestações do Poder Público a respeito das políticas e direcionamentos das ações e serviços voltados à saúde das pessoas com deficiência. As reivindicações e manifestações do Instituto Bruno Vianna, enquanto entidade da sociedade civil, também contribuíram para maior equilíbrio das discussões travadas, sobretudo para promover o debate sobre acessibilidade dos serviços públicos.

Em segundo lugar, nota-se a ausência de registros completos das atas das reuniões, o que prejudica o controle social e impede o acompanhamento efetivo das discussões e decisões, dificultando a continuidade e a avaliação dos diálogos institucionais. Para Macfarlane, Emmett e Hiebert (2023), a adoção de mecanismos de transparência e prestação de contas são essenciais para a adequada responsabilidade institucional, garantindo o efetivo diálogo sobre as questões constitucionais.

Por fim, há uma tendência a um diálogo superficial sobre as políticas públicas voltadas às pessoas com deficiência, com poucas discussões aprofundadas sobre a Rede de Cuidados e suas diretrizes específicas. Nota-se um distanciamento entre o que vem sendo pautado pelo CMS/JF e a política pública delineada pela Portaria n.º 793/12, tendo em vista que as discussões do Conselho trataram, predominantemente,

de questões mais básicas, geralmente vinculadas a problemas de acessibilidade e a deficiências em serviços já existentes na rede (por exemplo, transporte e infraestrutura). Nesse contexto, não há uma abordagem aprofundada sobre a reestruturação ou ampliação dos serviços de saúde para PCDs, conforme preconizado pela Portaria.

Verifica-se, também, que os serviços de saúde para PCDs são mencionados a partir de abordagem que permanece restrita aos equipamentos de reabilitação visual, auditiva e física, analisados de forma isolada. Não foram observadas discussões que demonstrem a avaliação da implementação de serviços mais abrangentes, como os Centros Especializados de Reabilitação (CER), propostos pela Portaria n.º 793/12, que visam fornecer um cuidado integral às PCDs e romper com a lógica fragmentada de assistência.

Os dados também revelam que, ao longo de mais de uma década da publicação da Portaria n.º 793/2012, não houve publicação de atos normativos no âmbito do Município voltados às diretrizes de operacionalização da RCPD e, mesmo com a demora na sua operacionalização, o tema não restou abordado nas pautas do CMS/JF.

A ausência de tratativa da RCPD com maior profundidade contrasta com a alta frequência de tratativas de temas relacionados à judicialização das políticas públicas. Apesar de fomentarem discussões a respeito de mecanismos de diálogos e aproximação entre os centros decisórios, conforme exposto alhures, as demandas judiciais tornam-se fator de deslocamento do debate, deixando a reestruturação e a implementação de políticas públicas como a Portaria n.º 793/2012 em segundo plano. Macfarlane, Emmett e Hiebert (2023, p. 179) alertam sobre esse modelo, atentando para uma dependência desproporcional das interpretações do Judiciário, que, por sua vez, restringe a capacidade de o Legislativo – e, por analogia, de outros espaços deliberativos, como o CMS – contribuir para a proteção efetiva de direitos constitucionais e para a construção de interpretações autônomas da Constituição.

Nesse cenário, embora seja viável o entendimento dos Conselhos Municipais de Saúde enquanto instâncias aptas à promoção de diálogos interinstitucionais, não somente com o Poder Judiciário local, mas com o Ministério Público, é essencial implementar medidas que promovam a avaliação e monitoramento das políticas públicas existentes, bem como discussões mais abrangentes sobre as diretrizes das Redes de Atenção à Saúde. Nesse processo, para promover a participação inclusiva

de diferentes grupos sociais e ampliar a presença de usuários(as) e profissionais de saúde nas discussões – especialmente no contexto da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência –, mostra-se igualmente fundamental a adoção de mecanismos que busquem identificar a percepção dos usuários do sistema de saúde, como fóruns regionais e pesquisas de satisfação.

Outro ponto crucial refere-se à necessidade de aprimorar a transparência e a prestação de contas por meio de registros completos das atas das reuniões, garantindo o acompanhamento contínuo das decisões e a avaliação das políticas públicas, não apenas durante os encontros promovidos pelo CMS/JF, mas também *a posteriori*, a partir da revisitação dos arquivos e o conhecimento amplo das discussões e deliberações tomadas, com a digitalização e disponibilização pública das informações.

Tais medidas são indispensáveis para fortalecer o controle social e assegurar a efetividade das decisões tomadas no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora (CMS/JF), possibilitando uma maior integração com outras instituições, como o Ministério Público e o Poder Judiciário e promovendo uma governança colaborativa orientada pela responsabilidade e pelo cumprimento das diretrizes normativas, especialmente no que se refere a políticas essenciais como a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (RCPD).

## 6 CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo identificar e analisar os mecanismos de diálogo interinstitucional adotados pelo Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora (CMS/JF) com o Ministério Público e o Poder Judiciário e avaliar a contribuição desses mecanismos para a fiscalização e implementação de políticas públicas voltadas à saúde das pessoas com deficiência (PCDs), especialmente após a edição da Portaria n.º 793/2012 do Ministério da Saúde.

Para tanto, por meio de uma abordagem qualitativa e da adoção do método de análise de conteúdo, foram analisados os registros das reuniões do CMS/JF, nos quais se verifica a prevalência de tratativas de temas relacionados a barreiras significativas de acesso enfrentadas por PCDs, incluindo dificuldades de locomoção, falta de transporte sanitário adequado, barreiras físicas e tecnológicas em unidades de saúde e a ausência de estratégias inclusivas para comunicação, como a capacitação em Libras para profissionais da área.

Também se mostraram frequentes matérias relacionadas ao acesso a serviços e ações de saúde, como número de vagas, fila de espera, dificuldades dos prestadores e credenciados, negativas de atendimento e outros fatores, bem como matérias relacionadas às demandas judiciais, que, embora essenciais para garantir direitos em casos concretos, foram frequentemente apontadas como fatores que pressionam e, por vezes, desestruturam o sistema público de saúde. Apesar dessas limitações, algumas iniciativas do CMS/JF foram bem-sucedidas em trazer esses temas para a pauta pública, levando à aprovação de resoluções voltadas à implementação de políticas de transporte sanitário e a criação de grupos de trabalho para estudar soluções específicas.

Os resultados da pesquisa demonstraram que as ordens judiciais relacionadas às matérias de saúde incentivaram o CMS/JF a desenvolver algumas iniciativas que visam a articulação com o Poder Judiciário e o Ministério Público, incluindo a criação de instrumentos específicos para melhor lidar com a judicialização. Entre esses mecanismos de diálogos interinstitucionais destacam-se: a instituição da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), a formação de uma Comissão Multidisciplinar de suporte técnico ao Judiciário e a proposta de uma central única de atendimento às ordens judiciais.

No entanto, a inexistência de registros de participação de representantes do Poder Judiciário nas reuniões do Conselho reflete a dificuldade de consolidar canais efetivos de diálogo com esse órgão, manifestada nas reuniões, o que limita a capacidade de articulação interinstitucional e de criação de soluções conjuntas para os desafios de saúde enfrentados. Em contraste, a interação com o Ministério Público se mostrou mais expressiva, tanto em termos de fiscalização quanto de articulação para a resolução de problemas específicos em conjunto.

Por meio de sua atividade fiscalizatória, foi identificado que o Ministério Público pressiona os gestores e o próprio Conselho Municipal de Saúde a promover discussões e encaminhar soluções preventivas, contribuindo para a antecipação e resolução de conflitos relacionados ao acesso à saúde das pessoas com deficiência. Nesse processo, com base na Teoria da Parceria (Hiebert, 2002), verifica-se um modelo em que a responsabilidade pela justificação das políticas não recai exclusivamente sobre o Judiciário, sendo fomentada no âmbito do CMS/JF por meio da interação com o Ministério Público e a sociedade, que contribui com diferentes perspectivas.

Entretanto, os desafios relacionados ao diálogo interinstitucional no CMS/JF incluem a limitação da participação de usuários e de representantes diretos das pessoas com deficiência nas reuniões, o que enfraquece o seu caráter democrático. A predominância de representantes do Poder Executivo nas discussões pode gerar uma abordagem reativa e politicamente direcionada, em detrimento de análises independentes sobre os direitos dos cidadãos.

Além disso, a discrepância entre o número de reuniões previstas e registradas aponta falhas no processo de documentação e arquivamento do CMS/JF, especialmente no período de 2018 a 2022, lacuna que prejudica o controle social e dificulta a análise da continuidade e da efetividade das discussões promovidas pelo Conselho no que concerne à temática da saúde das pessoas com deficiência.

Outro aspecto crítico evidenciado na pesquisa é a superficialidade das discussões sobre a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (RCPD), mesmo após mais de uma década da publicação da Portaria n.º 793/2012, o que se nota a partir de como os serviços de saúde para PCDs são mencionados por meio de abordagem que permanece restrita aos equipamentos de reabilitação visual, auditiva e física, analisados de forma isolada.

Em síntese, o estudo conclui que, embora o CMS/JF desempenhe um papel central na promoção de diálogos interinstitucionais com o Poder Judiciário e com o Ministério Público no contexto de controle de políticas públicas para PCDs, persistem desafios consideráveis na organização interna, na articulação interinstitucional e na implementação de medidas concretas. Para superar essas barreiras, é necessário fortalecer os mecanismos de registro e transparência, incentivar a participação ampla de usuários do sistema de saúde e de instituições da sociedade civil, institucionalizar práticas de diálogo com o Judiciário e demais parceiros e, por fim, garantir maior adesão às diretrizes nacionais para o atendimento às pessoas com deficiência.

## REFERÊNCIAS

ALEXY, Robert. **Teoria dos Direitos Fundamentais**. Tradução: Virgílio Afonso da Silva. 2. ed. São Paulo: Malheiros, 2015.

AROUCA, Sergio. Trecho de entrevista concedida ao **O Pasquim 21**, n. 28, edição de 20 ago. 2002. Disponível em: <https://atom.arquivoestado.sp.gov.br/index.php/o-pasquim-21-jornal-rio-de-janeiro-rj-editora-nao-determinada-2002-2002-periodicidade-indeterminada-issn-s-n>. Acesso em: 31 jan. 2025.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BATEUP, Christine. The Dialogic Promise: Assessing the Normative Potential of Theories of Constitutional Dialogue. **Brookling Law Review**, v. 71, S. I.: New York University Public Law and Legal Theory Working Papers, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Judicialização e Sociedade: ações para acesso à saúde pública de qualidade**. Brasília: CNJ, 2021. Disponível em: [https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/07/Relatorio\\_Judicializacao-e-Sociedade-16072021.pdf](https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/07/Relatorio_Judicializacao-e-Sociedade-16072021.pdf). Acesso em: 18 mai. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Para entender o Controle Social no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Manual\\_Para\\_Entender\\_Control\\_Social.pdf](https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Manual_Para_Entender_Control_Social.pdf). Acesso em: 15 mar. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 453, de 10 de maio de 2012**. Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453\\_10\\_05\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html). Acesso em: 06 ago. 2023.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 15 mar. 2024.

BRASIL. **Decreto Federal n.º 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm). Acesso em: 10 abr. 2024.

BRASIL. **Decreto Federal n.º 914, de 6 de julho de 1993**. Institui a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d0914.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d0914.htm). Acesso em: 15 mar. 2024.

BRASIL. **Lei Federal n.º 7.853, de 24 de outubro de 1989**. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a

atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7853.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7853.htm). Acesso em: 10 abr. 2024.

BRASIL. **Lei Federal n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em: 15 mar. 2024.

BRASIL. **Lei Federal n.º 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm). Acesso em: 15 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 10.060, de 5 de junho de 2002**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060\\_05\\_06\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html). Acesso em: 15 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.526, de 11 de outubro de 2023**. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS n.ºs 2, 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-1-526-de-11-de-outubro-de-2023/view>. Acesso em: 15 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf). Acesso em: 02 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html). Acesso em: 10 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 835, de 25 de abril de 2012**. Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835\\_25\\_04\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html). Acesso em: 10 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. 17 a 21 de março de 1986. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf). Acesso em: 10 abr. 2024.

BRASIL. **Proposta de Emenda Constitucional n.º 57, de 2019**. Altera os arts. 7º, 23, 24, 37, 40, 201, 203, 208, 227 e 244 da Constituição Federal para incorporar a nomenclatura “pessoa com deficiência” em substituição à expressão “portadora de deficiência”. Disponível em: [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1735553&filename=PEC%2057/2019](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1735553&filename=PEC%2057/2019). Acesso em: 14 mai. 2024.

BUCCI, Maria Paula Dallari. Contribuição para a redução da judicialização da saúde: uma estratégia jurídico-institucional baseada na abordagem de Direito e Políticas Públicas. In: BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coord.). **Judicialização da saúde: a visão do Poder Executivo**. São Paulo: Saraiva, 2017.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Saraiva, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; DRUMMOND JÚNIOR, Marcos; CARVALHO, Yara Maria de. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

CAMPOS, Maria Fernanda; SOUZA, Luiz Augusto de Paula; MENDES, Vera Lúcia Ferreira. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 52, p. 207-210, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/fYrgn9vrBQcMddbSrwStqfm/#>. Acesso em: 15 mar. 2024.

CARVALHO, Antônio Ivo. Os Conselhos de Saúde, participação social e reforma do Estado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 7-32, jan./jun. 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pRXwN9WMDrLwBSPFWDrzSnP/>. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812319983102562014>. Acesso em: 15 jun. 2024.

CARVALHO, Ernani. Judicialização da política no Brasil: controle de constitucionalidade e racionalidade política. **Análise Social**, n. 191, p. 315-335, Lisboa, 2009.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Ata de reunião extraordinária realizada em 09 de novembro de 2016. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/reunioes/atas/index.php>. Acesso em: 23 out. 2023.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Ata de reunião extraordinária realizada em 11 de julho de 2013. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/reunioes/atas/index.php>. Acesso em: 23 out. 2023.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Ata de reunião extraordinária realizada em 13 de novembro de 2023. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/reunioes/atas/index.php>. Acesso em: 30 jul. 2024.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Ata de reunião extraordinária realizada em 15 de maio de 2013. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/reunioes/atas/index.php>. Acesso em: 23 out. 2023.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Ata de reunião extraordinária realizada em 21 de maio de 2014. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/reunioes/atas/index.php>. Acesso em: 23 out. 2023.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Ata de reunião ordinária realizada em 17 de dezembro de 2015. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/reunioes/atas/index.php>. Acesso em: 23 out. 2023.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Ata de reunião ordinária realizada em 19 de dezembro de 2012. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/reunioes/atas/index.php>. Acesso em: 23 out. 2023.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Ata de reunião ordinária realizada em 22 de abril de 2015. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/reunioes/atas/index.php>. Acesso em: 23 out. 2023.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Ata de reunião ordinária realizada em 22 de agosto de 2012. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/reunioes/atas/index.php>. Acesso em: 23 out. 2023.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Ata de reunião ordinária realizada em 22 de março de 2017. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/reunioes/atas/index.php>. Acesso em: 23 out. 2023.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Ata de reunião ordinária realizada em 22 de maio de 2024. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/reunioes/atas/index.php>. Acesso em: 30 jul. 2024.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Ata de reunião ordinária realizada em 22 de novembro de 2023. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/reunioes/atas/index.php>. Acesso em: 30 jul. 2024.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Ata de reunião ordinária realizada em 22 de outubro de 2014. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/reunioes/atas/index.php>. Acesso em: 23 out. 2023.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Ata de reunião ordinária realizada em 23 de abril de 2015. Disponível em:  
<https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/reunioes/atas/index.php>. Acesso em: 23 out. 2023.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Ata de reunião ordinária realizada em 23 de julho de 2015. Disponível em:  
<https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/reunioes/atas/index.php>. Acesso em: 23 out. 2023.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Ata de reunião ordinária realizada em 23 de março de 2016. Disponível em:  
<https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/reunioes/atas/index.php>. Acesso em: 23 out. 2023.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Ata de reunião ordinária realizada em 23 de novembro de 2017. Disponível em:  
<https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/reunioes/atas/index.php>. Acesso em: 23 out. 2023.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Ata de reunião ordinária realizada em 24 de fevereiro de 2016. Disponível em:  
<https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/reunioes/atas/index.php>. Acesso em: 23 out. 2023.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Ata de reunião ordinária realizada em 24 de janeiro de 2018. Disponível em:  
<https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/reunioes/atas/index.php>. Acesso em: 23 out. 2023.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Ata de reunião ordinária realizada em 24 de maio de 2017. Disponível em:  
<https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/reunioes/atas/index.php>. Acesso em: 23 out. 2023.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Ata de reunião ordinária realizada em 24 de novembro de 2016. Disponível em:  
<https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/reunioes/atas/index.php>. Acesso em: 23 out. 2023.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Ata de reunião ordinária realizada em 24 de outubro de 2013. Disponível em:  
<https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/reunioes/atas/index.php>. Acesso em: 23 out. 2023.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Ata de reunião ordinária realizada em 24 de setembro de 2014. Disponível em:  
<https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/reunioes/atas/index.php>. Acesso em: 23 out. 2023.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Ata de reunião ordinária realizada em 25 de agosto de 2022. Disponível em:  
<https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/reunioes/atas/index.php>. Acesso em: 23 out. 2023.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Ata de reunião ordinária realizada em 25 de janeiro de 2018. Disponível em:  
<https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/reunioes/atas/index.php>. Acesso em: 23 out. 2023.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Ata de reunião ordinária realizada em 25 de maio de 2017. Disponível em:  
<https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/reunioes/atas/index.php>. Acesso em: 23 out. 2023.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Ata de reunião ordinária realizada em 25 de novembro de 2015. Disponível em:  
<https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/reunioes/atas/index.php>. Acesso em: 23 out. 2023.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Ata de reunião ordinária realizada em 25 de outubro de 2012. Disponível em:  
<https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/reunioes/atas/index.php>. Acesso em: 23 out. 2023.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Ata de reunião ordinária realizada em 25 de outubro de 2017. Disponível em:  
<https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/reunioes/atas/index.php>. Acesso em: 23 out. 2023.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Ata de reunião ordinária realizada em 25 de outubro de 2023. Disponível em:  
<https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/reunioes/atas/index.php>. Acesso em: 23 out. 2023.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Ata de reunião ordinária realizada em 26 de agosto de 2015. Disponível em:  
<https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/reunioes/atas/index.php>. Acesso em: 23 out. 2023.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Ata de reunião ordinária realizada em 26 de março de 2014. Disponível em:  
<https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/reunioes/atas/index.php>. Acesso em: 23 out. 2023.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Ata de reunião ordinária realizada em 27 de agosto de 2014. Disponível em:  
<https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/reunioes/atas/index.php>. Acesso em: 23 out. 2023.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Ata de reunião ordinária realizada em 27 de julho de 2017. Disponível em:  
<https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/reunioes/atas/index.php>. Acesso em: 23 out. 2023.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Ata de reunião ordinária realizada em 28 de agosto de 2013. Disponível em:  
<https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/reunioes/atas/index.php>. Acesso em: 23 out. 2023.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Ata de reunião ordinária realizada em 28 de fevereiro de 2013. Disponível em:  
<https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/reunioes/atas/index.php>. Acesso em: 23 out. 2023.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Ata de reunião ordinária realizada em 28 de junho de 2023. Disponível em:  
<https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/reunioes/atas/index.php>. Acesso em: 23 out. 2023.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Ata de reunião ordinária realizada em 29 de novembro de 2012. Disponível em:  
<https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/reunioes/atas/index.php>. Acesso em: 23 out. 2023.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Ata de reunião ordinária realizada em 29 de outubro de 2015. Disponível em:  
<https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/reunioes/atas/index.php>. Acesso em: 23 out. 2023.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Gravação de áudio da reunião ordinária realizada em 21 de março de 2018. Disponível em: Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Acesso em: 2 abr. 2024.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Gravação de áudio da reunião ordinária realizada em 15 de março de 2019. Disponível em: Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Acesso em: 2 abr. 2024.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Gravação de áudio da reunião ordinária realizada em 27 de junho de 2019. Disponível em: Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Acesso em: 2 abr. 2024.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Gravação de áudio da reunião ordinária realizada em 18 de dezembro de 2019. Disponível em: Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Acesso em: 2 abr. 2024.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Gravação de áudio da reunião ordinária realizada em 19 de fevereiro de 2020. Disponível em: Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Acesso em: 2 abr. 2024.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Gravação de áudio da reunião ordinária realizada em 25 de fevereiro de 2022. Disponível em: Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Acesso em: 2 abr. 2024.

CMS/JF. Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Gravação de áudio da reunião ordinária realizada em 25 de abril de 2018. Disponível em: Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Acesso em: 2 abr. 2024.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

DWORKIN, Ronald. **Levando os direitos a sério**. Tradução e notas de Nelson Boeira. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

DUARTE, Luciana Gaspar Melquíades. **Possibilidades e limites do controle judicial de políticas públicas de saúde: um contributo para a dogmática do direito à saúde**. Rev. atual. ampl. por Victor Luna Vidal. 2. ed. Belo Horizonte: Forum, 2020.

FLICK, Owe. **Introdução à metodologia de pesquisa**. Porto Alegre: Penso, 2013.

FONTES, Mariana Levy Piza. Direito e Implementação de Políticas Públicas: caminhos para uma agenda de pesquisa. **Revista Direito GV**, São Paulo, v. 19, e2313, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6172202313>. Acesso em: 15 dez. 2024.

FRIEDMAN, Barry. Dialogue and Judicial Review. **Michigan Law Review**, v. 91, p. 577-682, 1993. Disponível em: <https://repository.law.umich.edu/mlr/vol91/iss4/2>. Acesso em: 15 jun. 2024.

FRIEDMAN, Barry. The politics of judicial review. **Texas Law Review**, v. 84, p. 257-337, 2005. NYU, Law and Economics Research Paper n.º 06-05; NYU Law School, Public Law Research Paper n.º 06-04. Disponível em: <https://ssrn.com/abstract=877328>. Acesso em: 24 jun. 2024.

GUSTIN, Miracy Barbosa de Sousa; DIAS, Maria Tereza Fonseca. **(Re)pensando a pesquisa jurídica: teoria e prática**. 2. ed., rev., ampl. e atual. Belo Horizonte: Del Rey, 2006.

HABERLE, Peter. A sociedade aberta dos intérpretes da constituição: contribuição para interpretação pluralista e "procedimental" da constituição. **DPU**, n.º 60, Assunto Especial – Textos Clássicos, nov./dez. 2014. Disponível em: <https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/direitopublico/article/view/2353/1204>. Acesso em: 24 out. 2024.

HIEBERT, Janet L. **Limiting Rights: The dilemma of Judicial Review**. Montreal: McQueen's University, 1996.

HIEBERT, Janet L. **Charter Conflicts: What is the Parliament's Role?** Montreal: McFrill-Queen's University Press, 2002.

HOGG, Peter; BUSHELL, Allison. The Charter Dialogue Between Courts and Legislatures. **Osgoode Hall Law Journal**, v. 35, n. 1, 1997. Disponível em: <https://digitalcommons.osgoode.yorku.ca/ohlj/vol35/iss1/2/>. Acesso em: 15 jun. 2024.

JUIZ DE FORA. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA. **Resolução n.º 370 de 26 de setembro de 2012**. Altera o Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde/JF. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/arquivos/regimento.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2023.

JUIZ DE FORA. **Lei Municipal n.º 8.076, de 11 de maio de 1992**. Dispõe sobre a criação do Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Disponível em: <http://jflegis.pjf.mg.gov.br/norma.php?chave=0000021540>. Acesso em: 06 ago. 2023.

JUIZ DE FORA. **Lei nº 14.804, de 10 de janeiro de 2024**. Autoriza o Poder Executivo Municipal a disponibilizar transporte sanitário de pacientes com câncer e doença renal crônica e dá outras providências. Disponível em: <https://www.camarajf.mg.gov.br/sal/norma.php?njt=LEI&njn=14804&njc=>. Acesso em: 25 out. 2024.

JUIZ DE FORA. Prefeitura Municipal de Juiz de Fora. Diário Oficial Eletrônico do Município de Juiz de Fora. Atos do Governo do Poder Executivo. **Razões de veto ao Projeto de Lei nº 24/2023**. Publicado em: 22 set. 2023. Disponível em: [https://www.pjf.mg.gov.br/e\\_atos/e\\_atos\\_vis.php?id=110480](https://www.pjf.mg.gov.br/e_atos/e_atos_vis.php?id=110480). Acesso em: 25 out. 2024.

LIMA, Luciana Dias; ALBUQUERQUE, Maria Vercesi de; SCATENA, João Henrique Gurtler. Quem governa e como se governam as regiões e redes de atenção à saúde no Brasil? Contribuições para o estudo da governança regional na saúde. **Novos Caminhos**, n. 8, 2015. Disponível em: <https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2016/02/Novos-Caminhos-8.pdf>. Acesso em: 02 mai. 2024.

MACFARLANE, Emmett; HIEBERT, Janet L.; DRAKE, Anna. **Legislating under the Charter: Parliament, executive power, and rights**. Toronto: University of Toronto Press, 2023.

MACHADO, William César Alves; PEREIRA, Juarez de Souza; SCHOELLER, Soraia Dornelles; JÚLIO, Liliam Cristiana; MARTINS, Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva; FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. Integralidade na Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 3, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018004480016>. Acesso em: 02 mai. 2024.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf). Acesso em: 02 mai. 2024.

MENDES, Vera Lúcia Ferreira. Saúde sem limite: implantação da rede de cuidados à saúde da pessoa com deficiência. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 146-152, out. 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/pt/lil-774075>. Acesso em: 15 mai. 2024.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES/MG nº 7.915, de 09 de dezembro de 2021**. Estabelece os critérios e os valores para concessão do incentivo financeiro excepcional para expansão da capacidade de atendimento e qualificação da atenção especializada em saúde bucal ofertada nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) do estado de Minas Gerais e dá outras providências. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%20SES%207915%20-%20CIB.pdf>. Acesso em: 25 out. 2024.

MOTA, Paulo Henrique dos Santos. **Implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: contexto, valores e níveis de cuidado**. 2020. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-11032020-132928/pt-br.php>. Acesso em: 20 abr. 2024.

NOBRE, Marcos. Apontamentos sobre a pesquisa em Direito no Brasil. **Cadernos Direito GV**, n. 39, São Paulo: FGV, 2009. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10438/2779>. Acesso em: 28 abr. 2023.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 12. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015.

SILVA, Alexandre Barbosa da; SCHULMAN, Gabriel. (Des) judicialização da saúde: mediação e diálogos interinstitucionais. **Revista Bioética**, v. 25, n. 2, p. 290-300, 2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422017000200290&script=sci\\_arttext&tlng=p](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422017000200290&script=sci_arttext&tlng=p). Acesso em: 18 mai. 2024.

SILVA, Sandoval Alves da. **A tutela coletiva extraprocessual: o diálogo institucional como instrumento de atuação do Ministério Público em políticas públicas para a concretização dos direitos sociais**. 2015. Tese (Doutorado em Direito) – Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências Jurídicas, Programa de Pós-Graduação em Direito, Belém, 2015. Disponível em: [https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFPA\\_e30bd1f345400363c6e5f0aef3df982e](https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFPA_e30bd1f345400363c6e5f0aef3df982e). Acesso em: 13 mar. 2024.

SOUZA, Jorge Munhós de. **Diálogo Institucional e Direito à Saúde**. 2011. 344 f. Dissertação (Mestrado em Direito Civil Constitucional; Direito da Cidade; Direito Internacional e Integração Econômica) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,

Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://www.bdtd.uerj.br:8443/handle/1/9534>. Acesso em: 18 abr. 2024.

SOUZA, Rafael Bezerra de; BOLONHA, Carlos. Teorias jurídicas contemporâneas: uma análise crítica sob a perspectiva institucional. **Direito, Estado e Sociedade**, n. 43, p. 162-183, jul./dez. 2013. Disponível em: <https://direitoestadosociedade.jur.puc-rio.br/media/43artigo7.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2024.

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA. **Site oficial da Prefeitura de Juiz de Fora**. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br>. Acesso em: 15 jan. 2024.

TURBOSCRIBE. **Plataforma de transcrição de áudios**. Disponível em: <https://turboscribe.ai>. Acesso em: 23 jan. 2024.

TUSHNET, Mark. Policy distortion and democratic debilitation: comparative illumination of the countermajoritarian difficulty. **Michigan Law Review**, v. 94, n. 2, p. 245-291, 1995. Disponível em: <https://repository.law.umich.edu/mlr/vol94/iss2/2>. Acesso em: 15 mar. 2024.

VIANNA, Luiz Werneck; BURGOS, Marcelo Baumann; SALLES, Paula Martins. Dezessete anos de judicialização da política. **Tempo Social: Revista de Sociologia da USP**, v. 19, n. 2, p. 39-85, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ts/a/Gm5Cm5Tv3br63xgNvJZX4wL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2024.

WESTERMAN, Pauline. Open or Autonomous? The Debate on Legal Methodology as a Reflection of the Debate on Law. In: HOECKE, Mark Van (ed.). **Methodologies of Legal Research. Which Kind of Method for What Kind of Discipline?** Oxford-Portland: Hart, 2011. p. 87-110. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/228204636\\_Open\\_or\\_Autonomous\\_The\\_Debate\\_on\\_Legal\\_Methodology\\_as\\_a\\_Reflection\\_of\\_the\\_Debate\\_on\\_Law](https://www.researchgate.net/publication/228204636_Open_or_Autonomous_The_Debate_on_Legal_Methodology_as_a_Reflection_of_the_Debate_on_Law). Acesso em: 26 abr. 2023.

## APÊNDICE A - Ficha de Análise de Atas

19/01/2025, 15:00

Ficha de Análise de Atas

### Ficha de Análise de Atas

\* Indica uma pergunta obrigatória

1. Reunião:

Marcar apenas uma oval.

Ordinária

Extraordinária

2. Data: \*

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

3. Local: \*

4. Principais Temas em Pauta \*

5. Discussões sobre matérias relacionadas à saúde da pessoa com deficiência \*

19/01/2025, 15:00

Ficha de Análise de Atas

## 6. Participantes das discussões: \*

---

---

---

---

---

## 7. Houve deliberação ou resolução normativa aprovada? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Apenas deliberação.
- Deliberação e resolução.
- Apenas resolução.
- Não houve deliberação/resolução sobre a matéria.

## 8. Deliberações relacionadas à saúde da pessoa com deficiência

---

---

---

---

---

## 9. Classificação dos Temas Tratados \*

*Marque todas que se aplicam.*

- Acesso a serviços e ações de saúde
- Políticas específicas para pessoas com deficiência
- Barreiras de acesso (físicas, atitudinais ou tecnológicas)
- Implementação da RCSPCD

## Diálogos Interinstitucionais

19/01/2025, 15:00

Ficha de Análise de Atas

10. Houve menção à judicialização da saúde das pessoas com deficiência? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

11. Se sim, qual o conteúdo da manifestação?

---

---

---

---

---

12. Os membros/representantes do Poder Judiciário estavam presentes? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

13. Houve menção ao Ministério Público? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

14. Se sim, qual o conteúdo da manifestação?

---

---

---

---

---

19/01/2025, 15:00

Ficha de Análise de Atas

15. Os membros/representantes do Ministério Público estavam presentes na reunião? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

16. O debate foi ampliado para participação de outros órgãos/entidades? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

17. O que foi proposto e quais entidades foram envolvidas?

---

---

---

---

---

18. Foram discutidos mecanismos de diálogo para resolução de problemas ou implementação de políticas públicas? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

19/01/2025, 15:00

Ficha de Análise de Atas

19. Quais os mecanismos mencionados?

---

---

---

---

---

20. Classificação dos Temas Tratados \*

*Marque todas que se aplicam.*

- Interação Insterinstitucional
- Mecanismo de Diálogo
- Papel Fiscalizador/Controle
- Judicialização

21. Observações Gerais

---

---

---

---

---

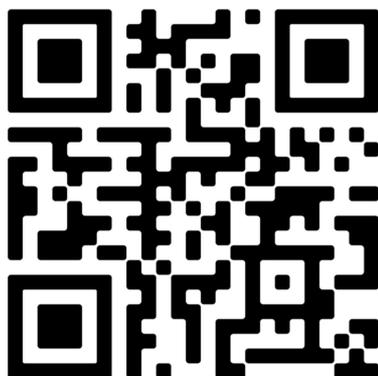
Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

## ANEXO A - Link para Acesso aos Documentos

Os documentos que constituem as fontes de dados da pesquisa, utilizados neste trabalho, assim como a planilha de análise das atas e gravações das reuniões do Conselho estão disponíveis por meio do link: <https://drive.google.com/drive/folders/13aG2hE5CyMbC0oZvTL-FeEDDyW8TA2wH?usp=sharing>.

Também poderão ser acessados por meio do QRCode abaixo:



## ANEXO B - E-mails Institucionais

---

### Solicitação de Informações - Ata do Conselho Municipal de Saúde - JF

4 mensagens

**LETÍCIA AGOSTINHO Mouro** <leticia.mouro@estudante.ufjf.br>  
Para: ouvidoriadesaudejf@yahoo.com.br

20 de novembro de 2023 às 18:14

Boa tarde,

Com cordiais cumprimentos, encaminho o presente com o intuito de obter informações sobre as atas do Conselho Municipal de Saúde.

Sou aluna do Programa de Mestrado em Direito e Inovação da UFJF e atualmente pesquiso sobre Diálogos Interinstitucionais. Diante da importância do Conselho Municipal para deliberações e participação popular na área da saúde, seria primordial ao meu trabalho ter acesso de forma integral às atas do período de 2013 a 2023.

No site da PJJ (<https://pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/reunioes/atas>), estão disponíveis as atas do CMS, organizadas por ano. Ocorre que, entre janeiro/2018 e abril/2022, percebe-se uma lacuna, não havendo documentos disponíveis.

Nesse caso, poderiam disponibilizar as atas compreendidas entre este período ou me orientar sobre o caminho para obtê-las?

Desde já agradeço pela atenção.

Cordialmente,

--

Letícia Agostinho Mouro  
leticia.mouro@estudante.ufjf.br  
32 99990-4336

---

**Ouvidoria Saúde** <ouvidoriadesaudejf@yahoo.com.br>  
Responder a: Ouvidoria Saúde <ouvidoriadesaudejf@yahoo.com.br>  
Para: LETÍCIA AGOSTINHO Mouro <leticia.mouro@estudante.ufjf.br>

22 de novembro de 2023 às 15:30

Boa tarde! tudo bem Letícia? estimo que sim!Primeiramente, parabênizo pela pesquisa mencionada, é de fato um tema interessante e importante. Como membro e com mandato junto ao Conselho Municipal desde 2007, posso informar a priori, que o colegiado, por questões envolvendo recursos humanos e período pandêmico, teve realmente dificuldade em transcrever suas atas- de fato eram transcritas. no atual mandato (2022/2024), as atas estão sendo produzidas. sugiro que entre em contato diretamente com o Conselho, através do número 3690-7388, a fim de obter maiores esclarecimentos.

Se necessário, sigo a disposição!

Samantha Borchear  
Ouvidora Municipal de Saúde  
Juiz de Fora - MG  
3690-8135

[Texto das mensagens anteriores oculto]

---

**LETÍCIA AGOSTINHO Mouro** <leticia.mouro@estudante.ufjf.br>  
Para: Ouvidoria Saúde <ouvidoriadesaudejf@yahoo.com.br>

8 de outubro de 2024 às 09:46

Bom dia, Samantha, como vai?

**S**

Realizei contato anteriormente com o Conselho e fui muito bem atendida por vocês. Sou aluna do Programa de Mestrado em Direito e Inovação da UFJF e atualmente pesquisei sobre Diálogos Interinstitucionais em Saúde.

Estou concluindo minha pesquisa, mas surgiu uma dúvida importante que preciso sanar com vocês. As atas de 2024 das reuniões do Conselho já estão integralmente disponibilizadas no site? Pergunto porque estou considerando os dados disponíveis até outubro/2024, e percebi que apenas 3 atas constam no site.

Havendo mais atas, qual caminho posso seguir para obter as cópias?

Desde já agradeço pela atenção.

Cordialmente,

[Texto das mensagens anteriores oculto]

---

**Ouvidoria Saúde** <ouvidoriadesaudejf@yahoo.com.br>

10 de outubro de 2024 às 08:04

Responder a: Ouvidoria Saúde <ouvidoriadesaudejf@yahoo.com.br>

Para: LETÍCIA AGOSTINHO MOURO <leticia.mouro@estudante.ufjf.br>

Bom dia Leticia, espero que a encontre bem! Samantha não é mais nossa Ouvidora. com relação a sua solicitação, indico realizar contato com a Secretária Executiva do Conselho de Saúde, Sra. Lucileia, no telefone 3690-7388, pois mesma saberá informar detalhes sobre. at.te,

Maria da Penha Silva  
Ouvidora Municipal de Saúde  
Juiz de Fora - MG  
3690-8135

[Texto das mensagens anteriores oculto]

[Texto das mensagens anteriores oculto]

---

É obrigatório o uso do e-mail @ufjf.br ou @estudante.ufjf.br ou @visitante.ufjf.br em todas as comunicações oficiais, conforme o art. 6º da Resolução CGD/UFJF N° 1, de 11 de janeiro de 2023.