

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Alessandra Marqueto

**Análise normativa da câmara permanente distrital de mediação em saúde – CAMEDIS
como instrumento de gestão na judicialização da saúde no Distrito Federal**

Brasília

2021

Alessandra Marqueto

**Análise normativa da câmara permanente distrital de mediação em saúde – CAMEDIS
como instrumento de gestão na judicialização da saúde no Distrito Federal**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Vigilâncias e Avaliação em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dra. Miriam Ventura da Silva

Coorientadora: Prof.^a Dra. Marcela Alves de Abreu

Brasília

2021

Normative analysis of the district permanent chamber of mediation in health - CAMEDIS as a management tool in the judicialization of health in the Federal District

O presente trabalho foi realizado com apoio da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que oportunizou a participação no Mestrado em Avaliação em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

M357a Marqueto, Alessandra.
Análise normativa da câmara permanente distrital de mediação em saúde – CAMEDIS como instrumento de gestão na judicialização da saúde no Distrito Federal / Alessandra Marqueto. -- 2021.
120 f. : il. color.

Orientadora: Miriam Ventura da Silva.
Coorientadora: Marcela Alves de Abreu.

Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Brasília, 2021.

1. Direito à Saúde. 2. Avaliação em Saúde. 3. Judicialização da Saúde. 4. Legislação. 6. Solução Extrajudicial de Conflitos. 7. Estudos de Caso Único como Assunto. 8. Pesquisa Qualitativa. I. Título.

CDD – 23.ed. – 344.0321098174

Alessandra Marqueto

**Análise normativa da câmara permanente distrital de mediação em saúde – CAMEDIS
como instrumento de gestão na judicialização da saúde no Distrito Federal**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Vigilâncias e Avaliação em Saúde

Aprovada em: 03 de dezembro de 2021.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Sandra Mara Campos Alves
Fundação Oswaldo Cruz - Gerência Regional de Brasília

Prof.^a Dra. Ana Cláudia Figueiró
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Marcela Alves de Abreu
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Miriam Ventura da Silva
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Brasília

2021

Agradeço a Deus!

A minha filha Luiza por tudo que representa para mim.

Ao meu pai José Inácio Marqueto (in memoriam) que com certeza está muito orgulhoso e a minha mãe Nair dos Santos Marqueto pelos ensinamentos de vida.

Ao José Humberto pela amorosa cumplicidade e apoio incondicional nesta trajetória.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus a finalização deste trabalho que só foi possível em virtude do apoio de pessoas especiais às quais sou muito grata. Agradeço, aos meus pais a quem devo tudo, a minha filha Luiza e ao meu esposo José Humberto, por todo companheirismo, apoio nos momentos difíceis e empenho para que eu pudesse ter tempo para me dedicar esse objetivo.

Expresso minha gratidão as minhas orientadoras Miriam Ventura da Silva e Marcela Alves de Abreu pelos ensinamentos, paciência e motivação a cada vez que eu pensava em desistir. Agradeço também a todos os professores do Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde da ENSP/FIOCRUZ pela formação sólida recebida, em especial a Ana Figueiró, Beth Moreira, Egléubia, Gisela e Juliana. Aos entrevistados que disponibilizaram parte do seu tempo para contribuir com este estudo.

O estudo é fruto de trajetória de anos de atuação e pesquisa no campo do direito e saúde. Nesse percurso contei com a orientação e parceira de muitas pessoas, dentro e fora da Secretaria de Saúde. Assim, registro meus especiais agradecimentos a Dr^a Lucimar Coser Cannon, Dr^a Valéria Gonçalves, a Dr^a Susany Sudério pela honra de conviver, aprender e participar de ricas oportunidades e projetos. Assim, agradeço aos amigos e colegas de trabalho no Núcleo de Judicialização e na Assessoria Jurídica da SES/DF que direta ou indiretamente participaram desta trajetória. Ao Chefe da Assessoria Jurídica por possibilitar minha participação no mestrado e à disponibilização dos dados. Em especial à equipe de contratos pela paciência nos momentos de crise.

Por fim, importante ressaltar que a conclusão desse trabalho não seria possível sem o apoio de muitos amigos que, em diferentes momentos, apesar de tantos convites declinados, dedicaram seu tempo para me apoiar e incentivar.

RESUMO

A busca por mecanismos a fim de mitigar a Judicialização da saúde no Distrito Federal (DF) inspirou a criação da Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde (CAMEDIS), firmada entre a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) e a Defensoria Pública do Distrito Federal (DPDF), que tem como missão institucional, buscar soluções às demandas por serviços e produtos de saúde. O presente estudo buscou avaliar a conformidade e adequação da CAMEDIS a partir das dimensões de estrutura, processo e resultado, conforme a Portaria Conjunta nº 01, de 26 de fevereiro de 2013; no âmbito da avaliação em saúde, optou-se pela avaliação normativa de caso único, *ex post*, no período de fevereiro de 2013 a junho de 2018. O método misto quanti-qualitativo foi adotado para análise dos dados combinado as técnicas de pesquisa documental, mensuração de matriz de análise de julgamento nas dimensões de estrutura, processo e resultado. Na análise das entrevistas utilizou-se a análise de conteúdo por categorias temática. Os resultados demonstram que a CAMEDIS foi considerada pelos entrevistados como exitosa, porém de atuação limitada e insuficiente na redução da Judicialização da saúde no DF. Entre as fragilidades identificadas destaca-se a ausência de regulamentação com critérios, obrigações relativas à atuação das partes e fluxo prévio das atividades da Câmara; a ausência de estrutura, recursos humanos e materiais adequados ao atendimento proposto, não monitoramento dos acordos realizados e a carência no apoio político-institucional aos atores envolvidos. A principal fortaleza foi o alto percentual de acordos e soluções administrativas rápidas às demandas dos usuários quando disponível na rede, mesmo considerando-se que a Defensoria aplicava critérios próprios para o encaminhamento das demandas à CAMEDIS. A mensuração das matrizes de julgamento evidenciou o grau crítico de adequação e conformidade da CAMEDIS. Todavia, considerando o potencial de atuação exitoso da câmara recomenda-se sua reconstituição ampliando-se o acesso à CAMEDIS como medida de avanço ao acesso à saúde. Assim, no redesenho aconselha-se investimento em recursos humanos, infraestrutura própria e adequada ao seu funcionamento permanente, estabelecendo-se obrigações claras entre os partícipes no cumprimento e monitoramento das demandas, critérios de elegibilidade e fluxos prévios, bem como maior transparência, resolutividade e ampliação do atendimento, de modo que a câmara possa estar de portas abertas ao usuário.

Palavras-chave: Direito à saúde, Avaliação em Saúde, Judicialização da saúde, Legislação, Solução extrajudicial de conflitos.

ABSTRACT

The search for mechanisms to mitigate the legalization of health in the Federal District (DF) inspired the creation of the Permanent District Chamber for Mediation in Health (CAMEDIS), signed between the Health Department of the Federal District (SES/DF) and the Federal District Public Defender's Office (DPDF), whose institutional mission is to seek solutions to demands for health services and products. This study sought to assess the conformity and adequacy of CAMEDIS from the dimensions of structure, process and result, according to Joint Ordinance No. 01, of February 26, 2013; within the scope of health assessment, we opted for the normative assessment of a single case, ex post, in the period from February 2013 to June 2018. The mixed quantitative-qualitative method was adopted for data analysis combined with documentary research techniques, measurement of judgment analysis matrix in the dimensions of structure, process and result. In the analysis of interviews, content analysis by thematic categories was used. The results show that CAMEDIS was considered by the interviewees as successful, but with limited and insufficient action in reducing the legalization of health in the DF. Among the weaknesses identified, the lack of regulation with criteria, obligations related to the performance of the parties and the previous flow of activities of the Chamber stand out; the absence of adequate structure, human and material resources for the proposed service, non-monitoring of the agreements made and the lack of political-institutional support for the actors involved. The main strength was the high percentage of agreements and quick administrative solutions to users' demands when available on the network, even considering that the Defender's Office applied its own criteria for forwarding demands to CAMEDIS. The measurement of the judgment matrices evidenced the critical degree of adequacy and compliance of CAMEDIS. However, considering the chamber's potential for successful action, its reconstitution is recommended, expanding access to CAMEDIS as a measure of advance in access to health. Thus, in the redesign, investment in human resources, its own infrastructure, adequate for its permanent operation is advised, establishing clear obligations between the participants in the fulfillment and monitoring of demands, eligibility criteria and previous flows, as well as greater transparency, resoluteness and expansion of service, so that the chamber can have its doors open to the user.

Keywords: Right to health, Health Evaluation, Health Judicialization, Legislation, Out-of-court conflict resolution.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Fluxo das atividades da Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde – CAMEDIS.....	17
Figura 2 -	Modelo lógico da intervenção – CAMEDIS.....	46
Quadro 1 -	Desenho da avaliação da Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde (CAMEDIS).....	44
Quadro 2 -	Modelo Teórico da Avaliação.....	47
Quadro 3 -	Matriz de Relevância.....	48
Quadro 4 -	Indicadores, Critérios e Pontuação Máxima (P.M.) e Pontuação Alcançada (P.A.) da Dimensão de Estrutura.....	49
Quadro 5 -	Indicadores, Critérios e Pontuação Máxima (P.M.) e Pontuação Alcançada (P.A.) da Dimensão de Processo.....	50
Quadro 6 -	Indicadores, Critérios e Pontuação Máxima (P.M.) e Pontuação Alcançada (P.A.) da Dimensão de Resultados	51
Quadro 7-	Grau de adequação e conformidade da CAMEDIS.....	52
Quadro 8 -	Técnicas e fontes para coleta de informação.....	52
Quadro 9 -	Matriz de informação.....	56
Quadro 10 -	Análise da amostra aleatória de 168 (10%) dos processos da CAMEDIS anos 2013-2018.....	63
Quadro 11-	Informações em relação a Reuniões de medicação evidenciados nos processos analisados da CAMEDIS, anos 2013-2018.....	64
Quadro 12 -	Acompanhamento após acordo assinado nos processos analisados da CAMEDIS anos 2013 – 2018.....	65
Quadro 13 -	Plano de análise das entrevistas inspirado no modelo lógico..	72
Quadro 14 -	Pontuações alcançadas na Dimensão de Estrutura.....	89
Quadro 15 -	Pontuações alcançadas na Dimensão de Processo.....	91
Quadro 16 -	Pontuações alcançadas na Dimensão de Resultados.....	93
Quadro 17 -	Grau de adequação e conformidade alcançado pela CAMEDIS.....	95
Gráfico 1 -	Distribuição do local de residência dos demandantes por Região de Saúde.....	66
Gráfico 2 -	Distribuição dos pedidos da CAMEDIS por local da rede	

	demandado.....	67
Gráfico 3 -	Distribuição dos pedidos feitos à CAMEDIS por especialidade.....	68
Gráfico 4 -	Distribuição das demandas da CAMEDIS por tipo de pedido..	69
Gráfico 5 -	Distribuição do tipo de respostas apresentada pelas áreas técnicas da SES/DF.....	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ADR	<i>Alternative Dispute Resolution</i>
AJL	Assessoria Jurídica Legislativa
CAMEDIS	Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Sa
Conep/CNS	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde
CPC	Código Processo Civil
CRDF	Central de Regulação Distrito Federal
CRLS	Câmara de Resolução de Litígios em Saúde
DF	Distrito Federal
DPDF	Defensoria Público do Distrito Federal
Ensp	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
HBDF	Hospital de Base do Distrito Federal
HRAN	Hospital Regional da Asa Norte
HRC	Hospital Regional da Ceilândia
HRG	Hospital Regional do Gama
HRPA	Hospital Regional do Paranoá
HRS	Hospital Regional de Sobradinho
HRT	Hospital Regional de Taguatinga
IGESDF	Instituto de Gestão Estratégica do Distrito Federal
INSPER	Instituto de Ensino e Pesquisa
MARC	Métodos Alternativos de Resolução de Conflitos
NJUD	Núcleo de Judicialização

SES/DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
TJDFT	Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios
UTI	Unidade Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO - SITUAÇÃO PROBLEMA.....	10
2.	A INTERVENÇÃO OBJETO DA AVALIAÇÃO.....	16
2.1.	MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO.....	20
2.1.1.	A Judicialização da saúde no Brasil.....	20
2.1.2.	A Judicialização da saúde no Distrito Federal.....	27
2.1.3.	Métodos Alternativos de Resolução de Conflitos (MARC): mediação e as atividades da CAMEDIS.....	31
2.1.4.	Análise normativa da Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde – CAMEDIS.....	36
2.2.	PERGUNTAS AVALIATIVAS.....	39
2.3.	JUSTIFICATIVA.....	39
2.4.	PRESSUPOSTO.....	41
3.	OBJETIVOS.....	42
3.1.	OBJETIVO GERAL.....	42
3.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	42
4.	MATERIAIS E MÉTODOS.....	43
4.1.	MÉTODOS PARA COLETA DE INFORMAÇÕES.....	52
4.1.1.	Revisão bibliográfica.....	53
4.1.2.	Pesquisa documental.....	54
4.1.3.	Das entrevistas.....	55
5.	ASPECTOS ÉTICOS.....	58
6.	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	59
7.	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	61
7.1.	CARACTERIZAÇÃO DOS PROCESSOS AUTUADOS NA CAMEDIS.....	62
7.2.	ANÁLISE DAS ENTREVISTAS REALIZADAS.....	71
7.3.	CARACTERIZAÇÃO DOS GRAUS DE ADEQUAÇÃO E CONFORMIDADE.....	89
8.	CONCLUSÃO.....	97
	REFERÊNCIAS.....	101
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	108
	APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA ESTRUTURADA.....	112
	APÊNDICE C - MATRIZ DE INFORMAÇÃO UTILIZADA NA ANÁLISE DOCUMENTAL DOS PROCESSOS ADMINISTRATIVOS...	114

APÊNDICE D - PRINT DA PLANILHA ELABORADA NO EXCELL PARA ANÁLISE DOCUMENTAL DOS PROCESSOS ADMINISTRATIVOS DA CAMEDIS, PARA FINS ILUSTRATIVOS.....	116
APÊNDICE E - MATRIZ DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS.....	117
ANEXO.....	119

1. INTRODUÇÃO - SITUAÇÃO PROBLEMA

O presente estudo avaliou a conformidade da Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde (CAMEDIS), que tem como missão institucional, buscar soluções às demandas por serviços e produtos de saúde, com o intuito de evitar ações judiciais ou propor soluções para aquelas em trâmite. A CAMEDIS foi instituída pela Portaria conjunta nº 01, de 26 de fevereiro de 2013, firmada entre a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) e a Defensoria Pública do Distrito Federal (DPDF). O enfoque foi a análise normativa da CAMEDIS, responsável pela mediação relativa às demandas por serviços ou produtos de saúde oferecidos pelo SUS no Distrito Federal.

Importante abordar que o direito à saúde, constitucionalmente tutelado, adotou o conceito amplo de saúde ao incumbir ao Estado o dever de elaborar políticas sociais e econômicas que permitem o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, nos termos do art. 196 (BRASIL, 1988).

De tal sorte que a Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8080/90, confirmou o dispositivo constitucional em relação ao direito à saúde, como direito fundamental, ao dispor em seu art. 2º que: “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”; e no artigo 6º dispõe que está incluída no campo de atuação do SUS a atenção integral, inclusive a farmacêutica (BRASIL, 1990).

Todavia, a concretização do direito à saúde depende da adequada estruturação e financiamento do SUS, problemas estruturais da institucionalização do SUS, que fragilizam e comprometem a implementação das políticas públicas de saúde. Daí advém o fenômeno do usuário buscar no judiciário a concretização do direito à saúde previsto na constituição.

Deste modo a judicialização da saúde é um evento que emerge a partir de problemas multifatoriais e as estratégias de enfrentamento utilizadas em diferentes países apontam para um amplo leque de iniciativas, que adquirem caráter de maior complexidade num país com as características federativas e demográficas do Brasil. Estudos publicados pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS apontam alguns caminhos para enfrentamento da Judicialização da saúde no Brasil, tais como: a ampliação dos espaços de discussão entre os diversos atores sociais, formulação de normas e parâmetros técnico-científicos para incorporação

tecnológica, uso de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, além do fortalecimento dos sistemas de saúde, melhorando o acesso e a qualidade da atenção (SANTOS et al., 2018).

Nas palavras de Diniz *et al* (2014) por judicialização da saúde, deve-se entender uma questão ampla e diversa de reclame de bens e direitos nas cortes: são insumos, instalações, medicamentos, assistência em saúde, entre outras demandas a serem protegidas pelo princípio do direito à saúde. A origem da questão é ainda incerta, não apenas pela ausência de estudos empíricos sistemáticos e comparativos no país, mas principalmente pela amplitude da judicialização e seus diferentes níveis de expressão nas cortes. Em consequência, existem argumentos distintos para analisar as implicações da judicialização do direito à saúde no país: de um lado, se anuncia a possibilidade de efetivação do direito, mas, por outro, há o risco de a judicialização ser uma interferência indevida do Judiciário nas políticas públicas caso a decisão judicial não adote critérios objetivos e uniformes ou não seja munida de informações suficientes para uma correta avaliação quanto à viabilidade e adequação técnica e orçamentária do bem demandado (DINIZ; MACHADO; PENALVA, 2014).

A judicialização tem por essência o fato de que cada sistema vive separadamente seus dilemas: no Judiciário o dever de fazer cumprir as decisões e, na Saúde, a tentativa de conciliar as normativas do SUS, o financiamento insuficiente e as determinações judiciais a serem cumpridas. Entretanto, nota-se que o debate que envolve o direito à saúde tem sido capaz de estimular a adoção de estratégias que promovem e aperfeiçoam o diálogo entre diferentes atores (SANTOS et al., 2018).

Nesse sentido, conforme bem pontuou o Conselho Nacional de Justiça - CNJ a Judicialização da saúde tem provocado debates entre inúmeros atores sociais. Gestores de saúde, magistrados, promotores de justiça, defensores públicos, universidades, associações médicas, organizações da sociedade civil que representam os usuários ou profissionais, exigindo uma aproximação entre estes atores, bem como a busca por estratégias intersetoriais de resolução dos conflitos, tais como, a mediação e alternativas extrajudiciais, para a garantia do direito à saúde na sua dimensão individual e coletiva (BRASIL, 2015).

A difícil ponderação entre interesses individuais e coletivos que implicam na manutenção da vida, saúde do indivíduo e a sustentabilidade do SUS, torna a demanda em saúde

pública dilemática. De tal modo que no cenário da judicialização da saúde é imprescindível que haja inovações no padrão de reflexão e deliberação na resolução de conflitos a fim de atender às necessidades de saúde dos cidadãos, em equilíbrio com as políticas públicas e recursos estatais (PEPE *et al.*, 2010).

Esta ponderação requer a observância de parâmetros éticos, legais e técnico-científicos para a condução do processo decisório, que resultará em definições de direitos, deveres e responsabilidades, que devem ser aceitos como justos e legítimos pelos envolvidos (VENTURA, 2012).

O fenômeno da judicialização da saúde expressa reivindicações legítimas de cidadãos e instituições, para a garantia e promoção dos direitos de cidadania amplamente afirmados nas leis internacionais e nacionais. Nesse sentido, o fenômeno envolve aspectos políticos, sociais, éticos e sanitários, que vão muito além de seu componente jurídico e de gestão de serviços públicos (VENTURA *et al.*, 2010).

É cediço que a judicialização à saúde expõe tanto as deficiências, fragilidades e insuficiências do sistema de saúde, para responder de forma satisfatória às necessidades da população, quanto do sistema judiciário em dirimir conflitos sanitários que envolvem a complexidade de políticas públicas. Todavia, ainda prevalece na discussão sanitária e jurídica brasileira o entendimento que direito à saúde, assegurado na lei brasileira, inclui o direito à assistência terapêutica integral (VENTURA, 2012; SANT'ANA, 2018).

Estudos demonstraram que nos processos judiciais a automatização das decisões e das defesas na atuação do poder público, réu na ação, em geral, é restrita e padronizada, em raros casos se evidencia a utilização de perícia judicial para subsidiar a decisão do magistrado, prevalecendo, neste contexto a prescrição médica juntada na inicial, em detrimento às políticas públicas e aos Protocolos e Diretrizes Terapêuticas do SUS (VENTURA, 2012; SANT'ANA, 2018).

Assim, o interesse pelo tema advém dos anos de experiência profissional como servidora da Secretaria de Estado de Saúde do DF, enfermeira, advogada, assessora jurídica no Núcleo de Judicialização da Secretaria de Estado de Saúde. Atualmente, na Assessoria Jurídico-Legislativa da SES/DF. O Núcleo de Judicialização da SES/DF tem por objetivo promover e monitorar o

cumprimento das demandas judiciais; bem como promover articulações interinstitucionais com os demais órgãos e atores envolvidos e interessados na judicialização da saúde do DF.

Salienta-se que desde sua criação como Grupo de Trabalho o Núcleo de Judicialização – NJUD da SES/DF buscou o diálogo interinstitucional com todos os órgãos interessados na temática da judicialização da saúde, em especial a Defensoria Pública do Distrito Federal, Procuradoria Geral do Distrito Federal, Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, o Judiciário (Comitê Distrital de Saúde), Defensoria Pública da União, Ministério Público da União e associações de usuários.

Deste modo a CAMEDIS foi instituída, com o apoio do Comitê Distrital de Saúde, a partir da necessidade de institucionalizar o diálogo, já existente por meio de contatos telefônicos, e-mails e envio de ofícios, com o NJUD e a Defensoria Pública do DF, com objetivo conjunto de buscar a solução extrajudicial as demandas na área de saúde (OLIVEIRA, 2013).

O presente estudo visa contribuir no redesenho da CAMEDIS, visto que os trabalhos foram suspensos em junho de 2018 até que sejam definidos, de maneira adequada, o local de funcionamento, a estrutura física, o número de servidores, a competência e o fluxo procedimental.

O Distrito Federal acompanhando o panorama nacional, também registrou um crescimento exponencial das ações judiciais relacionadas ao direito à saúde. Os dados arrolados demonstram que o Distrito Federal foi alvo de aproximadamente 11 novas ações judiciais por dia útil, no ano de 2017. Este dado não condiz com o volume total das demandas judiciais enfrentadas pelo DF, pois ainda existem milhares de ações judiciais iniciadas antes de 2017, até mesmo há décadas, determinando o fornecimento de medicamentos e materiais-médicos de forma contínua enquanto persistir a indicação médica (PAIXÃO, 2019).

A judicialização da saúde no Distrito Federal apresenta algumas peculiaridades que a diferenciam do apontado nos estudos sobre o fenômeno no Brasil. Conforme dados obtidos no estudo de Diniz *et al* (2014) ao analisar demandas que tramitaram entre 2005 e 2010, identificou que 95% dos processos no Distrito Federal foram conduzidos pela Defensoria Pública, o que permite presumir a hipossuficiência dos recursos; acrescenta, ainda, que 85% apresentaram receita médica oriunda de serviços públicos de saúde. Assim, o estudo conclui que não há

evidências de que a judicialização seja um movimento das elites. Ademais, a presença da Defensoria Pública local estruturada, com núcleo especializado em demandas por serviços públicos de saúde, também contribui para a ampliação da busca dos cidadãos pelo serviço do órgão. (INSPER; CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2019).

Do mesmo modo, o estudo realizado pelo INSPER relata que no DF a maioria dos pleitos são por internação em UTI e medicamento, sobretudo medicamentos não padronizados. Os dados da Defensoria Pública do DF demonstram que, entre 2012 e 2015, 34,5% dos pedidos judiciais demandavam vagas em UTI, seguidos pelos pedidos de medicamentos (21,2%) e de cirurgias (19,8%). Os pedidos de vagas concedidos pela via judicial podem ter o efeito de “furar a fila” de espera por leitos, o que não só é potencialmente injusto com os pacientes, mas também desorganiza a regulação de vagas em geral (INSPER; CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2019).

Diante da crescente judicialização da saúde e notório abarrotamento do judiciário, e na busca por solução extrajudicial dos conflitos, no Distrito Federal foi criada a CAMEDIS em 2013.

O relatório INSPER na pesquisa encomendada pelo CNJ, aponta a criação de sistemas de mediação na Bahia, como um instrumento importante de diminuição da “judicialização desnecessária” e a experiência do estado do Espírito Santo, que implantou um sistema de mediação em ambiente virtual, o que pode servir de modelo para outros estados (INSPER, 2019).

Segundo Sant’Ana (2018) outros exemplos de estratégias extrajudiciais de resolução de conflitos são: no estado de Rondônia, onde foi implementado projeto denominado “SUS mediado” em 2016 na cidade de Porto Velho; em Salvador/BA, foi inaugurada, em 2016, a Câmara de Conciliação de Saúde; e ainda o Programa “Acessa SUS” no estado de São Paulo também apresenta resultados significativos de melhoria do atendimento das demandas do pacientes e redução do ajuizamento de ações.

Ante o exposto vislumbra-se que a articulação interinstitucional extrajudicial constitui uma ferramenta importante nas controvérsias na área de saúde. De acordo com Ventura *et al.*(2010) “a construção normativa de uma sociedade pressupõe o conflito e, do mesmo modo, a demanda judicial reflete disputas, conquistas ou retrocessos, estabelecidos para além da esfera

jurídica. O grande desafio é pensar na judicialização da saúde como estratégia legítima, porém a ser orquestrada com outros mecanismos de garantia constitucional de saúde para todos” (p. 96).

Assim, os diálogos interinstitucionais referentes à judicialização da saúde e a necessidade de instrumentos de gestão que possibilitem a solução das demandas dos usuários por via extrajudicial revelam uma maior consciência dos agentes públicos de que a problemática da demanda judicial em saúde depende de que sejam formuladas estratégias políticas e sociais para a efetivação do direito à saúde. Tal consciência tem estimulado essas aproximações das instâncias do Judiciário e do Executivo, para o compartilhamento de informações indispensáveis para a análise das demandas em saúde (VENTURA, 2012).

2. A INTERVENÇÃO OBJETO DA AVALIAÇÃO

Trata-se de estudo avaliativo da CAMEDIS, instituída em fevereiro de 2013, por meio de Portaria conjunta nº 01, de 26 de fevereiro de 2013, firmada entre a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) e a Defensoria Pública do Distrito Federal (DPDF), coordenada pela SES/DF, que tem como missão institucional buscar solução às demandas por serviços e produtos de saúde, com o intuito de evitar ações judiciais ou propor soluções para aquelas em trâmite (Anexo).

Conforme a Portaria a CAMEDIS é composta por um representante titular e um suplente da Secretaria de Saúde do Distrito Federal e da Defensoria Pública do Distrito Federal, respectivamente. Assim, compete à câmara promover mediação em demandas por serviços ou produtos de saúde a serem fornecidos pelo SUS no Distrito Federal; buscar conciliação e propor soluções para demandas judiciais em trâmite; tomar conhecimento das demandas judiciais e administrativas levadas à ciência da CAMEDIS por qualquer de seus membros; propor a órgãos e entidades da Administração Pública do Distrito Federal, responsáveis pela elaboração e execução de políticas públicas associadas à saúde pública no DF, medidas para melhorias e cooperação.

As deliberações da CAMEDIS, ou seja, os acordos firmados serão encaminhados à unidade de saúde responsável pelo atendimento da solução mediada, com prazo para cumprimento de suas decisões. Os integrantes da CAMEDIS desempenhariam suas funções sem prejuízo daquelas desempenhadas nos órgãos que representam e sem remuneração extraordinária.

Por sua vez, a Portaria previu a elaboração do regulamento interno da CAMEDIS no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da publicação da Portaria, bem como relatórios trimestrais das atividades da CAMEDIS a serem encaminhados ao Secretário de Estado de Saúde e ao Defensor Geral, ao Conselho de Saúde do Distrito Federal e ao Colegiado de Gestão da SES/DF.

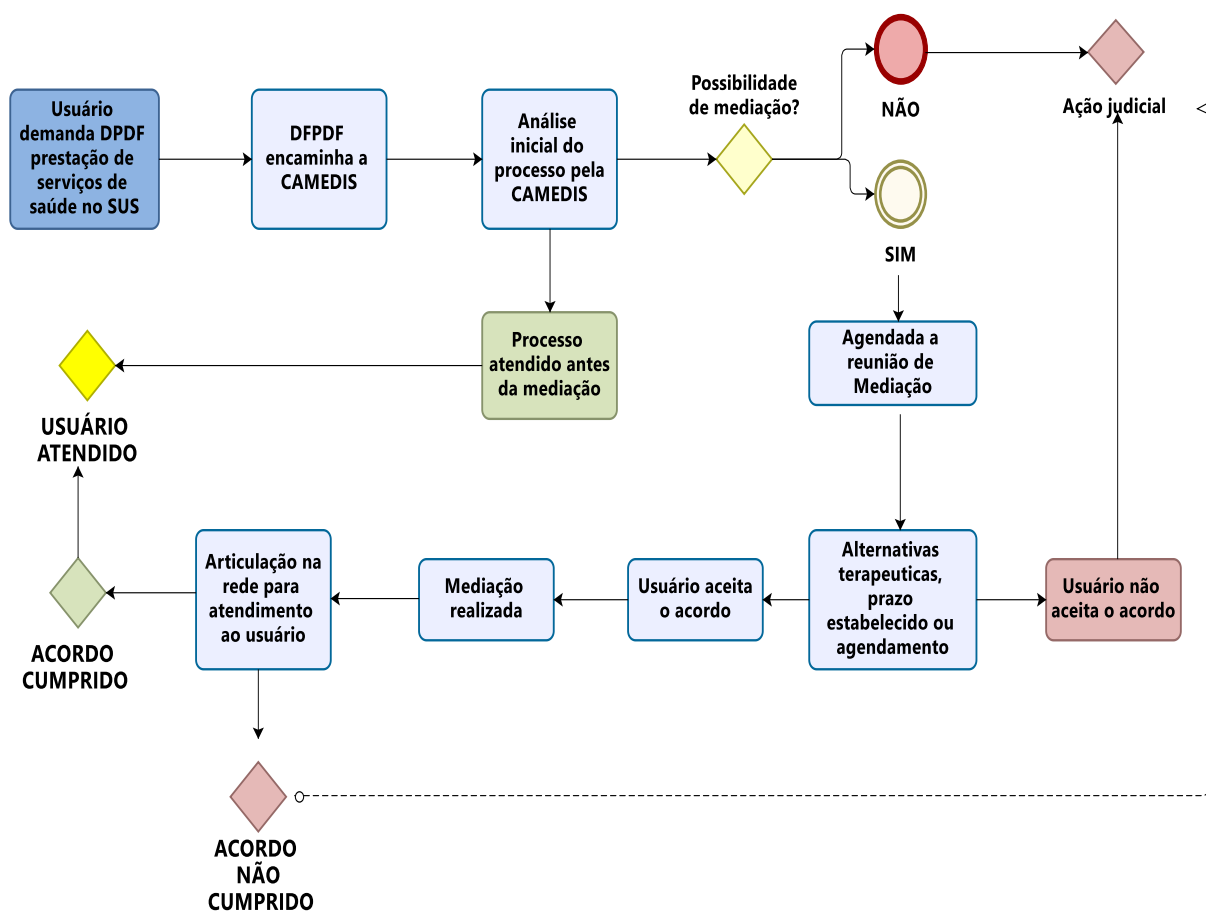
Ainda de acordo com a Portaria, à Secretaria de Saúde compete a coordenação da CAMEDIS, bem como o fornecimento do apoio administrativo e meios materiais necessários ao seu funcionamento; articular o atendimento da demanda; participar das sessões de conciliação por meio de seu integrante titular ou suplente.

Na prática, a Defensoria Pública do DF recebia as demandas dos usuários do SUS e as encaminhava à CAMEDIS, por meio de ofícios; participava das reuniões agendadas pela

CAMEDIS por meio de seu integrante titular ou suplente; e firmava os acordos resultantes das manifestações dos usuários aos quais representava.

Assim, no presente estudo adotar-se-á o conceito de intervenção proposto por Contandriopoulos (2011) o qual considera que uma intervenção é um sistema organizado de ação, constituído pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática.

Figura 1- Fluxo das atividades da Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde – CAMEDIS.



Fonte: Elaboração própria

O fluxo dos trabalhos da CAMEDIS foi descrito por Sant’Ana (2018) como um arranjo institucional que surgiu a partir dos diálogos estabelecidos no Comitê Executivo de Saúde, e destaca como um limitador a oferta apenas o que está previsto nas políticas públicas e a exclusão das urgências; pois o funcionamento da CAMEDIS se concentra, exclusivamente, nos serviços e produtos disponíveis no SUS. Assim, as demandas, eram encaminhadas pela DPDF, para apreciação pelo representante da SES/DF, da qual se esperava uma das seguintes respostas: “I) Atendimento integral à demanda pretendida, nos termos do pedido formulado em ofício da DPDF; II) Negativa de atendimento à demanda pretendida; ou III) Atendimento parcial à demanda pretendida, com formulação de proposta a ser apresentada em sessão de mediação” (SANT’ANA, 2018, p. 205).

Nas reuniões de mediação ocorria o diálogo direto entre o demandante, assistido pela Defensoria Pública, e gestores da Secretaria de Saúde. Nessas oportunidades, o atendimento às necessidades dos pacientes se dá com a tentativa de aliar as expectativas destes às contingências de atendimento por parte do SUS, sejam aquelas derivadas das políticas públicas estabelecidas, sejam aquelas decorrentes da eventual ausência de recursos materiais ou disponibilidade do serviço. Nas hipóteses de sucesso, o acordo entre as partes é expresso em instrumento próprio, denominado “Termo de Mediação” (SANT’ANA, 2017, p.358)

A experiência de intermediação entre usuários e gestão do SUS realizada por intermédio de um arranjo institucional constituído entre Defensoria e Secretaria de saúde é proposta que busca inovar em vários sentidos: i) reconhecer o protagonismo dos pacientes e os empoderar na definição de seu atendimento, pois se sentem valorizados ao serem ouvidos diretamente pelos servidores públicos e receberem as justificativas oficiais para os eventuais problemas de acesso; ii) redução do número de demandas judiciais relativas àqueles casos encaminhados, tendo em vista o alto grau de êxito das tentativas de mediação; iii) fortalecimento do diálogo e da cooperação institucional entre a Defensoria e a gestão do SUS locais; iv) tentativa de atendimento às demandas excepcionais por produtos não padronizados para uso no SUS, mas necessários para a condição peculiar do paciente (PAIM; MARQUETO; LOPES, 2015).

O estudo do Conselho Nacional de Justiça aponta as atribuições dos atores envolvidos na CAMEDIS conforme Portaria Conjunta nº. 1/2013, e de acordo com o Regulamento da

CAMEDIS. Assim, para o estudo compete à Defensoria Pública do DF: a) receber as demandas de pacientes do SUS e elaborar ofícios destinados à CAMEDIS, a serem apreciados por sua coordenação (realizada pela secretaria); b) participar das sessões de conciliação por meio de seu integrante titular ou suplente; c) elaborar os Termos de mediação resultantes das manifestações de pacientes e da secretaria durante as sessões de conciliação; e d) fazer o acompanhamento dos ofícios e descumprimento dos termos de mediação por parte da secretaria (BRASIL, 2015).

Já à Secretaria de Saúde, por sua vez, compete: a) elaborar e enviar respostas aos ofícios enviados à CAMEDIS, dentro do prazo estabelecido de 21 dias; b) elaborar pauta para as sessões de conciliação; c) fornecer suporte administrativo e material para realização das sessões; d) participar das sessões de conciliação por meio de seu integrante titular ou suplente; e e) cumprir os acordos nos prazos estabelecidos nos termos de mediação (BRASIL, 2015).

Neste ponto é importante reiterar que não houve a elaboração e publicação de regulamento interno como previsto no art. 7º da Portaria que instituiu à CAMEDIS. De tal sorte, que os fluxos descritos no estudo do CNJ foram informalmente construídos pelos atores envolvidos.

O estudo do CNJ também descreve que as demandas eram enviadas pela Defensoria por meio de ofício específico endereçado à CAMEDIS, com prazo de até 21 dias para resposta, com três possibilidades: a) atendimento integral à demanda pretendida, nos termos do pedido formulado no ofício da defensoria; b) negativa de atendimento à demanda pretendida; ou c) atendimento parcial à demanda pretendida, com formulação de proposta a ser apresentada em sessão de mediação (BRASIL, 2015).

Cumprir destacar que em 2018, foi estabelecido um Grupo de Trabalho, conforme Portaria nº 792, de 26 de julho de 2018 e Portaria nº 829 de 1º de agosto de 2018 para avaliar e definir as atribuições, competências e carga horária, bem como o perfil profissional dos servidores que irão atuar na CAMEDIS (DISTRITO FEDERAL, 2018).

Deste modo, os trabalhos da CAMEDIS foram suspensos, após a nomeação de Grupo de Trabalho Interinstitucional, até que fossem definidos, de maneira adequada, o local de funcionamento, a estrutura física, o número de servidores, a competência e o fluxo procedimental

2.1. MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO

2.1.1. A Judicialização da saúde no Brasil

A busca pela tutela jurídica do direito a saúde tem sua gênese na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) que é um marco na história dos direitos humanos. A Declaração foi proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris, em 10 de dezembro de 1948, por meio da Resolução 217 A (III) da Assembleia Geral como uma norma comum a ser alcançada por todos os povos e nações. Ela estabelece, pela primeira vez, a proteção universal dos direitos humanos (ONU, 2017)

Artigo 25º Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade. (ONU, 1948).

No Brasil, a expansão do conceito de saúde presente na lei constitucional foi influenciada diretamente pelas discussões ocorridas durante a 8º Conferência Nacional de Saúde, evento presidido pelo professor Sérgio Arouca que abrange conceito mais amplo de saúde, uma vez que resulta de garantia de: trabalho em condições dignas; alimentação; moradia digna e higiênica; educação e informação; qualidade satisfatória do meio ambiente; transporte seguro e acessível; esporte, lazer e segurança; participação da população nas mudanças, gestão e controle das ações em saúde; acesso universal e igualitário (8º Conferência Nacional de Saúde, MS, 1986).

A Constituição Federal de 1988 foi um marco na história da democracia brasileira, principalmente, no que diz respeito aos direitos sociais. A partir daí, no caso da saúde, contava-se com um marco legal que desenhava o organograma institucional do sistema de saúde brasileiro, com seus princípios e diretrizes, e que viria a ser construído a partir de então. Assim, sob a égide da reforma sanitária e a promulgação da constituição cidadã nascem os preceitos do Sistema Único de Saúde-SUS (COHN, 2009).

“A saúde é um direito de todos e um dever do Estado”. Com essas palavras a Constituição Federal de 1988 abre o art. 196 para expressar o compromisso do Estado em garantir a todos os usuários o direito à saúde.

Essa garantia, conforme a literalidade do artigo mencionado será efetivada mediante políticas sociais econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Consoante aos dispositivos, a Constituição não determinou que a saúde fosse concedida mediante intervenção do Poder Judiciário. Assim, A saúde, como um direito social, exige do Estado prestações positivas voltadas a sua efetivação (CASTRO, 2012; PINHEIRO, 2016).

Nesta perspectiva constitucional tornou-se rotineiro que usuários do sistema de saúde entendessem que seu direito constitucional a saúde estava sendo violado e a consequência desse descontentamento foi à busca de vias alternativas para garantia de acesso a saúde, com isso começaram a utilizar o processo judicial para exigir o fornecimento do tratamento. Ademais, o mesmo texto constitucional também garante que a lei não excluirá da apreciação do P. Judiciário, lesão ou ameaça a direito (MADURO, 2016).

Nesta linha, a tutela jurisdicional para o acesso ao direito à saúde passa a ser chamado de judicialização da saúde, é entendido como o envolvimento do Judiciário na esfera executiva, respondendo ao reclame de insumos, medicamentos, serviços de assistência, dentre outras demandas referentes à saúde (DINIZ, MACHADO, PENALVA, 2014).

Na década de 1990, os primeiros casos de ações judiciais contra o Estado referiam-se, basicamente, ao tratamento de HIV/AIDS, cuja política já existia desde 1985. Os usuários começaram a reivindicar na justiça a obrigação do Estado em fornecer o tratamento mais efetivo, baseado no estudo CONCORDE realizado na Europa em 1993. Este conjunto de reivindicações contribuiu para que estes medicamentos fossem incorporados ao SUS (OLIVEIRA; SANTOS; MELLO, 2001).

Neste prisma, poder-se-á vislumbrar que a judicialização da saúde, nos casos de HIV/AIDS, contribuiu com a efetividade das políticas públicas, a partir do acesso à justiça; conforme Ventura et al (2010), parece que este segmento conseguiu estabelecer uma relação positiva entre acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. O que resultou numa

jurisprudência favorável à responsabilização dos entes federativos no cumprimento imediato desta prestação estatal.

Destarte, para Barroso (2009) a judicialização da saúde proporcionou ao Poder Judiciário um papel de protagonismo na efetivação do direito à saúde, o que resulta em uma intervenção cada vez maior deste na Administração Pública a fim de se concretizar a promessa constitucional de prestação universalizada do serviço de saúde. Sabidamente, o Judiciário é inerte, contudo, tem sido chamado a decidir sobre as questões de saúde, mas a ele não é permitido simplesmente se abster de julgar, até mesmo por determinação constitucional (art. 5º, XXXV da Constituição Federal).

O insigne Ministro Barroso salienta que na busca pela efetivação do direito à saúde as normas constitucionais deixaram de ser vistas como meramente programáticas. Vejamos:

As normas constitucionais deixaram de ser percebidas como integrantes de um documento estritamente político, mera convocação à atuação do Legislativo e do Executivo, e passaram a desfrutar de aplicabilidade direta e imediata por juízes e tribunais. Nesse ambiente, os direitos constitucionais em geral, e os direitos sociais em particular, converteram-se em direitos subjetivos em sentido pleno, comportando tutela judicial específica. A intervenção do Poder Judiciário, mediante determinações à Administração Pública para que forneça gratuitamente medicamentos em uma variedade de hipóteses, procura realizar a promessa constitucional de prestação universalizada do serviço de saúde.

O sistema, no entanto, começa a apresentar sintomas graves de que pode morrer da cura, vítima do excesso de ambição, da falta de critérios e de voluntarismos diversos. Por um lado, proliferam decisões extravagantes ou emocionais, que condenam a Administração ao custeio de tratamentos irrazoáveis – seja porque inacessíveis, seja porque destituídos de essencialidade –, bem como de medicamentos experimentais ou de eficácia duvidosa, associados a terapias alternativas. Por outro lado, não há um critério firme para a aferição de qual entidade estatal – União, Estados e Municípios – deve ser responsabilizada pela entrega de cada tipo de medicamento. Diante disso, os processos terminam por acarretar superposição de esforços e de defesas, envolvendo diferentes entidades federativas e mobilizando grande quantidade de agentes públicos, aí incluídos procuradores e servidores administrativos. Desnecessário enfatizar que tudo isso representa gastos, imprevisibilidade e desfuncionalidade da prestação jurisdicional (BARROSO, 2009, p.3).

Neste contexto, os processos judiciais chegaram às instâncias superiores e, em 2009, o Supremo Tribunal Federal (STF) convocou audiência pública para ouvir especialistas no tema e colher subsídios para a definição de sua jurisprudência. Os casos emblemáticos a serem julgados naquela ocasião eram as Suspensões de Tutela Antecipada (STA) 175 e 178 (STF, 2009).

Essa audiência foi um marco na judicialização e chamou a atenção de diversos atores da sociedade para a questão. Como resultado o CNJ coordenou diversas ações para ampliar sua atuação e instituiu um grupo de trabalho cujos estudos resultaram na aprovação da Recomendação 31, de 30 de março de 2010, que estabeleceu diretrizes aos magistrados em relação às demandas judiciais que envolvem a assistência à saúde (BRASIL, 2015).

O crescimento no número de ações em todo país e a incapacidade de resposta em tempo oportuno demandou um posicionamento do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), na busca por estratégias a fim de uniformizar decisões e minimizar os impactos da judicialização à saúde na estrutura do judiciário. Os trabalhos culminaram na aprovação do Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde – Fórum da Saúde (Resolução CNJ nº 107, de 6 de abril de 2010). Outra medida foi à edição de recomendações a fim de subsidiar as decisões dos juízes referentes às demandas na área da saúde (BRASIL, 2015).

Nesse diapasão, na tentativa de regulamentar a assistência farmacêutica, em 28 de abril de 2011, o Congresso Nacional aprovou a Lei 12.401, que alterou a Lei nº 8.080/90, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. As principais inovações foram a inclusão de dispositivos que definiram o conceito de integralidade no âmbito do SUS e a inclusão da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC como instância obrigatória na incorporação de novas tecnologias, consolidando uma política de estado.

Outra medida foi a edição do Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa, e dá outras providências (BRASIL, 2011).

O Conselho Nacional de Justiça conclui que o enfrentamento à judicialização apresenta diversos desafios que incidem sobre a relação entre Estado, sociedade e instituições jurídicas no processo de efetivação do direito à saúde e de consolidação da saúde pública e suplementar. Cresce a cada dia a importância de se estabelecer uma política judiciária nacional e simultaneamente local para a saúde. E ainda, salienta a importância de se intensificar o espaço de diálogo institucional bem como enfatiza que a saúde deve ser vista como política de Estado, que

não se esgota na norma constitucional. Portanto, as políticas públicas devem ter continuidade, configurando-se como políticas de Estado, e não de governo (BRASIL, 2015).

Na busca por soluções para a problemática da judicialização da saúde o CNJ emitiu a Resolução nº 238 de 06/09/2016 determinou a criação dos e-natJus nos Estados e no Distrito Federal, com a finalidade de apresentar pareceres aos juízes nos processos sobre Direito à Saúde (BRASIL, 2016).

O CNJ, por iniciativa do Fórum Nacional do Poder Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde (Fórum da Saúde), em parceria com o Ministério da Saúde e a participação dos dois Hospitais de excelência, Hospital Sírio Libanês e Hospital Israelita Albert Einstein, criou o NAT-JUS Nacional. O e-NatJus é um cadastro nacional de pareceres, notas e informações técnicas viabilizadas por meio de convênio com os centros de excelência a ele vinculados que visa dar, aos magistrados, elementos para decidir com segurança, lastreados em evidência científica, sobre a concessão ou não, de fármaco, órtese, prótese ou qualquer outra tecnologia em saúde. A plataforma digital oferece base científica para as decisões dos magistrados de todo o País quando precisarem julgar demandas de saúde.

Para tanto, o Corregedor Nacional de Justiça, publicou o Provimento n.º 84, de 14 de agosto de 2019, que dispõe sobre o uso e o funcionamento do Sistema Nacional de Pareceres e Notas Técnicas (e-NatJus) (BRASIL, 2019).

A grande novidade do aludido ato normativo é a criação do sistema nacional de apoio aos magistrados. O principal objetivo ao que parece é atender aqueles Estados, Comarcas e Subseções que não estavam contemplados pelos NatJus. Deste modo, o magistrado pode dispor de um instrumento para qualificar suas decisões baseada em evidências técnicas científicas.

O Distrito Federal, assim como, demais estado, também criou seu NAT-Jus em 2018, órgão que funciona com médicos do próprio tribunal, a iniciativa visa melhorar o diálogo entre as áreas de saúde e direito, com escopo de aprimorar as decisões judiciais em termos técnicos (INSPER, 2019).

Hodiernamente, o Plenário do Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu por maioria de votos que, em regra, o Estado *é obrigado a fornecer medicamentos de alto custo solicitados judicialmente, mesmo quando não estiverem previstos na relação do Programa de Dispensação*

de Medicamentos em Caráter Excepcional, do Sistema Único de Saúde (SUS), no caso de comprovada a imprescindibilidade do medicamento e a ausência de alternativas terapêuticas disponíveis no SUS eficazes para o tratamento do reclamante hipossuficiente. O pronunciamento foi proferido no julgamento do RE 566.471/RN, apreciou o TEMA 6 de Repercussão Geral estabelecendo que “6 - Dever do Estado de fornecer medicamento de alto custo a portador de doença grave que não possui condições financeiras para comprá-lo”. O processo tramita desde 2007, mas o julgamento teve início de fato em 11 de março de 2020, com a análise do mérito.

Denota-se que o voto vencedor aponta parâmetros e requisitos a serem observados pelo Juiz em cada caso concreto: a incapacidade financeira de arcar com o custo; a demonstração de que a não incorporação do medicamento não resultou de decisão expressa dos órgãos competentes; a inexistência de substituto terapêutico incorporado pelo SUS; a comprovação de eficácia do medicamento (baseado em evidências científicas); e, por fim, que a demanda seja judicializada necessariamente contra a União, que é a entidade estatal competente para a incorporação de medicamentos ao SUS. De tal sorte que caberá ao juízo, sopesando as provas carreadas ao processo, decidir se o medicamento é adequado e necessário.

Na mesma linha a decisão da Corte Constitucional também fixou tese, em sede de repercussão geral, que versa sobre a impossibilidade de se obrigar o Estado ao fornecimento de medicamentos que não tenham registro aprovado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Assim, o Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais, salvo se comprovada a imprescindibilidade. Ademais, as ações que demandem o fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA deverão ser necessariamente propostas em face da União - Recurso Extraordinário (RE) nº 657.718 - Tema de Repercussão Geral 500 (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2019).

Nesse diapasão, impende registrar que a discussão de fatos exsurge do direito à saúde e do princípio da integralidade no SUS, principalmente em contraponto ao art. 19M da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluído pela Lei nº 12.401, de 2011.

Consabido que as decisões proferidas pelo Supremo Tribunal Federal sob o rito da Repercussão Geral ostentam objetivação quanto a tese jurídica, aplicando-se para além do caso

concreto analisado. Repercutem, pois, sobre as demais decisões judiciais e inclusive sobre os efeitos dos títulos judiciais previamente a ele formados.

Cumprido destacar, o novel posicionamento do Supremo Tribunal Federal, com a repercussão geral, estabelece algumas diretrizes que deverão ser observadas pelos magistrados e tribunais em nível nacional e dever-se-á ser objeto de estudos avaliativos acerca dos seus efeitos na judicialização da saúde.

Nas palavras do ilustre doutrinador Ingo Wolfgang Sarlet é possível constatar que tanto o STJ quanto os votos já proferidos nas repercussões gerais no STF partem do pressuposto de que em caráter excepcional é possível ao Poder Judiciário reconhecer um direito subjetivo originário a prestações vinculadas ao dever estatal de proteção e promoção da saúde. Nesse sentido, é possível afirmar que tais decisões assumiram um caráter de natureza estruturante, pois, demonstram certa preocupação no sentido de uma maior racionalidade e consistência em relação a judicialização da saúde (SARLET, 2018).

Deste modo, ainda, pende de decisão em outros aspectos do acesso a medicamentos e demais prestações vinculadas ao direito à saúde no âmbito do SUS. Daí a necessidade de promoção de diálogo interinstitucional entre o Poder Judiciário e os entes ou pessoas com expertise técnica na área da saúde, como as câmaras e dos núcleos de apoio técnico em saúde dos tribunais (SARLET, 2018).

De qualquer forma, é certo que não podemos afirmar que, a partir dos julgados supramencionados, o Estado passou a não ser mais obrigado a fornecer medicamento de forma genérica.

Independentemente da edição da súmula vinculante, os julgados do Supremo Tribunal Federal em sede de recursos extraordinários com o reconhecimento de repercussão geral produzem um efeito objetivo, se não formalmente *erga omnes* e vinculante, capaz de influenciar os pronunciamentos dos demais órgãos jurisdicionais e do próprio STF sobre a mesma matéria. Ainda que a legislação não se valha da expressão ‘efeito vinculante’, o precedente do Supremo Tribunal Federal que resolve a existência da repercussão geral de determinada questão de direito é de obrigatória observância pelos demais órgãos do Poder Judiciário que enfrentem a matéria.

Todavia, não se vislumbra nas teses apresentadas pelo STF carga de objetividade, clareza e precisão que usualmente observamos nas demais teses firmadas pela E. Corte. Ao que nos parece o STF estreitou, em certa medida, o acesso a esses medicamentos pela via judicial, e teceu parâmetros para a resolução de diferentes situações, diretrizes e requisitos a serem observados pelo Juízo e pelas Partes. De tal sorte que caberá ao juiz a análise do caso concreto.

2.1.2. A Judicialização da saúde no Distrito Federal

O Distrito Federal, por ser a capital do país, apresenta a atuação das instituições jurídicas e políticas que abarcam as competências de município e de estado. Isto faz que as responsabilidades na efetivação da saúde sejam ainda maiores e gera desafios que vão resultar na judicialização da saúde (INSPER; CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2019).

Como já dito, estudos demonstram a atuação da DPDF em cerca de 95% (noventa e cinco por cento) das ações judiciais. Outro ponto que diferencia o DF é o objeto majoritário de pedidos judiciais por internações em Unidades de Tratamento Intensivo – UTI (DINIZ, MACHADO, PENALVA, 2014); visto que a maioria, das produções científicas realizadas sobre o tema no país, aponta para a judicialização do acesso a medicamentos (OLIVEIRA et al, 2015).

Neste sentido é a pesquisa desenvolvida pelo Insuper sobre o perfil das demandas judiciais no DF, pois se verificou que a maioria são pleitos por internação em UTI, seguido por pedidos de medicamentos, sobretudo medicamentos não padronizados. De acordo com os dados da DPDF, entre 2012 e 2015, 34,5% dos pedidos judiciais demandavam vagas em UTI, seguidos pelos pedidos de medicamentos (21,2%) e de cirurgias (19,8%) (INSUPER, 2019).

Assim, com aumento no volume de ações judiciais, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal-SES/DF instituiu no final de 2010, o primeiro Grupo de Trabalho, por meio da Portaria nº 137- SES/DF de 8/9/2010, com objetivo de entender e estruturar o recebimento e cumprimento das decisões judiciais, esse grupo reuniu 414 (quatrocentos e quatorze) ações judiciais, no período de 01/09/2010 a 30/11/2010, recebidas na SES/DF.

Concernente à problemática do tema foi publicada a Portaria SES/DF nº 10 de 04 de

fevereiro de 2011, instituindo o Grupo de Trabalho da Judicialização – AJL/SES/DF, com objetivo de viabilizar o cumprimento das decisões judiciais na área da saúde que demandam por medicamentos, materiais médico-hospitalares e serviços. No mesmo ano em dezembro, já com cerca de 1.100 ações recebidas, foi publicado Decreto nº 33.3841/2011 com a criação do Núcleo de Judicialização ligado ao Gabinete do Secretário de Saúde.

O Núcleo buscou subsidiar os magistrados das Varas de Fazenda Pública com informações acerca das Políticas Públicas oferecidas pela SES/DF, prestadas por profissionais médicos e farmacêuticos da rede pública, em geral os especialistas coordenadores de área técnica, bem como disponibilizando aos magistrados os pareceres da CONITEC e estudos baseados em evidências científicas.

Também na tentativa de minimizar as demandas judiciais, o Núcleo de Judicialização da SES/DF realizou relatórios anuais a fim de identificar as áreas críticas no sistema e articular junto aos gestores melhorias na prestação de serviço ao usuário do SUS.

Nesse ínterim, impulsionado pela Resolução nº 107 do Conselho Nacional de Justiça, de 6 de abril de 2010, foi instituído o Comitê Executivo Distrital de Saúde do Distrito Federal, composto por representantes dos magistrados do TJDF (Varas de Fazenda Pública) e Justiça Federal, gestores da Secretaria de Estado de Saúde do DF, defensores públicos do DF e da União, membros do Ministério Público do DF, advogados indicados pela OAB/DF, do Conselho Regional de Medicina, membros da comunidade acadêmica como a FIOCRUZ.

Conforme sítio eletrônico do TJDF entre as importantes atribuições do Comitê destacam-se o monitoramento das ações judiciais que envolvam a prestação de assistência à saúde, coordenar e executar ações de naturezas específicas, consideradas relevantes no âmbito dos serviços de cuidados e atenção à saúde, e propiciar o amplo e aberto diálogo em prol da composição prévia para a solução das demandas individualizadas e coletivas, com o propósito de evitar a judicialização; bem como abrir canais de comunicação com o gestor público, operadoras de planos e demais atores para o compartilhamento de informações (TJDF, 2015).

Nesse sentido, o Comitê fomentou e organizou a criação de uma estrutura que buscasse promover a conciliação pré-processual de demandas acerca de insumos, produtos e serviços de saúde (BRASIL, 2015).

O Comitê tem a missão de coordenar e executar ações de naturezas específicas, consideradas relevantes no âmbito dos serviços de cuidados e atenção à saúde, e propiciar o amplo e aberto diálogo em prol da composição prévia para a solução das demandas individualizadas e coletivas, com o propósito de evitar sua judicialização. Além disso, é responsável por abrir canais de comunicação com o gestor público, operadoras de planos e demais atores para o compartilhamento de informações de interesse comum (TJDFT, 2013).

Consoante ao diálogo interinstitucional desenvolvido entre o Núcleo de Judicialização da SES/DF e a Defensoria Pública do Distrito Federal por meio de contatos telefônicos, e-mails e envio de ofícios solução a fim de se evitar a Judicialização, como predito por Oliveira (2013); e com o apoio do Comitê Distrital de Saúde, em 2013 foi criada a Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde – CAMEDIS.

Assim, a experiência de Brasília possui situações formais e informais de efetivação do direito à saúde. Mesmo com a CAMEDIS observa-se a existência de ações judiciais, apesar de a experiência desta Câmara apontar novas estratégias de efetivação da saúde baseadas no diálogo institucional e no consenso. Destarte, vislumbra-se uma tentativa de não usar o Judiciário e, ao mesmo tempo, um pressuposto de que ele ainda é necessário a depender da demanda (BRASIL, 2015).

Nesse sentido, a CAMEDIS se tornou uma estratégia importante para a Secretaria de Saúde e para a Defensoria, justamente por possibilitar maior diálogo institucional, entre as partes, a responsável pela política de saúde e a principal patrocinadora de demandas judiciais no tema. Portanto, por razões diversas, ambos buscaram evitar o modelo adversarial e, a partir da CAMEDIS, empreenderam-se esforços nesse sentido (BRASIL, 2015).

Considerando as estratégias formais e informais de efetivação da saúde em Brasília, alguns fatores se tornaram desafiantes para a continuidade e fortalecimento da experiência. Um dos principais desafios à efetivação do direito à saúde nesta experiência é a constante tensão entre os direitos individuais de cada paciente e os direitos coletivos. Em determinadas situações, atender às demandas específicas de cada usuário do SUS pode significar o desrespeito ao tratamento isonômico previsto no SUS. Exemplos disso são as inúmeras demandas por consultas, exames, cirurgias e internações em UTI, que são reguladas ou que dependem de “fila”. Nestas, o

tratamento diferenciado a um usuário do SUS que busca a CAMEDIS pode significar a preterição de outro usuário que não buscou auxílio de qualquer órgão do sistema de justiça. Tal situação acaba por gerar problemas de ordem prática para efetivar os acordos (BRASIL, 2015).

Deste modo, experiência da CAMEDIS é fruto do trabalho de articulação institucional realizado no Comitê, que possibilitou a criação de uma instância administrativa para resolução extrajudicial de conflitos em saúde por meio de instrumentos de gestão que visa à composição de acordos (conciliação e mediação) entre os cidadãos e os gestores do SUS (BRASIL, 2015).

O trabalho da CAMEDIS, coordenado pela Secretaria de Saúde, dar-se-ia de acordo com a demanda da Defensoria Pública do DF que apresentava o pleito do paciente, e por outro lado os representantes da SES/DF envidavam todos os esforços no sentido de viabilizar o medicamento ou tratamento demandado. Em caso de impossibilidade oferecer-se-ia uma alternativa terapêutica no âmbito do SUS. Nesta esteira, a Defensoria adotou o papel de mediadora e propõe um acordo ao usuário, cabendo a este aceitar a proposta e encerrar o caso ou buscar outras soluções, entre elas a abertura de uma ação judicial (INSPER, 2019).

O estudo realizado, em 2015, sobre a CAMEDIS relatou que o objetivo principal consistia em adequar a demanda do usuário as Políticas Públicas oferecidas pela rede; ou ainda, no caso de usuários oriundos da rede privada oferecer atendimento no âmbito do SUS. Deste modo, as atividades permitiam que a demanda fosse resolvida no âmbito da Administração Pública, com a ativa participação dos responsáveis por executar as referidas Políticas Públicas. Após um ano de atividades restou demonstrado que 85% dos casos apreciados pela CAMEDIS, resultaram em acordo extrajudicial, restando ao judiciário somente os casos excepcionais com índice inferior a 15% (PAIM; MARQUETO; LOPES, 2015).

O CNJ aduz que a CAMEDIS ganhou “vida própria” e independência em relação ao próprio Comitê, sendo coordenada pelo Núcleo de Judicialização da Secretaria de Saúde, em parceria com Defensoria Pública do Distrito Federal. Assim, a CAMEDIS concretizou-se como um espaço formal de diálogo entre estas instituições e, como estratégia extrajudicial de efetivação da saúde. Desta feita, a experiência de Brasília se concentrou em três grandes estratégias institucionais de efetivação do direito à saúde: criar um espaço de diálogo institucional a partir do Comitê Distrital, constituir uma estrutura de resolução consensual de conflitos em saúde; e

promover o empoderamento dos cidadãos a partir de soluções consensuais (BRASIL, 2015).

2.1.3. Métodos Alternativos de Resolução de Conflitos (MARC): mediação e as atividades da CAMEDIS

A judicialização da saúde abrange um conjunto de direitos fundamentais, como o direito à vida e à saúde, com dimensões individuais e coletivas. Na solução de conflitos que envolvem direitos fundamentais exige-se realizar uma complexa ponderação de valores, princípios e regras, que de forma proporcional e razoável dê efetividade aos direitos em jogo. A ponderação consiste no método necessário ao equacionamento das colisões entre princípios e normas, em que se busca alcançar um ponto ótimo, em que a restrição a cada um dos direitos fundamentais envolvidos seja a menor possível, na medida exata à salvaguarda do direito contraposto. Podemos divisar, no ordenamento, duas espécies de normas: as regras e os princípios. As restrições impostas aos direitos fundamentais em disputa devem ser arbitradas mediante o emprego do princípio da proporcionalidade, devendo o julgador buscar um ponto de equilíbrio entre os interesses em jogo, que atenda aos imperativos da adequação, da necessidade e da proporcionalidade em sentido estrito, subprincípios do princípio da proporcionalidade (SILVEIRA, 2013). Nas palavras de (BARROSO, 2009) não há solução juridicamente fácil, nem moralmente simples nessa questão.

Assim, os conflitos parecem estar presentes em todos os relacionamentos humanos e em todas as sociedades, é inerente à sociedade humana, bem como a busca por soluções factíveis, no campo teórico e da *práxis*. Sendo fenômeno constitutivo da natureza humana, o conflito é caracterizado em duas correntes de pensamento: como fenômeno patológico e como fenômeno sociativo (ANTONIO, 2016).

De acordo com Bobbio (1998), “o conflito é uma forma de interação entre indivíduos, grupos, organizações e coletividades que implica choques para o acesso e distribuição de recursos escassos” (p. 225). Esta proposição abrange diferenciações e divergências atinentes à maior parte dos problemas ligados ao conceito de Conflito e à sua utilização.

No âmbito do direito à saúde a maior tensão entre Estado e o cidadão está na assistência

terapêutica individual, visto que a regulamentação dos sistemas de saúde pelos poderes públicos, de alguma forma, limita a autonomia dos indivíduos e profissionais no processo terapêutico. Os critérios de inclusão e exclusão de terapêuticas, e de sujeitos de direitos no acesso às terapêuticas, estabelecidos pela Administração Pública, podem trazer consequências negativas, de maior ou menor gravidade, em especial, àqueles que não podem arcar com o custo de seus tratamentos (VENTURA, 2012).

Os vários tipos de práticas pacíficas para a resolução de conflitos, foram descritos por Barrett (2004), essas formas de solução de conflitos que existem podem ser nomeadas Métodos Alternativos de Resolução de Conflitos (MARC), incluindo negociação, arbitragem e mediação. Em inglês, a sigla ADR tornou-se célebre - “*Alternative Dispute Resolution*” e indica hoje qualquer procedimento que afasta a intervenção de um juiz para oferecer solução ao conflito.

O CNJ realizou relatório analítico propositivo acerca da Mediação e Conciliação avaliadas empiricamente no qual aponta que a classificação predominante é aquela que divide em métodos de autocomposição ou heterocomposição. Na heterocomposição, há um terceiro que decide o conflito com base nas informações que lhe são trazidas pelas partes, são elas a arbitragem e a decisão judicial. Já na autocomposição, as partes trabalham o conflito com ou sem auxílio de uma pessoa estranha à controvérsia e não há qualquer decisão, mas um acordo. Assim são exemplos de autocomposição a mediação e a conciliação (BRASIL, 2019).

Segundo Cappelletti (1988), a mediação ou outros mecanismos de interferência apaziguadora são os métodos mais apropriados para preservar o relacionamento das partes e propicia a participação destas nas decisões além de preservar as relações existentes. Para entender como se dá esse processo de resolução de conflito e construção de consenso, são apresentados elementos que permitem navegar nos prismas que envolvem a disputa, a mediação e o consenso possível.

A mediação do latim, *mediatione*, pode ser definida como procedimento consensual no qual uma terceira parte imparcial, que deve ser escolhida ou aceita pelas partes litigantes, intermedia, encoraja e utiliza técnicas para a resolução da divergência (PACHECO, 2018).

A técnica da mediação não é recente sendo utilizada em diversos contextos culturais na história mundial, como na cultura a judaica, a cristã, a islâmica, a hinduísta, a budista, dentre

outras (MOORE, 1998).

Principalmente nos Estados Unidos da América (EUA) o termo ADR, de *Alternative Dispute Resolution*, é normalmente usado para designar uma variedade de mecanismos de resolução de conflitos. Assim, a institucionalização de métodos extrajudiciais na resolução de conflitos é uma praxe comumente utilizada nos EUA, que teve o objetivo minimizar o custo e o tempo dos processos judiciais (RIBEIRO, 2018).

O Conselho Nacional de Justiça publicou em 2019, o Relatório Analítico Propositivo Justiça Pesquisa - Mediação e Conciliação Avaliadas Empiricamente, no qual em referência a Sampaio Júnior (2011) aduz que os meios alternativos de solução de conflitos primam pela ênfase na democracia participativa, responsabilizando os próprios envolvidos pela solução. Esses meios democráticos de solução de conflitos permeiam a atividade jurisdicional, com o propósito de que se transformem em prática constante e não em mera formalidade. E ainda, conforme (CINTRA; GRINOVER; DINAMARCO, 2013) a utilização de meios alternativos de solução de conflitos, como a conciliação e a mediação, valoriza a responsabilização dos envolvidos pela decisão, o que prestigia a democracia, igualdade de tratamento, solidariedade, prevenção de novos litígios, harmonização e, também, transformação social, pois quando as partes resolvem amigavelmente uma contenda acabam extraindo muitas lições que representam um avanço nos seus ideais, construindo, portanto, uma nova realidade (BRASIL, 2019).

O Conselho Nacional de Justiça já estimulava a tendência de Métodos Alternativos de Resolução de Conflitos (MARC), em especial com a Resolução CNJ n.º 125/2010, que dispôs sobre a Política Judiciária Nacional de tratamento adequado dos conflitos de interesses no âmbito do Poder Judiciário, atribuindo aos órgãos judiciários a implementação e disseminação da cultura de pacificação social, com vista à boa qualidade dos serviços. Esta medida trouxe avanços significativos na implementação de uma cultura de solução amigável dos conflitos, com iniciativas incipientes em diversos estados brasileiros (BRASIL, 2010).

Vale ressaltar que a Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde (CAMEDIS), instituída por meio de Portaria conjunta n.º 01, de 26 de fevereiro de 2013, entre a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) e a Defensoria Pública do Distrito Federal (DPDF), nasceu a luz da Resolução n.º 125 do CNJ e anterior a Lei n.º 13.105, de 16 de março de

2015 e previamente, a publicação do Novo Código de Processo Civil Brasileiro.

O Novo Código de Processo Civil (CPC), Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015, entrou em vigor em 2016, e estabelece no direito brasileiro o princípio da cooperação entre todos os sujeitos do processo, e estabelece que a mediação e outros métodos de solução consensual de conflitos deverão ser estimulados por juízes, advogados, defensores públicos e membros do Ministério Público, inclusive no curso do processo judicial (BRASIL, 2015).

Conforme o art. 165, § 3º do CPC o mediador atuará preferencialmente nos casos em que houver vínculo anterior entre as partes, auxiliará aos interessados a compreender as questões e os interesses em conflito, de modo que eles possam, pelo restabelecimento da comunicação, identificar, por si próprias soluções consensuais que gerem benefícios mútuos.

Com esteio na análise dos conceitos trazidos pela Lei podemos concluir que mediação e conciliação são métodos diferentes de resolução de conflitos. A mediação é definida como o mecanismo pelo qual um terceiro tenta que as partes discutam o conflito para que construa entre elas a solução da disputa, podendo se dar no âmbito judicial ou extrajudicial, como meio alternativo de solução de conflitos (ANTONIO, 2016).

Neste sentido na mediação o mediador não é parte do procedimento, e não pode apresentar propostas ou soluções à controvérsia, o papel do mediador se restringe ao auxílio da comunicação entre as partes, para que possam encontrar a solução adequada ao problema. Assim, os elementos básicos no processo de mediação consistem: na existência de partes em conflito, uma clara contraposição de interesses e, uma terceira pessoa neutra e capacitada a facilitar a busca pelo acordo (ANTONIO, 2016).

Já a conciliação é uma forma de resolução de conflitos administrada por um terceiro imparcial, com prerrogativa para sugerir e formular propostas e apontar vantagens e desvantagens para a tomada de decisão das partes, o conciliador pode sugerir soluções para o litígio. Desta feita, a principal diferença entre a conciliação e mediação está no fato de conciliador ter a prerrogativa de sugerir soluções para o litígio, ao passo que o mediador somente auxilia as partes a identificarem, por si mesmas alternativas de benefício mútuo para um acordo (ANTONIO, 2016).

O atual CPC dispõe acerca da possibilidade da conciliação e mediação serem realizadas

em câmaras administrativas, vinculadas à Administração Pública (art.167, 174 e 175, CPC). O profissional mediador ou conciliador podem ser funcionários públicos ou profissionais liberais (art. 167, CPC).

Nas palavras de Delduque e Castro a mediação, vem sendo utilizada no Brasil de maneira muito sutil, mas tem demonstrado ser um potente instrumento de solução para controvérsias de muitas ordens, inclusive, na resolução de conflitos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de mitigar os efeitos negativos do fenômeno da Judicialização da saúde. De tal sorte que as controvérsias sejam dirimidas em fóruns e instâncias extrajudiciais, sem perder de vista o Direito de Acesso à Justiça das partes, consagrado na Constituição de 1988, em seu art. 5º, inciso XXXV (DELDUQUE; CASTRO, 2015).

Os autores definem mediação como método pacífico de gestão de conflitos, com o objetivo de evitar a abertura de processos judiciais de caráter contencioso e pôr fim àqueles iniciados ou reduzir o seu alcance (DELDUQUE; CASTRO, 2015).

De acordo com Paumgartten (2015) as técnicas nomeadas MARC (métodos alternativos de resolução de conflitos) ou ADR (*alternative dispute resolution*) englobam os meios não judiciais para lidar com as disputas, sendo a mediação, a arbitragem e a conciliação as que mais atraem as atenções no Brasil. Destaca, ainda, o intento do legislador em incentivar a prática da mediação e da conciliação no âmbito da Administração Pública federal, estadual e municipal.

O foco do novo Código está direcionado à mediação e à conciliação realizadas dentro da estrutura do Poder Judiciário, todavia, expressa a possibilidade de utilização da mediação extrajudicial vinculada a órgãos institucionais para solução de conflitos prévia ou enquanto tramita a ação judicial (art. 175 do CPC).

Neste sentido, a luz do regramento jurídico pátrio, conceitos trazidos pelo Código de Processo Civil (CPC), Lei nº 13.105/2015 e na doutrina vislumbra-se que as atividades desenvolvidas pela CAMEDIS não podem ser caracterizadas como prática de mediação, nos termos da legislação vigente. Mas como instrumento de gestão e interlocução entre a Secretaria de Estado de Saúde do DF e a Defensoria Pública do DF com a missão institucional buscar solução às demandas por serviços e produtos de saúde.

Nesse ponto impende registrar que a CAMEDIS foi instituída anteriormente a

publicação do Código de Processo Civil e da Lei de mediação. De tal sorte que não se enquadra nos conceitos de mediação trazido nos normativos supramencionados, visto que não existe um terceiro imparcial. Em que pese às atividades da CAMEDIS não se enquadrarem no conceito de mediação descrito na legislação vigente, manter-se-á no presente estudo a denominação de mediação, conforme dispõe a Portaria Conjunta nº 01, de 26 de fevereiro de 2013 que instituiu a CAMEDIS.

2.1.4. Análise Normativa da Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde - CAMEDIS

A avaliação é uma atividade que emergiu durante a Segunda Guerra Mundial, com uma nova abordagem para estudos dos programas públicos, sendo incorporada em diversos campos do saber. Os economistas foram os pioneiros na avaliação das vantagens e os custos de programas públicos. De tal sorte que a avaliação contemporânea é o resultado de um processo contínuo de construção e reconstrução dos meios de produção do conhecimento sobre as intervenções. (BROUSSELLE; CHAMPAGNE; CONTANDRIOPOULOS; HARTZ, 2011).

No Brasil, as pesquisas sobre avaliação de políticas começaram a se desenvolver a partir da década de 80, reconstruindo uma cultura avaliativa no país, e sistematicamente estabelecendo afiliações às escolas, às abordagens e aos modelos já definidos e em formação no campo (SANTOS; CRUZ, 2014).

Deste modo a avaliação consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa), (BROUSSELLE; CHAMPAGNE; CONTANDRIOPOULOS; HARTZ, 2011).

A pesquisa avaliativa visa o julgamento de uma intervenção, mediante métodos científicos válidos, a adequação, conformidade, a lógica, a produtividade, os efeitos e a eficiência de uma intervenção, considerando o contexto onde esta se desenvolve com o objetivo de

subsidiar na tomada de decisões. A pesquisa avaliativa pode ser decomposta em seis tipos de análises, com métodos de pesquisa diversos (BROUSSELLE; CHAMPAGNE; CONTANDRIOPOULOS; HARTZ, 2011).

A avaliação em saúde tem crescido e se institucionalizando rapidamente em uma sociedade cada vez mais exigente, cujo sistema de saúde é complexo e com uma gama de problemas a serem solucionados. A avaliação constitui-se num mecanismo fundamental para responder às dúvidas e auxiliar na tomada de decisão dos responsáveis pelas ações, políticas e serviços de saúde (SOARES, 2015).

Neste ponto, vamos nos ater ao objeto deste estudo, a pesquisa avaliativa que visa analisar a intervenção *ex-post*, para tanto será utilizada a análise normativa, que visa apreciar se uma intervenção corresponde às expectativas pretendidas. Consiste, portanto, no julgamento da intervenção comparando a estrutura (recursos empregados), processo (serviços ou bens produzidos) e os resultados obtidos com os critérios e normas preestabelecidos (BROUSSELLE; CHAMPAGNE; CONTANDRIOPOULOS; HARTZ, 2011).

A análise normativa é intrínseca ao processo de gestão e controle, de tal modo que busca responder a três perguntas relativas aos resultados: “Os recursos são adequados para que se obtenha os resultados esperados? Os serviços são adequados para que se obtenham os resultados? Os resultados obtidos correspondem aos almejados?” (BROUSSELLE; CHAMPAGNE; CONTANDRIOPOULOS; HARTZ, 2011, pág. 78).

Assim, na avaliação normativa cinco critérios permitem responder a essas perguntas ligadas a estrutura, aos processos e aos resultados de uma intervenção, quais sejam: a fidelidade ou a conformidade àquilo que era previsto; a cobertura – ou a capacidade da intervenção de alcançar as clientelas focalizadas; a qualidade; os efeitos e os custos (BROUSSELLE; CHAMPAGNE; CONTANDRIOPOULOS; HARTZ, 2011, pág. 78).

Neste ponto, insta destacar que a apreciação da fidelidade ou conformidade, escopo do presente estudo, tem por objetivo comparar a maneira como se desenrola uma intervenção com aquilo que fora previsto durante sua concepção. Assim, far-se-á a análise da estrutura e os processos, a fim de determinar se os meios inicialmente previstos foram instalados e se as atividades se desenvolveram conforme o planejado (BROUSSELLE; CHAMPAGNE;

CONTANDRIOPOULOS; HARTZ, 2011).

Na avaliação normativa para se emitir um julgamento acerca da intervenção se faz necessário bases metodológicas com a utilização de critérios e normas que pode suceder antes da avaliação ou depois. Assim, saber onde procurar as normas é muito importante, pois se pode, em primeiro lugar, consultar textos oficiais (leis ou regulamentos); em segundo lugar consultar indivíduos especialistas com expertise no assunto; a terceira fonte para se obter normas é a observação prática; a quarta fonte é a literatura especializada com resultados de pesquisa ou de avaliações (BROUSSELLE; CHAMPAGNE; CONTANDRIOPOULOS; HARTZ, 2011).

A validade dos achados de uma análise normativa baseia-se nos critérios de validade dos instrumentos e da estratégia de medida, bem como o nexos causal dos vínculos entre a estrutura, os processos e os resultados (BROUSSELLE; CHAMPAGNE; CONTANDRIOPOULOS; HARTZ, 2011).

Ademais, o julgamento dar-se-á a partir do confronto entre o objeto da avaliação (intervenção) e um referencial que poderá ser os objetivos iniciais do projeto, as normas profissionais, o desempenho de um programa similar ou outros referenciais. Assim, os critérios, indicadores e parâmetros ou padrões são sempre definidos a partir das questões avaliativas elaboradas (SAMICO; FIGUEIRÓ; FRIAS, 2010).

Nesta linha, o presente estudo busca a análise normativa dos mecanismos alternativos para mitigar a judicialização da saúde no Distrito Federal, quanto à adequação, conformidade e harmonização entre as ações realizadas e os objetivos da intervenção, considerando o contexto da judicialização da saúde no DF.

Deste modo, o objetivo deste estudo é apreciar a conformidade da CAMEDIS, no período e de fevereiro de 2013 a julho de 2018, de acordo com o previsto em sua concepção, nos termos da Portaria Conjunta nº 01, de 26 de fevereiro de 2013, concernente as dimensões de estrutura, aos processos e aos resultados.

2.2. PERGUNTAS AVALIATIVAS

- Em que medida a CAMEDIS foi implementada em conformidade com o estabelecido nas diretrizes de sua criação?
- Os recursos foram adequados para a proposta da CAMEDIS?
- Os processos foram realizados segundo as normas preconizadas?
- A CAMEDIS alcançou os efeitos esperados?

2.3. JUSTIFICATIVA

A judicialização da saúde tem desafiado pesquisadores e gestores na área da saúde, este tem sido um tema central das pesquisas acadêmicas desde meados dos anos 2000, quando verificado o crescimento dos casos de judicialização Brasil afora e, conseqüentemente, de estudos científicos sobre o tema, que vêm aumentando ano a ano (OLIVEIRA et al., 2015).

O tema da Judicialização da saúde se tornou questão relevante para a gestão do SUS, todavia, as reflexões acerca desse fenômeno têm, contudo, se restringido aos considerados “excessos” da judicialização, bem como ao prejuízo que ela estaria causando à gestão do SUS e ao acesso das camadas pobres da população aos serviços de saúde. Ademais, em grande medida, a judicialização é uma reação dos cidadãos às falhas na implementação das políticas do SUS (SANT’ANA, 2018).

A Judicialização da saúde é um fenômeno de elevada complexidade, de acordo com o relatório do Conselho Nacional de Justiça, publicado em 2019, o número de demandas judiciais relativas à saúde aumentou 130% entre 2008 e 2017, enquanto o número total de processos judiciais cresceu 50%. Segundo o Ministério da Saúde, em sete anos houve um crescimento de aproximadamente 13 vezes nos seus gastos com demandas judiciais, atingindo R\$ 1,6 bilhão em 2016 (INSPER; CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2019).

No que se refere às atribuições do Poder Judiciário, diante de falhas na prestação do

serviço público de saúde, temos que a necessária colaboração de outros poderes decorre do reconhecimento das limitações técnicas, orçamentárias, médicas e de gestão, que, em geral, caracterizam as demandas que envolvem o direito à saúde, as quais buscam um provimento judicial sob os fundamentos constitucionais. Diante do excesso de provimentos jurisdicionais que impõem uma certa ingerência na gestão da saúde é fundamental que se aprofundem estudos de casos exitosos, em que sejam analisadas vias alternativas que inaugurem uma forma de superar essas distorções e se aprofunde a discussão acerca da possibilidade ou não de intervenção judicial nas demandas de saúde (MARIANO et al, 2018).

Destarte, o ambiente de interlocução entre a DPDF e a SES/DF por meio do Núcleo de Judicialização, com apoio do Comitê Distrital de Saúde viabilizou a criação da CAMEDIS, por meio de Portaria Conjunta n.º 01/2013 entre a Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) – SES/DF e a Defensoria Pública do Distrito Federal (DPDF), que tem como missão institucional buscar solução às demandas por serviços e produtos de saúde, com o intuito de evitar ações judiciais ou propor soluções para àquelas em trâmite.

Reitera-se que a CAMEDIS foi concebida anteriormente ao Novo Código de Processo Civil, Lei nº 13.105/2015, ainda sob a égide da Resolução CNJ n.º 125/2010. As inovações trazidas pelo novo código sinalizam para a utilização da mediação em diversas áreas do Direito, inclusive no direito sanitário, como um modelo alternativo de resolução de conflitos na área da saúde (ANTONIO, 2016, p. 12).

Nessa linha, Delduque e Castro salienta que quando o conflito a ser mediado é relativo ao tema saúde, se está diante do procedimento de mediação sanitária. Sob esta perspectiva que a mediação tem ganhado protagonismo como ferramenta alternativa na resolução de conflitos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (DELDUQUE; CASTRO, 2015).

Desta feita, o presente estudo vislumbra à CAMEDIS como alternativa à Judicialização da saúde no DF, ou seja, a solução extrajudicial para demandas por serviços e produtos de saúde, no âmbito da rede pública de saúde do DF. De tal sorte que a CAMEDIS tem o intuito de evitar ações judiciais ou propor soluções para àquelas em trâmite. Trata-se de uma alternativa ao modelo adversarial, comumente, observado na Judicialização da saúde.

A relevância do presente estudo consiste em compreender e demonstrar a conformidade

das atividades desenvolvidas pela CAMEDIS, bem como contribuir no redesenho da câmara no contexto do Distrito Federal, por meio da análise normativa das dimensões de estrutura, processo e resultado, uma vez que os trabalhos da Câmara, no momento, se encontram suspensos.

2.4. PRESSUPOSTO

O pressuposto contido neste estudo é caracterização da CAMEDIS como um instrumento de interlocução e gestão para resolução de conflitos em saúde na busca de alçar a efetivação do direito à saúde.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar a conformidade e adequação da CAMEDIS a partir das dimensões de estrutura, processo e resultado, conforme a Portaria Conjunta nº 01, de 26 de fevereiro de 2013.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características das demandas à CAMEDIS quanto aos usuários, tipo de atendimento e encaminhamento;
- Apreciar em que medida os recursos foram suficientes e os processos adequados às normas para a implementação da CAMEDIS;
- Analisar o alcance dos resultados esperados da CAMEDIS;
- Identificar as fortalezas e fragilidades das ações desenvolvidas pela CAMEDIS.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo avaliativo de caso único, *ex post*, a opção metodológica foi de método misto quanti-qualitativo que analisou dimensões de estrutura, processo e resultado, ampliando a análise com a abordagem qualitativa de modo a possibilitar a apreensão da realidade. A partir do conjunto de técnicas que constituem a análise documental e entrevistas semi-estruturadas e pela mensuração e análise das matrizes de análise de julgamento.


O escopo do estudo avaliativo é a análise normativa da CAMEDIS, no período compreendido entre fevereiro de 2013 a junho de 2018, que visa analisar se uma intervenção corresponde às expectativas, consiste no julgamento da intervenção comparando a estrutura (recursos empregados), processo (serviços ou bens produzidos) e os resultados obtidos à luz da Portaria Conjunta nº 1/2013.

Com a finalidade de responder às perguntas avaliativas do presente estudo, diferentes métodos, materiais e fontes de dados foram utilizados para possibilitar o conhecimento dos diferentes fatores contextuais da intervenção, os meios e as práticas realizadas na CAMEDIS, de forma a avaliar sua conformidade.

As técnicas de coleta compreenderam a revisão de literatura, análise documental e entrevista com roteiro semiestruturada. De modo que o desenho da avaliação se encontra na Quadro 1 a seguir apresentada.

Quadro 1 - Desenho da avaliação da Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde (CAMEDIS)

Normativa da intervenção Portaria Conjunta nº 1/2013	Modelo do estudo: Análise Normativa	Análise dos dados e julgamento	Recomendações	Disseminação
---	--	---------------------------------------	----------------------	---------------------



Apropriação do referencial teórico pelo avaliador	Escopo da análise	Análise das evidências	Elaboração de recomendações acerca da intervenção	Apresentação dos resultados do estudo aos gestores e demais atores envolvidos
Identificação da intervenção e caracterização do contexto	Identificação das dimensões da Análise Normativa	Elaboração de síntese avaliativa	Análise das dimensões de estrutura, processo e resultados da CAMEDIS	Envio da Dissertação ao gestores e à Defensoria Pública do DF
Identificação e caracterização dos stakeholders	Definição do modelo de avaliação e estratégias de pesquisa	Definição das dimensões, subdimensões e indicadores de análise	Pontos críticos barreiras e desafios encontrados	
Definição dos objetivos da avaliação	Fontes de informação: análise documental entrevistas e revisão bibliográfica		Possíveis contribuições do estudo para melhoria do serviço	
Estrutura do projeto avaliativo- Análise Normativa	Matriz de julgamento	Confronto dos dados obtidos com revisão bibliográfica	Análise de viabilidade da intervenção	
Criação do Modelo lógico da intervenção	Conformidade dos dados obtidos			

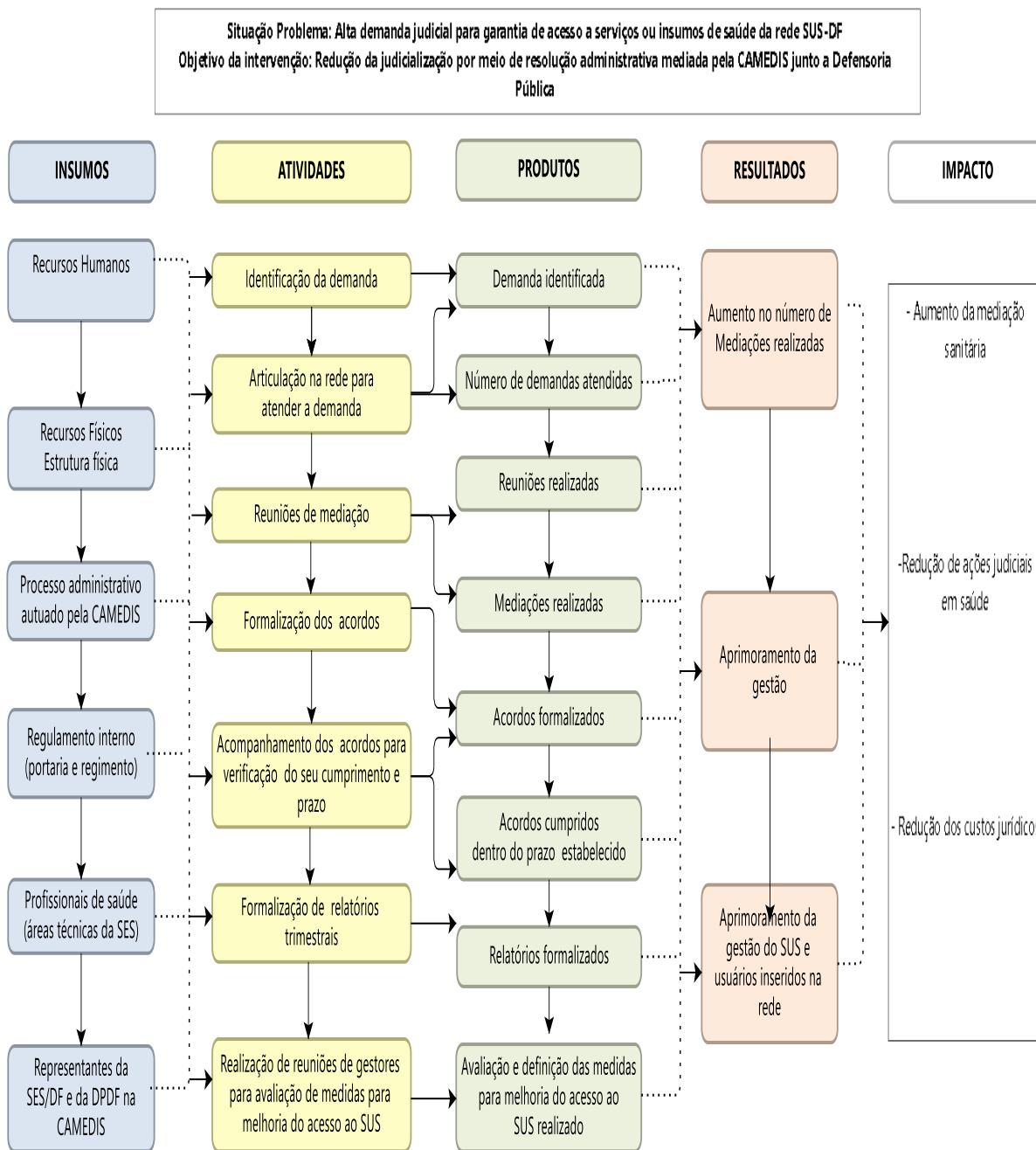
Fonte: Elaboração própria

Os dados encontrados neste estudo foram sistematizados visando responder às perguntas avaliativas da pesquisa. A elaboração do Modelo Lógico da CAMEDIS auxiliou nas discussões, análises e conclusões relacionadas às perguntas avaliativas acerca das dimensões de estrutura, dos processos e resultados obtidos pela CAMEDIS.

Assim, o modelo lógico permitiu a comparação entre o que foi preconizado na Portaria e as atividades realizadas pela CAMEDIS. Para tanto, foi necessário identificar e demonstrar os elementos do modelo da intervenção a serem analisados, cujos componentes estão assim discriminados (SOUSA, 2006, p. 44):

- INSUMOS: são os recursos materiais, humanos e estrutura física;
- ATIVIDADES: conjunto sistemático de ações necessárias à implementação da intervenção;
- PRODUTOS: são os efeitos esperados com a realização das atividades;
- RESULTADOS: efeitos relacionados à população alvo do estudo;
- EFEITOS: considera as mudanças de comportamento pretendidas pela intervenção na população em geral, mas a longo prazo, é o resultado acumulado de todas as ações desenvolvidas enfrentamento de uma determinada problemática.

Figura 2 - Modelo lógico da intervenção – CAMEDIS



Fonte: Elaboração própria

Assim, com a construção do modelo lógico pode-se fazer uma avaliação da estrutura, do processo da intervenção proposta, bem como apreciar alguns aspectos dos resultados, apesar deste tipo de avaliação não ser o foco deste estudo.

De fato, a avaliação normativa é a atividade que consiste em fazer o julgamento de uma intervenção comparando a estrutura (recursos empregados), processo (serviços ou bens produzidos) e os resultados obtidos com os critérios e normas preestabelecidas. Assim, foi elaborado o Modelo Teórico da Avaliação, com as dimensões e subdimensões definidas para nortear a análise normativa da CAMEDIS proposta neste estudo, adaptado de Sousa, 2006, p. 46.

Quadro 2 - Modelo Teórico da Avaliação

DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES
Estrutura	Insumos: <ul style="list-style-type: none"> - Infraestrutura – apoio administrativo - Recurso Humanos - Recursos Materiais - Normas internas – Elaboração e aprovação do regimento interno
Processo	Atividades: <ul style="list-style-type: none"> - Identificação das demandas - Análise da área técnica - Articulação na rede para atender a demanda - Reuniões de mediação - Formalização de acordos - Verificação do cumprimento dos acordos
Resultado	<ul style="list-style-type: none"> - Demanda atendida antes da mediação - Mediações realizadas - Acordos cumpridos - Influência da CAMEDIS na melhoria da gestão do SUS - Redução da Judicialização

Fonte: Adaptado de SOUSA, 2006.

O modelo teórico da avaliação compreende as matrizes de relevância e a de julgamento. A matriz de relevância aponta dos aspectos relativos à implementação da CAMEDIS na análise dos processos administrativos e entrevistas a fim de auxiliar na sistematização dos resultados.

Assim, após a escolha das dimensões e subdimensões da avaliação, foi construída a matriz de relevância, onde estão incluídos os indicadores e critérios que caracterizaram o grau de adequação das atividades da CAMEDIS (ALVES et al., 2010).

Na matriz de relevância foram destacados os componentes da CAMEDIS, nas dimensões estrutura, processo e resultados, necessários a sua implementação e divididos em subdimensões de acordo com sua essencialidade.

Quadro 3 – Matriz de Relevância

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	DIMENSÃO DA AVALIAÇÃO	ESCALA DE RELEVÂNCIA	FONTE DE VERIFICAÇÃO
Estrutura	Infraestrutura	Disponibilidade	RRR	Entrevistas
	Recursos Humanos	Disponibilidade	RRR	Entrevistas
	Recursos materiais	Disponibilidade	RR	Documentos
	Normas internas - (Portaria nº1/2013 e regimento interno)	Disponibilidade	RRR	Entrevistas
Processo	Fluxo de trabalho	Disponibilidade/Ad equação	RRR	Entrevistas
	Processos administrativos encaminhados para Análise da CAMEDIS	Disponibilidade/ Conformidade	RRR	Documentos (Processos)
	Articulação na rede para atendimento da demanda	Conformidade	RRR	Documentos (Processos)
	Análise da área técnica	Conformidade	RRR	Documentos (Processos)
	Reuniões de mediação	Conformidade	RRR	Documentos (Processos)
	Elaboração de relatório trimestral	Conformidade	RR	Entrevista
Resultados	Demandas solucionadas	Conformidade	RRR	Documentos (Processos)/
	Acordos cumpridos	Conformidade	RRR	Documentos (Processos)/Entrevista
	Influência da CAMEDIS na melhoria da gestão do SUS	Conformidade	RR	Documentos (Processos)/Entrevista
	Redução da Judicialização nos processos recebidos pela Camedis	Conformidade	RR	Documentos (Processos)/Entrevista

Legenda: R = pouco relevante; RR= relevante; RRR= muito relevante; RRRR= indispensável

Assim, a relevância foi escalonada da seguinte forma: indispensável (RRRR), muito relevante (RRR), relevante (RR) ou pouco relevante (R). Deste modo, as subdimensões foram utilizadas na avaliação e na pontuação para o julgamento (SOUZA, 2006).

Destarte, foi construída a matriz de análise e julgamento, incluídos os indicadores, critérios e pontuações que deverão caracterizar o grau de adequação das atividades da CAMEDIS. Assim, construídos indicadores com o objetivo de demonstrar o grau de adequação e estabelecida uma pontuação na escala de relevância de 4,0 a 12,0 pontos, cuja soma total, é o valor máximo de cada subdimensão. Foram definidos, os critérios para o julgamento, com as pontuações máximas e a mínima (0.0) para os itens inexistentes ou indisponíveis. Os indicadores avaliados de forma quantitativa, foi realizado a partir da análise amostral dos processos judiciais, por cálculo de proporção. A soma destes indicadores fornecerá a pontuação máxima da subdimensão.

Quadro 4 - Indicadores, Critérios e Pontuação Máxima (P.M.) e Pontuação Alcançada (P.A.) da Dimensão de Estrutura

Dimensão	Subdimensão	Indicadores	Pontuação do indicador	Critérios	P.M.	P.A.	
E S T R U T U R A	Infra-Estrutura	Existência do espaço físico próprio	12,0	Existente	12,0		
				Inexistente	0,0		
	Total da Subdimensão					12,0	
	Recursos Humanos	Existência de equipe mínima permanente da CAMEDIS	12,0	Existente	12,0		
				Inexistente	0,0		
	Total da Subdimensão					12,0	
	Recursos Materiais	Disponibilidade de material para impressão dos documentos	4,0	Disponível	4,0		
				Indisponível	0,0		
		Disponibilidade de computadores e softwares	4,0	Disponível	4,0		
				Indisponível	0,0		
	Total da Subdimensão					8,0	
	Normas internas e (Portaria e Regimento interno)	Existência de Portaria regulatória	6,0	Existente	6,0		
				Inexistente	0,0		
		Existência de regulamento interno	6,0	Existente	6,0		
				Inexistente	0,0		
Total da Subdimensão					12,0		
Total da dimensão de estrutura – 100%					44,0		

Quadro 5 - Indicadores, Critérios e Pontuação Máxima (P.M.) e Pontuação Alcançada (P.A.) da Dimensão de Processo

Dimensão	Subdimensão	Indicadores	Pontuação do indicador	Critérios	P.M.	P.A.	
P R O C E S S O	Fluxo de trabalho	Existência do Fluxo de Trabalho	6,0	Existente	6,0		
				Inexistente	0,0		
		Adequação do Fluxo de Trabalho	6,0	Em conformidade	6,0		
				Não conformidade	0,0		
	Total da Subdimensão					12,0	
	Processo administrativo encaminhados para Análise da CAMEDIS	Disponibilidade do processo administrativo para Análise da CAMEDIS	6,0	Disponível	6,0		
				Não disponível	0,0		
		Percentual do processo administrativo em conformidade	6,0	Em conformidade (> 90%)	6,0		
				Não conformidade	0,0		
	Total da Subdimensão					12,0	
	Articulação na rede para atendimento da demanda	Percentual de processos que comprovam a realização de articulação com a rede	12,0	Realizada (>90%)	12,0		
				Não realizada	0,0		
	Total da Subdimensão					12,0	
	Análise da área técnica	Percentual de análises realizadas pela área técnica	12,0	Em conformidade (> 90%)	12,0		
				Não conformidade	0,0		
	Total da Subdimensão					12,0	
	Reuniões de mediação	Percentual de reuniões de mediação realizadas	12,0	Em conformidade (> 90%)	12,0		
				Não conformidade	0,0		
	Total da Subdimensão					12,0	
	Elaboração do relatório trimestral	Percentual de relatórios elaborados	8,0	Em conformidade (> 90%)	8,0		
Não conformidade				0,0			
Total da Subdimensão					12,0		

Total da dimensão de processo – 100%					88,0	
---	--	--	--	--	------	--

Quadro 6 – Indicadores, Critérios e Pontuação Máxima (P.M.) e Pontuação Alcançada (P.A.) da Dimensão de Resultados

Dimensão	Subdimensão	Indicadores	Pontuação do indicador	Critérios	P.M.	P.A.	
R E S U L T A D O S	Demandas solucionadas	Percentual de demandas atendidas	12,0	Demandas solucionadas (antes da mediação ou durante reunião de mediação - >90% do total dos processos)	12,0		
				Não solucionadas	0,0		
	Total da Subdimensão					12,0	
	Acordos cumpridos	Percentual de acordos cumpridos	12,0	Cumprido	12,0		
				Não cumprido	0,0		
	Total da Subdimensão					12,0	
	Influência da CAMEDIS na melhoria da gestão do SUS	Percentual de reuniões com os gestores e percentual de relatórios trimestrais	8,0	Conformidade	8,0		
				Não conformidade	0,0		
	Total da Subdimensão					8,0	
	Redução da Judicialização nos processos recebidos pela Camedis	Percentual dos processos judicializados nos processos recebidos pela Camedis	8,0	Não judicializou (>90%)	8,0		
				Judicializou	0,0		
	Total da Subdimensão					8,0	
	Total da dimensão de resultados					40,0	
	PONTUAÇÃO TOTAL -100%					172,0	

Quadro 7- Grau de adequação e conformidade da CAMEDIS

Dimensão	Padrão	%	PM	PA	% CAMEDIS
Estrutura	Ótimo	90 a 100%	44		
	Aceitável	60 a 89%			
	Inadequado	40 a 59%			
	Crítico	0 a 39%			
Processo	Ótimo	90 a 100%	88		
	Aceitável	60 a 89%			
	Inadequado	40 a 59%			
	Crítico	0 a 39%			
Resultado	Ótimo	90 a 100%	40		
	Aceitável	60 a 89%			
	Inadequado	40 a 59%			
	Crítico	0 a 39%			
TOTAL			172		

Os pontos de corte, considerados para apresentar o grau de adequação das ações avaliadas, tiveram como base os níveis considerados por Hartz *et al.* (1997).

4.1. MÉTODOS PARA COLETA DE INFORMAÇÕES

Os procedimentos metodológicos serão explicitados a seguir:

Quadro 8 - Técnicas e fontes para coleta de informação

Procedimento utilizado	Informação desejada	Fontes
Revisão de Literatura	Contexto da CAMEDIS.	Base de dados Scientific Electronic Library online – Scielo, sítios jurídicos (TJDFT e CNJ), plataforma BVS – Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme-BVS) e Portal CAPES.
Análise documental	Análise das atividades da CAMEDIS, acordos firmados entre as partes e resultados obtidos.	Processos autuados na SES/DF pela CAMEDIS Portaria conjunta nº 01, de 26 de fevereiro de 2013
Entrevistas	Avaliar a conformidade da CAMEDIS identificando fortalezas e fragilidades desta instância interinstitucional; analisar a estrutura, os processos (interno e externo) à CAMEDIS e os resultados.	Relatos dos informantes-chave a partir do roteiro estruturado

Fonte: elaboração própria adaptado de SOARES, 2015.

4.1.1. **Revisão bibliográfica**

Na revisão da literatura acerca do tema foram levantadas publicações nacionais e internacionais em sítios jurídicos (TJDFT e CNJ), base de dados *Scientific Electronic Library* online – *Scielo*, plataforma BVS - Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme-BVS), portal CAPES, conforme os seguintes descritores “judicialização da saúde”, “mediação ou negociação”, conforme DeCS 2019 - versão 12 de junho de 2019; bem como publicações sobre a CAMEDIS nos anos de 2013 a 2021 para a apropriação do tema.

Os dados obtidos na revisão de literatura, na pesquisa documental nos arquivos da SES/DF e entrevistas realizadas com *stakeholders* foram analisados a fim de avaliar a conformidade da intervenção (CAMEDIS), sob os aspectos estrutura, processo e resultado.

4.1.2. **Pesquisa documental**

A análise de base documental ocorreu com vistas a identificar a conformidade e adequação da CAMEDIS, para tanto os dados que foram extraídos dos processos administrativos autuados, para este fim, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, no período de fevereiro de 2013 a junho de 2018.

O universo da pesquisa consiste em todos os processos administrativos, autuados no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde- SES/DF pela CAMEDIS, que demandam por produtos e serviços em saúde, no período de 2013 a 2018, no total de 1.680 (um mil, seiscentos e oitenta processos).

O acesso à base de dados foi solicitado à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, por meio de requerimento simples direcionada ao Chefe da Assessoria Jurídico Legislativa, a qual está ligada o Núcleo de Judicialização, que representava a Secretaria de Estado de Saúde na CAMEDIS, bem como ao Chefe do Arquivo Central, local de arquivamento dos referidos processos físicos.

A partir do universo de 1680 (um mil seiscentos e oitenta) processos administrativos autuados procedeu-se o cálculo da amostra aleatória simples, no qual todos os processos

contaram com a mesma probabilidade de serem sorteados, com nível de confiança igual a 95%, alcançando-se o número de 168 processos sorteados. Assim, foi sorteada a amostra de 10% (dez por cento), ou seja, 168 (cento e sessenta e oito) processos e amostra reserva de 12% em relação a amostra principal, no montante de 20 (vinte) processos. A seleção dos processos foi feita por meio de uma tabela de números randômicos, construída no programa Microsoft Office Excel 2010.

Vale ressaltar que os processos administrativos são regulamentados pela Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, no âmbito da Administração Pública Federal, recepcionada no Distrito Federal pela Lei nº 2.834 de 7 de dezembro de 2001.

Com o intuito de facilitar a análise dos dados foi elaborada uma máscara de entrada de dados, com uso do software Excel versão 2010 para realizar a análise dos dados referente ao número de requerimentos administrativos recebidos pela CAMEDIS, no período de janeiro de 2013 a junho de 2018. Os dados foram coletados e categorizados por meio de instrumento estruturado, com 55 questões referentes ao tema, buscando abarcar as 6 (seis) dimensões propostas para a sistematização e padronização das variáveis do estudo.

A leitura dos principais documentos e elementos processuais no trabalho de campo possibilitou análise preliminar e definição dos fluxos e categorização das variáveis de interesse às dimensões do estudo. Assim, os processos foram categorizados conforme as características processuais, do demandado, do pedido, articulação institucional para atendimento da demanda, mediação e articulação na rede para cumprimento da mediação, consoante as dimensões de concernente as dimensões de estrutura e processos. De tal sorte que foram identificados os elementos de análise referente aos insumos, atividades e produtos.

O instrumento de coleta foi construído e aperfeiçoado ao longo do trabalho de coleta de dados, realizados os ajustes necessários e estabelecidos os critérios para preenchimento do instrumento, com a formulação de questões fechadas. Assim, o instrumento foi testado no mês de março e abril de 2021. A ordenação e a sistematização dos dados não somente facilitaram a análise quantitativa, como também contribuíram na elaboração de um plano para a análise qualitativa do material. Ademais, a organização dos dados em planilha Excel também permitiu realizar leituras das respostas às questões na ordem cronológica dos acontecimentos. A coleta de

dados ocorreu no mês de maio de 2021, nos 168 (cento e sessenta e oito) na amostra aleatória de processos no período de fevereiro de 2013 a junho de 2018.

4.1.3. Das Entrevistas

As entrevistas foram realizadas, por plataforma digital, com informantes-chave – *stakeholders* - pessoas que a partir de sua experiência e posição que ocuparam na gestão em determinado momento, podem prover informações sobre o tema, e contribuir para a análise pretendida.

Quanto ao critério de seleção dos entrevistados, identificados os stakeholders, foram incluídos todos os representantes da SES/DF e da DPDF na CAMEDIS, sendo consultados 2 representantes da Defensoria Pública e 4 gestores representantes da SES/DF que atuaram no período de estudo. Todavia, somente 03 dos convidados se dispuseram a conceder a entrevista. Assim, foram entrevistados 02 (dois) representantes da SES/DF que atuaram em períodos diversos, nos anos de 2015 a 2018. Foi realizada entrevista com 1 (um) representante da Defensoria Pública do Distrito Federal que atuou entre os anos de 2013 a 2015.

Em que pese um dos representantes da SES/DF que participou do início da CAMEDIS ter aceitado participar do estudo, não foi possível a realização da entrevista, visto a impossibilidade de agendamento no período de realização das entrevistas.

Cumprido destacar que a proposta seria de entrevistar dois integrantes da Defensoria, entretanto, um dos Defensores Públicos que atuaram na CAMEDIS no período de estudo declarou não ter interesse em participar da pesquisa. Outros Defensores Público foram excluídos por não terem participado das atividades da CAMEDIS.

Considerando que as entrevistas foram realizadas em plataforma digital, a obtenção do aceite do participante foi realizada por gravação de áudio e vídeo, sem prejuízo do e-mail com termo de consentimento e livre esclarecimento, enviado ao participante, com texto informativo sobre a pesquisa com todas as informações necessárias ao completo esclarecimento para a decisão quanto à participação ou não na pesquisa proposta.

A análise das entrevistas ocorreu após a transcrição e ordenamento do material em um quadro de perguntas e respostas por ator entrevistado e elaborada categorias temáticas, agrupando

as respostas de acordo com sua semelhança a fim de formar categorias temáticas de análise (BARDIN, 2011). Deste modo, foram abordadas as três fases de análise de conteúdo, conforme proposto por Bardin (2011): pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados.

O material foi transcrito e, posteriormente, ordenado e agrupado em um quadro de por categoria temática por perguntas e respostas por ator entrevistado. As perguntas do roteiro elaborado foram agrupadas por dimensão, subdimensão e categoria.

Quadro 9 - Matriz de informação

Dimensão/indicador	Fonte	Técnica de coleta	Instrumento
ESTRUTURA			
Estrutura/ Existência do espaço físico próprio	Entrevistas com profissionais da CAMEDIS	Entrevista	Roteiro semi-estruturado
Estrutura/ Existência de equipe mínima permanente da CAMEDIS	Entrevistas com profissionais da CAMEDIS	Entrevista	Roteiro semi-estruturado
Estrutura/ Disponibilidade de material para impressão dos documentos	Entrevistas com profissionais da CAMEDIS	Entrevista	Roteiro semi-estruturado
Estrutura Disponibilidade de computadores e softwares	Entrevistas com profissionais da CAMEDIS	Entrevista	Roteiro semi-estruturado
Estrutura/ Existência de Portaria regulatória	Documental	Portaria conjunta nº 01, de 26 de fevereiro de 2013	Análise documental
Estrutura/ Existência de regulamento interno	Entrevistas com profissionais da CAMEDIS	Entrevista	Roteiro semi-estruturado
PROCESSO			
Processo/ Existência do Fluxo de Trabalho	Entrevistas com profissionais da CAMEDIS / Processos administrativos	Entrevista / Análise dos processos administrativos	Roteiro semi-estruturado / categorização dos dados

Processo/ Adequação do Fluxo de Trabalho	Entrevistas com profissionais da CAMEDIS / Processos administrativos	Entrevista / Análise dos processos administrativos	Roteiro semi-estruturado / categorização dos dados
Processo/ Disponibilidade do processo administrativo para Análise da CAMEDIS	Processos administrativos	Análise dos processos administrativos	Categorização dos dados
Processo/ Percentual do processo administrativo em conformidade	Processos administrativos	Análise dos processos administrativos	Categorização dos dados
Processo/ Percentual de processos que comprovam a realização de articulação com a rede	Processos administrativos	Análise dos processos administrativos	Categorização dos dados
Processo/ Percentual de análises realizadas pela área técnica	Processos administrativos	Análise dos processos administrativos	Categorização dos dados
Processo/ Percentual de reuniões de mediação realizadas	Entrevistas com profissionais da CAMEDIS/Processos administrativos	Entrevista / Análise dos processos administrativos	Roteiro semi-estruturado / categorização dos dados
Processo/ Percentual de relatórios elaborados	Entrevistas com profissionais da CAMEDIS	Entrevista	Roteiro semi-estruturado
RESULTADOS			
Resultados/ Percentual de demandas atendidas	Processos administrativos	Análise dos processos administrativos	Categorização dos dados
Resultados/ Percentual de acordos cumpridos	Entrevistas com profissionais da CAMEDIS / Processos administrativos	Entrevista / Análise dos processos administrativos	Roteiro semi-estruturado / categorização dos dados
Resultados/ Percentual de reuniões com os gestores e percentual de relatórios trimestrais	Entrevistas com profissionais da CAMEDIS/ Processos administrativos	Entrevista/ Análise dos processos administrativos	Roteiro semi-estruturado / categorização dos dados
Resultados/ Percentual dos processos judicializados nos processos recebidos pela Camedis	Entrevistas com profissionais da CAMEDIS/ Processos administrativos	Entrevista/ Análise dos processos administrativos	Roteiro semi-estruturado/ categorização dos dados

5. ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da ENSP/Fiocruz e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal-CEP/FEPECS, registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde (Conep/CNS) sob o CAAE: 36086820.4.3001.5553. Deste modo, atende ao disposto na Resolução 466/12, artigo XIII. 3, e a Resolução nº 510 de 7/4/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi conduzido de forma ética e legal.

6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O projeto inicial foi desenhado para realizar a análise estratégica visando avaliar a pertinência da (CAMEDIS) que tem como missão institucional, buscar soluções às demandas por serviços e produtos de saúde, com o intuito de evitar ações judiciais ou propor soluções para àquelas em trâmite. Todavia, no decorrer do trabalho de campo foi evidenciada a ausência de documentos essenciais à realização da análise estratégica, tais como: atas de reuniões entre os atores envolvidos na criação da CAMEDIS, ausência de relatórios trimestrais, regulamento interno, dentre outros.

Deste modo, optou-se por alterar o estudo da CAMEDIS para análise normativa com o escopo de apreciar se intervenção correspondeu às expectativas. Portanto, realizou-se o julgamento da intervenção comparando a estrutura (recursos empregados), processo (serviços ou bens produzidos) e os resultados obtidos à luz da Portaria Conjunta nº 01 de 26 de fevereiro de 2013 que instituiu (CAMEDIS).

Registra-se, por oportuno a morosidade na tramitação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - CEP-FEPECS da SES/DF, no qual foram solicitadas alterações em documentos que já haviam sido aprovados no CEP da ENSP/FIOCRUZ, o que resultou em atraso.

No trabalho de campo, diversos obstáculos foram encontrados, primeiramente trata-se de uma amostragem aleatória de 10% dos processos administrativos autuados pela CAMEDIS. No acesso da amostra selecionada ocorreram diversas dificuldades, em que pese à autorização, prontamente, concedida pelo Chefe da Assessoria Jurídica para acessos aos processos. Todavia, por tratar-se de processos físicos, estes estavam no arquivo central que colocou diversas barreiras para disponibilização destes, como exemplo, foi solicitado autorização específica assinada pelo chefe da AJL para acesso a cada processo. Assim, foram necessárias diversas diligências, de tal modo que a pesquisa sofreu um atraso de cerca de quatro meses.

Nas entrevistas, também, houve dificuldade para o agendamento, dos nove atores envolvidos no período, três não foi possível o contato, apesar de diversas diligências. Seis foram convidados, dois negaram, veementemente, a conceder a entrevista. Um ator cancelou e reagendou a entrevista por diversas vezes, assim em virtude do tempo limitado do estudo, não foi

possível a realização. Assim, foram realizadas três entrevistas, em plataforma virtual, gravadas em áudio e vídeo, com posterior transcrição para realização da análise de conteúdo.

7. RESULTADOS E DISCUSSÕES

O trabalho de campo foi realizado entre os meses de janeiro a outubro de 2021, com a utilização da matriz de informação na análise documental dos processos administrativos, descrita no apêndice 7.2, bem como a utilização das matrizes de julgamento na análise das entrevistas. Os dados foram analisados no intuito de responder as perguntas avaliativas, quais sejam: Em que medida a CAMEDIS foi implementada em conformidade com o estabelecido nas diretrizes de sua criação? Os recursos foram adequados para a proposta da CAMEDIS? Os processos foram realizados segundo as normas preconizadas? A CAMEDIS alcançou os efeitos esperados?

Neste ponto, consigna-se que a Portaria Conjunta nº 01 de 26 de fevereiro de 2013 que instituiu a Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde (CAMEDIS), em seu art. 2º estabelece como missão institucional da CAMEDIS buscar solução às demandas por serviços e produtos de saúde, com intuito de evitar ações judiciais ou propor soluções àquelas em trâmite.

Rememora-se que o art. 3º, I e II da Portaria Conjunta nº 01 de 26 de fevereiro de 2013 prevê que a CAMEDIS será composta por 01 (um) representante titular e 01 (um) representante suplente de cada um dos órgãos envolvidos, qual seja: Secretaria de Estado de Saúde e Defensoria Pública do Distrito Federal.

O § 2º da referida Portaria estabelece que a CAMEDIS se reunirá conforme cronograma a ser aprovado em reunião específica para este fim. Por seu turno, a atividade de mediação da CAMEDIS em demandas por serviços ou produtos de saúde a serem fornecido pelo SUS no Distrito Federal foi prevista no art. 4º, I e II da Portaria Conjunta nº 01 de 26 de fevereiro de 2013. Portanto, reitera-se que o termo “mediação” será mantido no decorrer do presente estudo.

Ademais, o art. 5º, parágrafo único dispõe que suas deliberações serão encaminhadas à unidade de saúde responsável pelo atendimento da solução mediada e poderá fixar prazo para cumprimento de suas decisões.

7.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PROCESSOS AUTUADOS NA CAMEDIS

A análise documental dos processos administrativos autuados pela CAMEDIS foi realizada por amostragem, sendo analisados 168 (cento e sessenta e oito) no universo de 1.680 (um mil, seiscentos e oitenta) processos autuados, no período de fevereiro de 2013 a julho de 2018. Os processos foram analisados a fim de responder as variáveis de interesse, conforme descrito no apêndice 9.3. - Matriz de informação utilizada na análise documental dos processos administrativos.

Concernente a característica processual pode-se vislumbrar que 99% dos processos analisados eram oriundos da Defensoria Pública, nada mais óbvio, visto que a Portaria Conjunta nº 01 de 26 de fevereiro de 2013, institui a CAMEDIS composta por representantes da Secretaria de Estado de Saúde – SES/DF e a Defensoria Pública do Distrito Federal.

Importante, neste ponto, destacar o fluxo de tramitação das demandas encaminhadas à CAMEDIS, pode-se observar que a Defensoria Pública realizava uma triagem das demandas dos usuários que a procuravam, excluindo casos considerados urgentes, por exemplo, pedidos de internação em leitos de terapia intensiva. Assim, tinha-se como critério, ainda que subjetivo, àqueles pedidos aos quais acreditava-se que poderia haver possibilidade de acordo para resolução do conflito de forma extrajudicial. Observando estes critérios a Defensoria Pública do DF encaminhava à Secretaria de Saúde, por meio de ofícios direcionados à CAMEDIS.

Por sua vez, na SES/DF tais ofícios eram recebidos no Núcleo de Judicialização- NJUD, e um servidor responsável pela CAMEDIS analisava se estavam presentes os documentos essenciais à instrução processual (relatório médico, prescrição, identificação do usuário) e solicitava a autuação do processo administrativo, à época processo físico, identificado com o carimbo CAMEDIS. Os processos autuados eram encaminhados às áreas técnicas responsáveis (coordenador de especialidade, hospitais demandados, Central de Regulação Ambulatorial, dentre outros), de acordo o caso concreto para análise do pedido do usuário.

Nessa toada, de acordo com a resposta emitida pela área técnica instada, que poderia especificar as razões da negativa do pedido, apresentar uma alternativa terapêutica, solicitar prazo para realização, apontar pendências a serem sanadas no pedido, proceder ao agendamento do que estava sendo solicitado ou responder que o pedido já havia sido atendido/realizado. Assim,

demonstra-se no Quadro 10 a análise da amostra aleatória de 168 (10%) dos processos da CAMEDIS, anos 2013-2018, referente ao atendimento da demanda do usuário.

Quadro 10 - Análise da amostra aleatória de 168 (10%) dos processos da CAMEDIS, anos 2013-2018, referente ao atendimento da demanda do usuário.	
Demandas atendidas antes da reunião de mediação	45
Demandas agendadas antes da mediação	54
Reuniões de mediação agendadas	42
Sem informação	27
TOTAL	168

Para esta subdimensão foram considerados as demandas cumpridas antes da realização da reunião de mediação, 45 e os acordos cumpridos após a reunião de mediação (22), correspondendo a 40% (67) dos processos analisados.

Assim, apresentadas pela área técnica as razões da negativa do pedido, ou uma alternativa terapêutica, ou especificação de prazo para realização do pedido, o servidor responsável pela CAMEDIS, dentro da SES/DF, avaliava a possibilidade de proceder um acordo entre as partes, em caso positivo, o usuário era convidado a participar da reunião de “mediação”.

Na malha da mediação observa-se que dos 168 processos analisados houve a tentativa de mediação em 54 casos, sendo agendadas 42 mediações, 02 usuários não compareceram, dos quais não consta informação sobre o motivo do não comparecimento ou nova tentativa de contato e 02 não aceitaram os acordos.

Em que pese o número reduzido de reuniões de mediação, pode-se observar que durante a tramitação do processo da CAMEDIS no âmbito da SES/DF um percentual considerável da amostra demonstra a resolução do caso antes mesmo da reunião, fato que pode ser explicado pela triagem prévia acerca da possibilidade de acordo, na qual se excluía processos de maior

complexidade, como medicamentos não padronizados sem alternativa terapêutica, leitos de UTI, procedimentos indisponíveis na rede ou que necessitassem de processo de aquisição específica.

Nas reuniões de mediação participavam o Defensor Público, representantes da SES, por vezes, eram convidados coordenadores de especialidades, ou seja, servidores responsáveis pela área a qual se referia o pedido do usuário. Na reunião era apresentada a situação fática do caso concreto e oferecido ao usuário uma alternativa terapêutica, ou se estabelecia prazo para realização do que estava sendo demandado (exame, consulta, cirurgia, dentre outros), o usuário poderia ou não aceitar o acordo proposto. Nos casos em que o usuário aceitava o acordo, era elaborado um “termo de mediação” e assinado pelo Defensor Público, representante da SES/DF e pelo usuário.

Quadro 11 – Informações em relação a Reuniões de mediação evidenciadas nos processos analisados da CAMEDIS anos 2013 - 2018 (amostra aleatória de 168 processos)

Termos de acordos assinados	38
Os usuários não aceitaram o acordo proposto	02
Os usuários não compareceram	02
Total de reuniões de mediações	42

Na articulação para cumprimento da mediação pode-se constatar que em 31 dos 38 acordos firmados houve articulação na rede a fim de envidar esforços para o cumprimento do acordado com o usuário. De tal sorte que do total de 38 termos de mediação realizados 22 foram cumpridas, 5 dos acordos não foram cumpridos, sem apresentar a motivação e 11 não constam a informação acerca do cumprimento ou não do acordo.

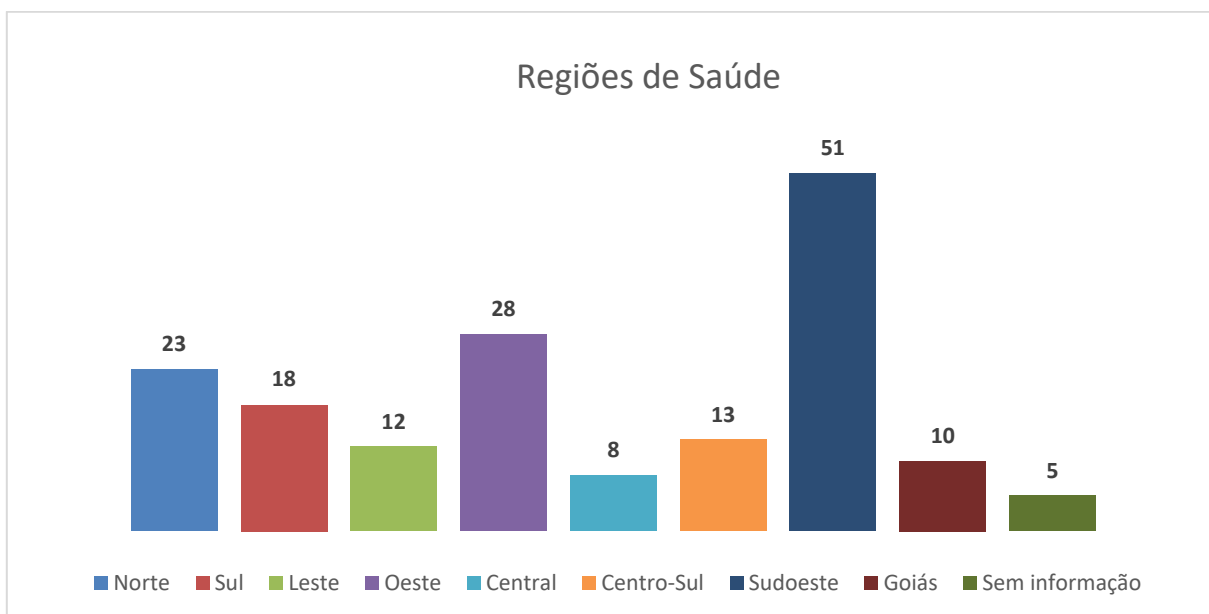
Quadro 12 - Acompanhamento após acordo assinado nos processos analisados da CAMEDIS anos 2013 - 2018 (amostra aleatória de 168 processos)	
Acordos cumpridos	22
Acordos não cumpridos	05
Sem informação	11
Total de acordos assinados	38

Deste modo, pode-se inferir certa fragilidade para cumprimento dos acordos firmados pela CAMEDIS pelas áreas responsáveis, bem como no acompanhamento do desfecho processual. Importante destacar que 28 dos casos analisados foram judicializados, muito embora não constem nos autos informações sobre quais os motivos que levaram a judicialização da demanda.

Em análise comparativa destaca-se o estudo específico realizado, sobre a CAMEDIS no qual relatou após um ano de atividades foi demonstrado que 85% dos casos apreciados resultaram em acordo extrajudicial, além proporcionar mais eficiência no atendimento e contribuir para a redução das demandas judiciais. Afirma, que as mediações concretizadas pela CAMEDIS formam significativas, visto que correspondem a uma redução de 20% das ações judiciais (PAIM; MARQUETO; LOPES, 2015).

No que tange as características do demandante 99% (166) dos processos se tratam de demandas individuais, somente dois processos pleiteavam pedidos de mais de um usuário. Já quanto ao local de residência foi evidenciado que 93% (156) dos demandantes eram residentes no Distrito Federal, enquanto 6% (10) informaram morar em Goiás e entorno e 1% (2) dos processos não continha esta informação. Já a Região de Saúde que originou a demanda a Sudoeste apresentou 30% (51), seguida pela Região Oeste com 16% (28) e Região Norte com 14% (23), Região Sul com 11% (18).

Gráfico 1 - Distribuição do local de residência dos demandantes por Região de Saúde (2013-2018).



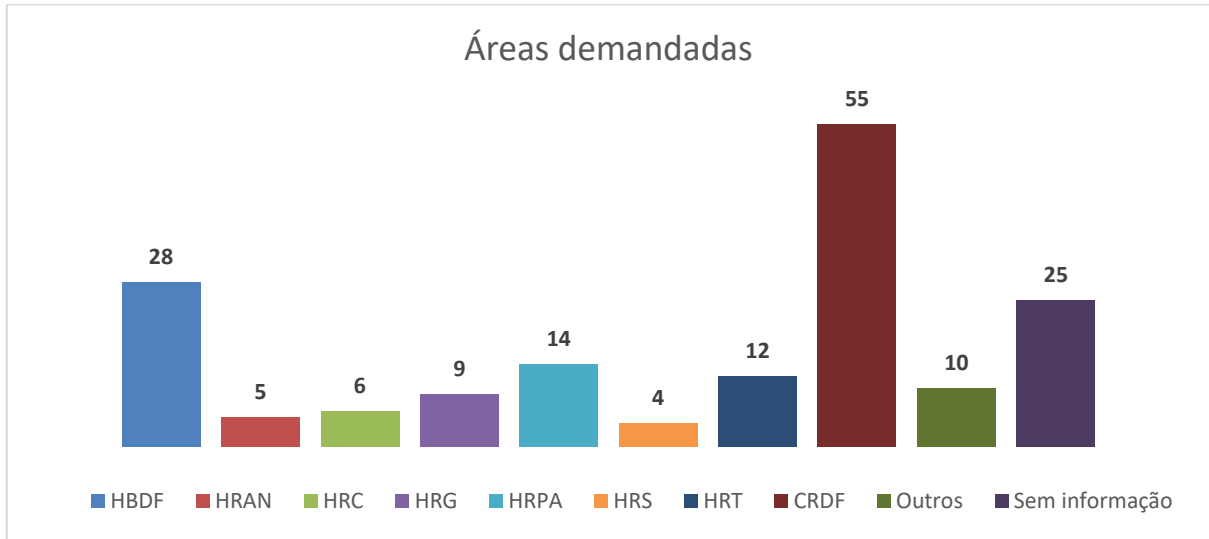
Importante destacar que a divisão em regiões de saúde não existia à época de atuação da CAMEDIS, ora, analisados. As superintendências foram criadas para coordenar as ações nas regiões de saúde do Distrito Federal, determinadas de acordo com a territorialização do DF, de acordo com o Decreto nº 38.982, de 10 de abril de 2018.

Hodiernamente, a Região de Saúde Sudoeste que representa a maioria dos demandantes abrange as seguintes regiões administrativas do Distrito Federal: Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Arniqueira, Recanto das Emas e Samambaia. Trata-se de uma região alta densidade demográfica populacional com a presença de hospitais de grande porte tais como, o Hospital Regional de Taguatinga e Hospital Regional de Samambaia.

Concernente as áreas demandadas, evidencia-se que a Central de Regulação do DF foi a área mais demandada, com 33% dos pedidos (55), seguida o Hospital de Base do Distrito Federal – HBDF, com 17% (28), que há época, ainda, não pertencia ao Instituto de Gestão Estratégica em

Saúde do Distrito Federal – IGESDF¹. Vejamos o gráfico 2 ilustrativo:

Gráfico 2 – Distribuição dos pedidos da CAMEDIS por local da rede demandado (2013-2018).



Legenda: HBDF – Hospital de Base do Distrito Federal, HRAN – Hospital Regional da Asa Norte, HRC- Hospital Regional da Ceilândia, HRG – Hospital Regional do Gama, HRPA – Hospital Regional do Paranoá, HRS – Hospital Regional de Sobradinho, HRT – Hospital Regional de Taguatinga, CRDF – Central de Regulação Ambulatorial do Distrito Federal.

Neste ponto, impende descrever que no período do presente estudo a Central de Regulação de Marcação de Consultas e Exames ambulatoriais era responsável por ordenar as solicitações de 24 tipos de exames, consultas em sete especialidades (com diversas subespecialidades), além de cirurgias vascular e plástica, obedecendo a uma classificação de risco com o objetivo de facilitar o acesso do paciente aos serviços de saúde, Portaria nº 1.792, de 22 de agosto de 2012.

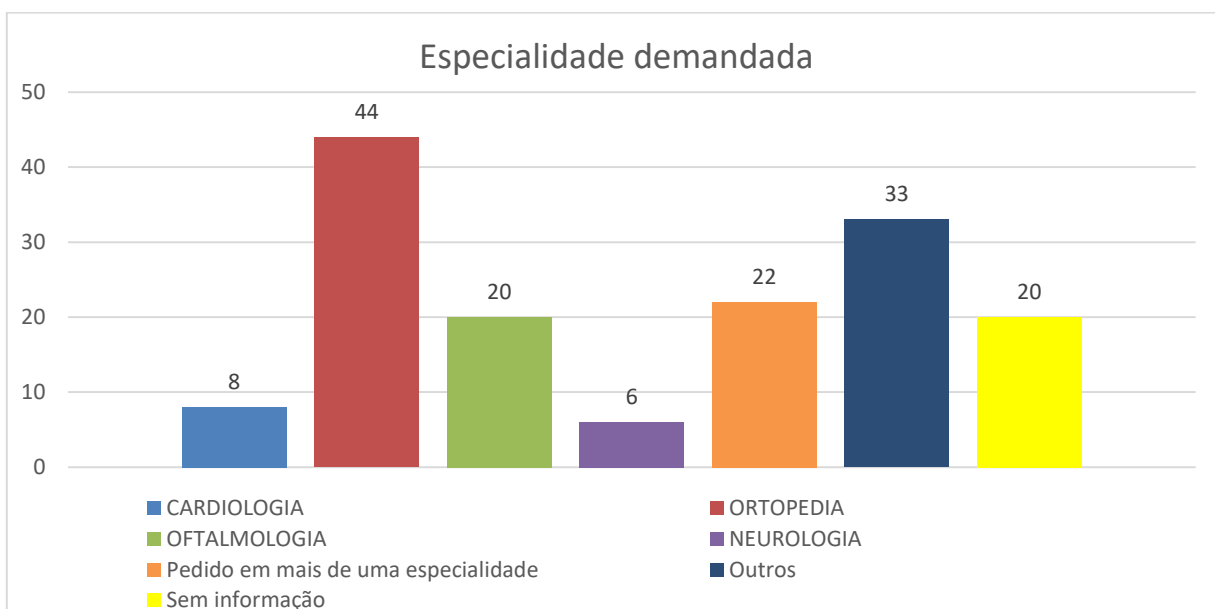
Também, referente a característica dos pedidos 99% (167) dos pedidos demandaram atendimento na rede pública. Quanto à origem das prescrições médicas, 76% (127) são oriundas da própria rede pública de saúde do DF, 5% (9) da rede privada não conveniada ou suplementar e

¹ O Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF) é um serviço social autônomo criado pela Lei nº 6.270/19 para ampliar o modelo do Instituto Hospital de Base (IHBDF). Atualmente, o IGESDF faz a gestão do Hospital de Base e do Hospital Regional de Santa Maria, além das unidades de pronto atendimento (UPAs) de Ceilândia, do Núcleo Bandeirante, do Recanto das Emas, de Samambaia, de São Sebastião e de Sobradinho.

19% (32) dos processos não continham tais informações.

Na análise dos processos da CAMEDIS pode-se observar que alguns usuários têm duplo atendimento (público e privado), apresentando exames realizados na rede privada e/ou relatório médico e/ou prescrição médica da rede pública. Este fato pode demonstrar as dificuldades do usuário em realizar o tratamento em sua integralidade na rede pública de saúde. O gráfico 3 demonstra as especialidades mais requeridas nos processos da CAMEDIS:

Gráfico 3 – Distribuição dos pedidos feitos à CAMEDIS por especialidade (2013-2018)

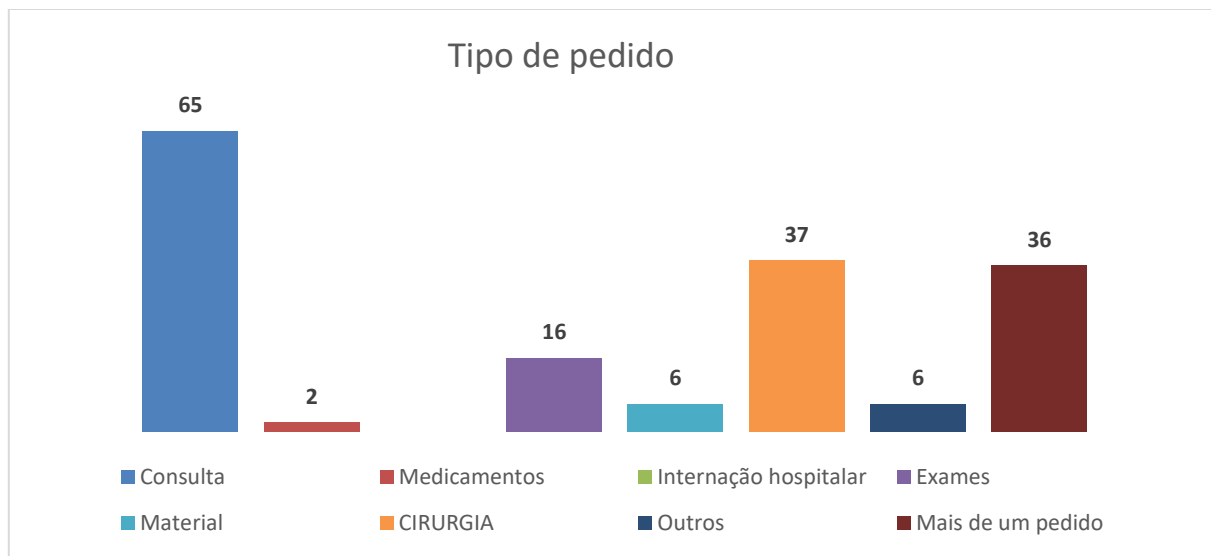


Importante destacar que as especialidades mais requeridas foram a ortopedia 26% (44) e a oftalmologia com 12% (20) dos pedidos. Enquanto 13% (22) apresentavam pedidos em mais de uma das especialidades elencadas, as quais não foi possível estratificar e 12% (20) sem informação.

No estudo do Conselho Nacional de Justiça acerca da judicialização e sociedade foram entrevistados representantes de estados, municípios e Distrito Federal. Nesta pesquisa os entrevistados indicaram que entre as especialidades médicas mais judicializadas estava, em primeiro lugar, a de ortopedia e traumatologia, seguida pela cardiologia (BRASIL, 2021, p. 34).

Em relação ao tipo de pedido evidencia-se que a maioria dos pedidos eram solicitações de consultas com 39% (65), cirurgias com 22% (37), conforme pode ser demonstrado no gráfico 4:

Gráfico 4 – Distribuição das demandas da CAMEDIS por tipo de pedido (2013-2018).



Outro ponto de destaque refere-se ao fato que, em 36 (21%) dos processos o usuário apresentou mais de um tipo de pedido associado, consulta com exame, consulta e cirurgia, dentre outros.

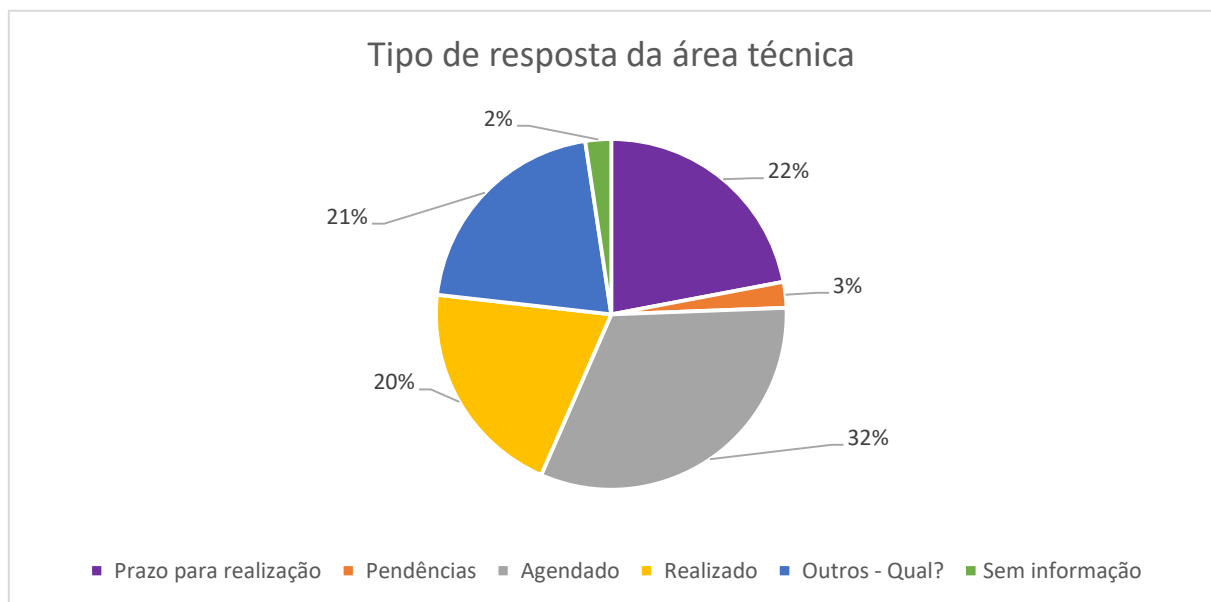
No instrumento de coleta de dados foi inquerido se havia registro no processo administrativo acerca da tentativa do usuário em obter o bem ou serviço demandado junto ao SUS antes da CAMEDIS, de tal sorte que foi constatado que em 38% (64) dos processos houve o registro de tentativa de resolução na rede.

Além da tentativa de acesso ao serviço na rede pública, pode-se evidenciar na instrução dos processos da CAMEDIS a presença de cópia de ofícios direcionados a outras unidades da SES/DF, tais como hospitais, Diretoria de Regulação, Gerência de Recursos Médicos Hospitalares, dentre outros. Tal conduta pode demonstrar que a Defensoria Pública do DF encaminhava o mesmo pedido à diversas áreas na rede pública do Distrito Federal na intenção de

ser atendido por alguma delas.

Consoante a articulação institucional para atendimento da demanda verifica-se que dos 168 processos analisados 98% (165) foram encaminhados às áreas técnicas responsáveis, sendo a mais demandada foi a Central de Regulação do DF com 34% (54). Na análise do tipo de respostas foi evidenciado que 20% (34) a área técnica informou que o pedido já havia sido atendido/realizado e em 31% (52) que o pedido do usuário à CAMEDIS foi agendado. O tipo de resposta obtida da área técnica pode ser demonstrada no gráfico 5:

Gráfico 5 – Distribuição do tipo de respostas apresentada pelas áreas técnicas da SES/DF (2013-2018)



Na análise dos documentos apresentados pelas áreas técnicas nas respostas podemos analisar que em 31% (55) dos casos a justificativa sanitária para a negativa da prestação do serviço é a política do sistema de regulação de consultas e exames ambulatoriais do Ministério da Saúde “atender a demanda seria furar fila”.

No que tange a judicialização da saúde na análise da amostra aleatória dos 168 processos administrativos da CAMEDIS pode-se vislumbrar que em 17% (28) foram judicializados, 67 obtiveram êxito no atendimento da sua demanda, além disso, não temos informação do desfecho

de 73 processos.

7.2. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS REALIZADAS

O roteiro semiestruturado foi utilizado para direcionar as entrevistas com questões sobre a CAMEDIS, sua conformidade e adequação, nas dimensões da estrutura e processos. As variáveis de interesse são as atividades desenvolvidas pela CAMEDIS, o perfil das demandas e os obstáculos e fortalezas. Em seguida, para a visualização dos padrões de respostas foram extraídas categorias temáticas observadas, para cada dimensão as principais respostas. Estas, foram agrupadas de acordo com sua semelhança. Esta organização teve por escopo a categorização das respostas por dimensão, o que facilita a inferência sobre os achados da pesquisa.

Considerando que o material coletado era suficiente para a análise pretendida, foi elaborada uma Matriz de Informação deste estudo. Tal matriz indica quais as dimensões e subdimensões utilizadas, possibilitando, a reflexão sobre os achados em relação ao conhecimento e aos estudos existentes sobre o tema. Esta utilização de diferentes fontes de informação no processo de análise e interpretação dos dados coletados, promove a relação entre teoria e prática, garantindo um entendimento mais aprofundado acerca do objeto em estudo.

Quadro 13 - Plano de análise das entrevistas inspirado no Modelo teórico da Avaliação

DIMENSÕES	SUBDIMENSÃO
ESTRUTURA	Infraestrutura
	Recursos Humanos
	Recursos materiais
	Normas internas Elaboração e aprovação do regimento interno
PROCESSO	Fluxo de trabalho
	Processos administrativos
	Articulação na rede para atendimento da demanda
	Análise da área técnica
	Reuniões de mediação
	Elaboração do relatório trimestral
RESULTADOS	Reuniões realizadas
	Acordos cumpridos
	Influência da CAMEDIS na melhoria da gestão do SUS
	Redução da Judicialização
	Contexto de pactuação institucional para a criação da Camedis
	Barreiras encontradas nas atividades da CAMEDIS
	Fatores que influenciaram na descontinuidade da CAMEDIS
	Causas da judicialização da saúde no DF
	Trabalho da CAMEDIS frente a judicialização da saúde

Fonte: Adaptado de SOUSA, 2006.

A análise das entrevistas foi realizada por categoria temática, inspirada no Modelo teórico da Avaliação. No texto os entrevistados foram identificados como representantes 01 e 02 da SES/DF e representante da DPDF.

Assim na categoria infraestrutura, pode-se destacar a falta de infraestrutura própria e adequada, bem como a ausência de recursos humanos próprios para realização das atividades da CAMEDIS. A utilização, por exemplo, da mesma infraestrutura e os mesmos recursos humanos, do Núcleo de Judicialização e da Defensoria Pública do Distrito Federal, respectivamente, não nos parece adequado a criação da CAMEDIS.

Neste sentido, o representante da SES/DF-01 apontou que: “Deveria sim ter uma estrutura adequada separada que se preocupasse com a integração (p.9)”. Por sua vez, o representante da SES/DF-02 asseverou que: “Era uma salinha da assessoria da AJL, no dia da CAMEDIS a sala virava a CAMEDIS, então era a nossa sala de um dia de trabalho (p.8)”. Já o representante da DPDF pontuou que toda infraestrutura e apoio administrativo era a mesma do Núcleo de Judicialização - “Basicamente as mesmas pessoas, a mesma estrutura do Núcleo de Judicialização, só era mais responsivo (p.6).”.

Na categoria recursos humanos o representante da SES/DF-01 informou que a CAMEDIS deveria ter um corpo próprio: “A CAMEDIS tem que ter corpo próprio, empoderar a câmara de mediação. Na judicialização devia ter uns 20 advogados, então eu tinha um suporte grande dessa equipe (p.9)”. Já o representante da SES/DF-02 pontuou que era apenas uma servidora que analisava todos os processos da CAMEDIS: “Uma servidora do NJUD analisava a viabilidade de poder e tentar por uma via administrativa e incluir na CAMEDIS (p.2).”

Por seu turno o representante da DPDF relatou que: “Na defensoria eram os mesmos defensores, a mesma estrutura e na secretaria a mesma estrutura, então não tinha uma estrutura a parte ou um aporte de recursos humanos (p.7)”.

Quanto a regulamentação e normas internas pode-se vislumbrar na fala dos entrevistados que todos citaram a Portaria de criação, mas também a ausência de regulamentação interna. De tal sorte que os representantes da SES/DF - 01 e 02 relataram, respectivamente: “Tinha a criação formal da CAMEDIS, ela não existia em movimento, ela já tinha rodado antes, mas não tinha tanto resultado (p.16)”. “Eu lembro que tinha a Portaria que criava, mas ela nunca regulamentou

como seria, como se desempenharia as funções da CAMEDIS, não (p.9)”. O representante da DPDF relatou que: “Foi feita uma Portaria entre a secretaria de saúde e a Defensoria que já tinha status de secretaria. E aí e nós iniciamos essa experiência (p.3)”.

Dos trechos das entrevistas acima transcritos pode-se inferir que apesar da Portaria que instituiu a CAMEDIS seu funcionamento, o fluxo de atividades e as funções de cada participante foram construídas empiricamente.

Na articulação interinstitucional entre os representantes da Secretaria de Saúde, da Defensoria Pública do DF e da Procuradoria Geral do DF, destaca-se a fala do representante da DPDF que apontou dificuldades nas mediações devido à ausência da Procuradoria na CAMEDIS, uma vez que no momento de execução da proposta a procuradoria recusou participação e assinatura da portaria surgindo dificuldade para continuidade das atividades. Vejamos:

“A gente foi tentando construir isso, a Procuradoria trouxe várias demandas. Eles avaliam todos os cenários possíveis fomos atendendo as demandas. Só quando a gente foi assinar definitivamente veio a notícia de que o Procurador- Geral a época disse que não era para assinar, a procuradoria não iria participar (p.3)”.

Neste sentido, também, foram os desafios políticos enfrentados pela CAMEDIS apresentados na publicação do CNJ, criados principalmente a partir das instituições jurídicas, dos juízes e defensores, mas também da Procuradoria do Distrito Federal. O estudo relata que os procuradores distritais não foram receptivos ao projeto no primeiro momento. Inclusive, na primeira versão do projeto, caberia à procuradoria e não à Defensoria, o papel de atuar como mediadora nas audiências de mediação. Porém, quando próximos da assinatura da criação da CAMEDIS, a procuradoria optou por não participar (BRASIL, 2015).

Já os representantes da SES/DF - 01 e 02 destacaram o apoio da gestão, respectivamente: “Eu tinha um apoio da gestão, do secretário, os juízes e dos promotores. Então a gente tinha um apoio de todo mundo, se eu tivesse que ter mais apoio seria mais recurso para comprar mais produtos (p.11)”. “A CAMEDIS tinha reuniões quinzenais com a participação da Defensoria, a AJL e alguns setores área técnica da Secretaria de Saúde, então basicamente a regulação (p. 02)”.

Assim, o representante da SES/DF- 01 relatou a importância dada pelo entrevistado ao apoio político para a institucionalização da CAMEDIS:

“Tá todo mundo apagando incêndio, mas se você conseguir pegar esse modelo com foco, alguém da alta direção que seja do gestor, do executivo, do governador, do Presidente da República e colocar esse como foco, dá um grande trabalho e eu acredito que ele acaba com a judicialização, das matérias que são passíveis de acordo (p.11)”.

Nessa linha a ausência de apoio institucional dos órgãos envolvidos para o funcionamento da CAMEDIS foi citada pelo representante da SES/DF-02 que aduz:

“A CAMEDIS era um projeto bem piloto e não tinha quem encabeçasse isso dentro da secretaria. Eu percebo que não há interesse nem da Defensoria, nem da Procuradoria, a maior interessada é a Secretaria de Saúde por conta da judicialização. A CAMEDIS como uma política de Estado, ainda que existisse a troca de gestão, mas se ela fosse institucionalizada ela ficaria ali dentro (p.3)”

Por outro lado, o representante da DPDF reforçou a ausência da Procuradoria Geral do DF e as dificuldades diante das constantes mudanças na gestão da SES/DF:

“Muita dificuldade em obter um cumprimento das decisões; a gente não tinha a Procuradoria para pensar formas diferentes de resolução do problema; um aporte de estrutura maior da própria Defensoria e da Secretaria. Enfim, a gente tinha todas as limitações dentro delas eu acho que fez o melhor que podia. Mudanças constantes na gestão da Secretaria de Saúde (p.7)”.

Na conjectura política na implantação da CAMEDIS, foram apontadas a ausência da procuradoria na execução da proposta e na assinatura da portaria, bem como dificuldades na continuidade das atividades.

De tal modo que se tratava de um projeto piloto, fruto do empenho de alguns atores dentro da Secretaria de Saúde e da Defensoria Pública, na qual faltou apoio político para que esta fosse institucionalizada e mantida na estrutura independente da troca de gestão.

Sob o prisma do trabalho da CAMEDIS frente à judicialização da saúde os gestores representantes da SES/DF- 01 e 02 apresentam uma percepção positiva. De modo que o 01 aduz que: “CAMEDIS deve acabar com a judicialização, a minha ideia de formato é empoderar a câmara de mediação (p.9)”. E o 02 afirma que: “O paciente assinava um termo de compromisso, que ele estava escolhendo aquela forma de resolução de conflito, de mediação que estava de acordo. É como se conseguia alguns resultados positivos, em relação a medicamentos (p.7)”.

Já na ótica do representante da DPDF o resultado da CAMEDIS foi limitado tanto no

objetivo quanto no tempo: “O resultado é limitado, tanto no seu escopo quanto no tempo, foram várias limitações uma delas era a falta de apoio da Procuradoria do DF, mas tem outros também, falta de pessoal, falta estrutura e as limitações jurídicas (p.5)”.

No que tange aos facilitadores e barreiras encontradas na CAMEDIS, os entrevistados relataram que encontraram muito mais barreiras do que facilitadores durante o processo de implementação da CAMEDIS.

O representante da SES/DF- 01 abordou a demora na resposta da área técnica demandada: “O tempo de resposta das áreas técnicas. Disponibilidade dos profissionais para poder fazer relatórios da CAMEDIS, essa falta de interesse por não ter uma decisão judicial. Falta de medicamentos, falta de profissionais, falta de serviços de saúde como todo (p.13)”.

Sobre o tema, importante recordar que as demandas encaminhadas à CAMEDIS pela Defensoria Pública, após a atuação do processo administrativo, eram encaminhadas às áreas técnicas responsáveis de acordo com o tipo de pedido a fim de tentar apresentar uma solução para o caso.

Neste aspecto, observa-se a importância da disseminação da cultura da resolução extrajudicial de conflitos dentro da própria SES/DF, pois conforme pontuou Asensi no estudo realizado para o CNJ “Na experiência de Brasília, ainda se observa a cultura da litigiosidade e, como consequência, a utilização do modelo adversarial do processo judicial na efetivação do direito à saúde. Porém, os resultados já alcançados permitem compreender a CAMEDIS como uma estratégia extrajudicial promissora, como será visto cultura do litígio e da Judicialização” (BRASIL, 2015, p.42).

O representante da SES/DF- 02 apontou que: “Questões éticas no universo de mediação de saúde, interesse político da gestão, envolve muitas áreas, custos, entrave na questão política. E na Secretaria, dificuldade com o pessoal (p.11)”.

Coaduna com o exposto pelos gestores a fala do representante da DPDF que assevera: “As dificuldades de execução, não tinha o engajamento muito grande das áreas da secretaria de saúde, muita dificuldade em obter um cumprimento às decisões; falta de aporte de estrutura maior da própria Defensoria e da Secretaria (p.7)”.

De acordo com a percepção dos atores, essas barreiras emergiram de vários aspectos,

desde falhas na estrutura, recursos humanos, dificuldades na execução e cumprimento dos acordos dentro da rede pública, falta de engajamento das áreas técnicas dentro da SES/DF, deficiências da própria rede pública, questões éticas no universo da mediação de saúde, até entraves políticos para disponibilização de profissionais para atuarem na câmara.

O estudo do CNJ apontou que um dos principais desafios à efetivação do direito à saúde na experiência da CAMEDIS é a constante tensão entre os direitos individuais de cada paciente e os direitos coletivos. Em determinadas situações, atender às demandas específicas de cada usuário do SUS pode significar o desrespeito ao tratamento isonômico previsto no SUS. Exemplos disso são as inúmeras demandas por consultas, exames, cirurgias e internações em UTI, que são reguladas ou que dependam de “fila”. Assim, a CAMEDIS propicia tratamento diferenciado a um usuário do SUS o que pode significar a preterição de outro paciente que não buscou auxílio de qualquer órgão do sistema de justiça. Tal situação acaba por gerar problemas de ordem prática para efetivar os acordos (BRASIL, 2015).

As falas dos entrevistados indicaram que a ausência de integração com as áreas fins da SES/DF para validação e conseqüente cumprimento dos acordos firmados pela CAMEDIS, em que pese à publicação da Portaria criadora da CAMEDIS, a própria fragilidade da rede saúde pública do DF, em relação aos elementos operacionais, como a regulação da saúde, longas filas de espera, dificultavam que a CAMEDIS alcançasse seus objetivos.

Conforme relatado nas entrevistas as reuniões eram quinzenais ou mensais a depender do período e dos gestores envolvidos. Assim, os usuários eram convidados para uma reunião com representantes da SES/DF, área técnica e Defensoria a fim de buscar uma solução mediada intermediária. Registra-se, por oportuno que muitas vezes a reunião não era necessária, pois a demanda já era atendida diretamente, quando encaminhada para área técnica.

Quanto às causas da judicialização o representante da Defensoria Pública apontou que diferente do restante do país, no Distrito Federal, se judicializa tudo. Vejamos:

“A judicialização do DF é um exemplo interessante, judicializa consulta com ortopedista, psiquiatra, oncologista, exame de tomografia computadorizada. Judicializa coisa básica porque a gente não tem outra instância para resolver isso. Os problemas são representativos do que os usuários do SUS pobre passa, que é ter problema tudo (p. 6)”.

Essa visão vai de encontro a revisão bibliográfica referente ao Distrito Federal,

conforme estudo do INSPER realizada para o Conselho Nacional de Justiça-CNJ em 2019. Assim, a judicialização de itens essenciais pode demonstrar as fragilidades da rede pública de saúde do DF.

Por sua vez, os gestores apontaram a judicialização de medicamento como a mais comum no DF. Os representantes da SES/DF- 01 e 02 relataram, respectivamente que: “Medicamentos, tem que ampliar o rol pequeno e aumentar o rol, mas uma vez estabelecido rol não tem de ficar pegando novos medicamentos, não dá para ser assim tecnologia está muito avançada, sempre vai haver alguém com uma solução mágica, o sistema não tem condições de suportar (p.4)”. Já o representante 02 aduz que:

“É basicamente medicamento, basicamente, principalmente os que não são padronizados, e a nossa intervenção a gente tentava que fosse avaliado uma receita alternativa [...]. Qual era o objetivo maior de medicamento, quando vinha um pedido de medicamentos não padronizados e de alto custo a gente fazia uma avaliação, um tentava algum médico, e aí nessa fase a gente começou até a tentar questionar se a gente não poderia compor uma junta médica que serviria a CAMEDIS (p.6) ”.

Esta divergência na visão pode ser explicada pelas frequentes mudanças na gestão da SES/DF e pelo imbróglio entre as atividades da CAMEDIS e do Núcleo de Judicialização no âmbito da SES/DF. E ainda, pelo período de atuação na CAMEDIS dos gestores ser diverso do período de atuação do defensor público.

Vale ressaltar que as demandas encaminhadas à CAMEDIS resultavam da exclusão daquilo que seria judicializado, visto que havia uma análise prévia da DPDF sobre a possibilidade ou não de acordo, sendo que os casos de urgência, tal como os pedidos por leitos de UTI eram excluídos da câmara.

No que tange as características das demandas da CAMEDIS ficou claro nas falas dos entrevistados que diferente do fluxo desenhado sobre as atividades da figura 01, a luz da Portaria Conjunta nº 01 de 23 de fevereiro de 2013, havia uma seleção prévia das demandas a serem encaminhadas à câmara pela DPDF.

Neste sentido, o representante da SES/DF-01 relatou:

“A própria defensoria analisava, eles já faziam esse filtro, a classificação era o produto, se fosse medicamentos, cirurgia. Às vezes era complexo e se tinha que juntar o pacote de

fazer o procedimento e a questão de um médico anestesista, com a OPME, com os produtos, o hospital, que tem que ter é uma grande combinação, até UTI (p.12)”.

O representante da SES/DF-02 aduz em sua fala que: “As reuniões eram por objeto, por exemplo cirurgias, era uma negociação com regulação em questão de vagas. Mas noventa por cento era de medicamento. A cirurgia e era mais complexo é mais complicado para conseguir nesse primeiro momento, nesse primeiro formato de se conseguir, A ideia era vamos iniciar com medicamentos e vê que o modelo vai dar certo e aí passa para as outras questões como cirurgias, insumos, procedimentos e tal (p.7)”

Já o Defensor público afirma que: “Os defensores escolhiam o que iria para CAMEDIS, a partir do rol e de coisas que poderiam ser encaminhadas e essa definição foi um consenso. Quem decidia se ela iria ou não para CAMEDIS era a defensoria (p.4)”.

Vale ressaltar que a Portaria Conjunta nº 01 de 23/02/2013 que instituiu a CAMEDIS a definiu como responsável por mediação relativa às demandas por serviços ou produtos de saúde oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal. E ainda, traçou a missão institucional buscar solução às demandas por serviços e produtos de saúde, com o intuito de evitar ações judiciais ou propor soluções para àquelas em trâmite. Consoante a Portaria os objetivos a serem atingidos pela CAMEDIS eram ambiciosos e bem amplos e não se vislumbra qualquer tipo de limitação na Portaria acerca do tipo pedido ou demanda que poderia ou não ser mediada.

De fato, a CAMEDIS possui objetivos muito amplos estabelecidos na Portaria. Assim, na *práxis* foram criados duplos critérios empíricos e um fluxo informal de seleção das demandas encaminhadas à CAMEDIS, ou seja, uma seleção prévia na Defensoria Pública, e posteriormente, na SES/DF com a análise da área técnica responsável sobre a possibilidade ou não de acordo para resolução das demandas.

A ausência de critérios específicos de seleção pode explicar eventuais discrepâncias na percepção dos entrevistados, entre o que poderia ou não entrar na mediação, tanto no âmbito da DPDF quanto na SES/DF e no índice de resolutividade da câmara, nos diferentes períodos de atuação dos representantes as duas instituições.

Nesta linha, as atividades da CAMEDIS foram descritas pelos atores entrevistados de acordo com sua percepção como: “[...] uma fase prévia da judicialização. Defensoria Pública já

tem um processo e então levava a Secretaria de Saúde para que juntasse, aquele processo e chamava a área técnica e tentava dar uma resposta para aquilo (p.2)” - representante SES/DF-01.

Conquanto o representante SES/DF-02 destacou que se tratava de: “Reuniões quinzenais, com a participação da Defensoria e a AJL e alguns setores área técnica da Secretaria de Saúde, basicamente a regulação, ou algum setor específico, como por exemplo, oftalmologia gente tentava chamar uma referência técnica da oftalmologia (p.2)”.

Na percepção do representante da DPDF:

“A ideia era que tivesse dois lados, o lado usuário do SUS e do outro lado da Secretaria de Saúde e na mediação entre esses dois lados, esses dois advogados, a Procuradoria do lado das questões de saúde e os Defensores do lado dos usuários. Mas assim, como todo bom advogado, tentando a melhor solução possível de forma mediada. A defensoria também traria ali para pessoa uma harmonização da expectativa dela (p.2)”.

Insta aclarar que no decorrer da entrevista o representante da DPDF apontou como uma das dificuldades enfrentadas pela CAMEDIS foi à ausência de representante da Procuradoria Geral do DF.

Em relação à pertinência dos objetivos da CAMEDIS os entrevistados relataram resultados positivos e apresentam relação direta com o protagonismo dos atores envolvidos. Assim, nos pareceu que a CAMEDIS e seus objetivos eram diretamente atingidos pelas mudanças na gestão, em especial, na Secretaria de Saúde, as regras advindas do acordo verbais entre os atores, influenciaram na execução dos procedimentos e implementação efetiva da CAMEDIS dificultando sua ampliação e longevidade institucional.

O representante da SES/DF-01 pontuou que:

“A CAMEDIS ela era uma questão de humanização e se conseguia diminuir os processos judiciais, mas na verdade a parte humana de você chegar e receber a pessoa, já tinha 80% (oitenta por cento) de chance êxito, de uma possibilidade de acordo. [...] O índice de solução, é alto, mas nem tudo pode ir para CAMEDIS, mas aquilo que tem a possibilidade de ter uma margem de acordo, é muita muito exitosa, tanto que dos processos que a gente colocava elegíveis para ir para CAMEDIS a gente tinha uma margem de acordo muito grande (p.3)”

As limitações de escopo da CAMEDIS foram apontadas pelo representante da SES/DF-02: “O objetivo maior da CAMEDIS era a redução da judicialização na saúde, de fato, tentava cumprir, agora conseguia pouco. Porque por mês, a cada reunião conseguia marcar de 15 a 20

partes, no máximo, estourando 20 partes por dia, isso de 15 em 15 dias, ou seja, no meio da gente tinha 40 processos resolvidos pela CAMEDIS, no total de sei lá quantas judicializações (p.8)”.

O representante da DPDF relatou que:

“A resolutividade era alta, e o mais positivo era este índice de resolutividade, o que a gente mandava a maior parte era resolvido, mas é claro que a gente mandava o filé para CAMEDIS, a gente mandava aquilo que poderia ser resolvido. Mas apesar disso, dentro do que se propôs fez bem feito, o que eu acho que foi um resultado do desenho instrucional cuidadoso, preparou para encaminhar para lá aquilo que ela ia resolver. Acho que foi bem-sucedido no formato do fluxo, e da escolha dos casos encaminhar, acho que foi bom. Nesses que eram encaminhados a efetividade era muito alta, a gente dava uns 80/90% por cento de resolução, se pegasse e ampliasse um pouco a gente já tem o resultado significativo (p.7)”.

Consoante às atividades desenvolvidas, tipo de demanda e pertinência dos objetivos da CAMEDIS, pode-se constatar a partir da análise das entrevistas, que a câmara foi sendo construída pelo empenho dos atores chaves, não tendo legitimidade e apoio institucional para a manutenção das ações. O alto índice de resolutividade da CAMEDIS foi atribuído pelos entrevistados ao desenho, ou fluxo construído entre os atores, ou seja, a escolha dos casos com possibilidade de mediação.

Também no estudo do CNJ a percepção dos atores políticos e jurídicos foi que a CAMEDIS possuía uma alta resolutividade, assim nas entrevistas, ora em análise, foram mencionadas situações concretas que puderam ser resolvidas com a CAMEDIS e a percepção dos atores foi positiva (BRASIL, 2015).

Todavia, ficou evidente que na SES/DF não havia um controle do cumprimento do acordo firmado com o usuário. Por sua vez a Defensoria Pública, quando procurada pelo usuário informando descumprimento do acordo, prontamente judicializava. Tal informação pode ser ilustrada na fala dos entrevistados, o representante da DPDF informou que: “A maior parte os acordos eram cumpridos, embora tenhamos enfrentado alguns casos, não foram poucos os acordos descumpridos. E aí na gente judicializava, já com o acordo que dava uma certeza maior a pessoa venceria a ação no poder judiciário”.

Representante da SES/DF-02 assim relatou: “A defensoria era incumbida de fazer esse acompanhamento, casos não cumprissem a parte que certamente ela dava o retorno na Defensoria e a defensoria nos dava esse feedback. Então, era... a gente tinha só o feedback da Defensoria

mesmo (p.12)”.

Concernente ao previsto no art. 8º da Portaria não foi evidenciado nas entrevistas que a CAMEDIS elaborava relatório trimestral, tampouco o encaminhamento deste ao Secretário de Estado de Saúde e ao Defensor Geral, bem como ao Conselho de Saúde do Distrito Federal e ao Colegiado de Gestão da SES/DF. Deste modo, somente a ata da reunião (“termo de mediação) era juntado ao processo administrativo da CAMEDIS.

Neste sentido é a fala (Representante da SES/DF – 2, p. 15):

“Ah sim é porque na verdade a gente colocava uma ata dessa reunião dentro do processo, então naquele dia compareceu, sei que, feita da proposta, feita isso, a área técnica propôs entregar medicamento, tal não sei quanto tempo e tudo mais aí a outra parte concordou ou não concordou e vai judicializar.”

Na mesma linha, instado a manifestar-se acerca da possível influência da CAMEDIS na melhoria da gestão do SUS o representante da SES/DF-01 elucidou que:

“Não, era feito de forma caseira, forma de levar para o gestor é que quando eu não conseguia e eu queria muito resolver o problema de alguém que tinha um processo de CAMEDIS e eu chegava falar para o secretário para tentar resolver, por conta de tentar dar solução, mas a falar que isso gerou uma resposta, gerou dados que resultou numa política pública, não tinha essa organização (p.15)”.

Já o representante da SES/DF-02 relatou que a CAMEDIS propriamente dita não apresentou dados suficientes para propor soluções aos problemas da rede pública de saúde: “Assim com o tema CAMEDIS, propriamente dito, não! A gente já até tinha reunião para tentar resolver algum gargalo aqui outro ali, frente aos problemas da judicialização, mas não era uma reunião, digamos, a com o objetivo de dar continuidade a CAMEDIS (p.13)”.

Por seu turno, o representante da DPDF pontuou as limitações da câmara e a comparou com a experiência do estado do Rio de Janeiro:

“A CAMEDIS fracassou, ela aconteceu, mas fracassou, ela teve resultados enquanto funcionou, mas muito limitado. A do SUS mediado vicejou lá no Rio Grande do Norte, mas com resultado é limitado. E a do Rio de Janeiro foi a que cresceu mais e teve chegou a atender 20 mil pessoas no ano. O que eu percebi de diferente foi à vontade das instituições, enquanto aqui não teve apoio da Procuradoria. (p.5)”

Neste ponto, muito embora não seja objetivo do presente estudo, importante trazer à

baila o estudo realizado por Ventura em 2020 sobre a Câmara de Resolução de Litígios em Saúde (CRLS), criada em 2012, no município do Rio de Janeiro, como um arranjo interinstitucional que visa reduzir a demanda judicial local através de solução extrajudicial. A CRLS foi constituída por meio de um Convênio de Cooperação entre o Tribunal de Justiça do Estado, as Procuradorias Gerais do Município e do Estado do Rio de Janeiro, as Defensorias Públicas do Estado e da União, as Secretarias Estadual de Saúde (SES) e Municipal de Saúde (SMS).

No estudo é descrito a estrutura, atores e funcionamento da equipe da CRLS, composta por 67 profissionais, destes 29 profissionais da Secretaria de Saúde Estadual; sendo um coordenador e dois assessores, seis médicos, quatro farmacêuticos, três enfermeiros, três nutricionistas, sete assistentes sociais e três administrativos. A Secretaria Municipal de Saúde disponibilizava oito profissionais, sendo um coordenador, um médico, dois farmacêuticos, dois enfermeiros. Ademais, o Departamento de Gestão Hospitalar da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DGH/SAS/MS) disponibilizava dois farmacêuticos e um administrativo. Além disso, a Defensoria Pública Geral do Estado do Rio de Janeiro - DPGE-RJ tinha o maior contingente de profissionais do setor jurídico, um defensor e um assessor, quatro administrativos e quatro estagiários; e a DPU disponibilizava quatro profissionais administrativos (VENTURA, 2020).

A CRLS apresenta ao menos 3 características que fizeram dela um arranjo institucional mais avançado e efetivo: possui sede própria, funciona de forma permanente, e atende em grande escala. A consistente estrutura organizada permite que o acolhimento aos usuários do SUS, a avaliação das demandas pelos gestores, a orientação jurídica e o encaminhamento de soluções administrativas ou de confecção de ações judiciais se deem todas no mesmo espaço e de forma permanente (SANT'ANA, 2017, p. 362).

A ausência de estrutura para acolhimento dos usuários na CAMEDIS foi relatada pela representante da SES/DF-01 que apontou a necessidade de humanização no atendimento:

“Eu acho que para fazer a câmara de mediação tinha que saber que era um local que está recebendo pessoas com necessidades, então desde transporte, alimentação, tem que preocupar com esse lado social, não só da entrega ali do processo, mas também desse lado social. Então, respondendo eu acho que a gente deveria sim ter uma estrutura adequada separada que se preocupasse com e com essa integração com essa pessoa como um todo, inclusive, eu acho que deveria ser adequado até um serviço social, porque

gente viu pessoas que estão à margem [...] não estão recebendo nenhum tipo de auxílio (p.8)”.

Assim, apesar das diferenças apontadas na estrutura, recursos humanos e no funcionamento da CAMEDIS e da CLRS no Rio de Janeiro, impende destacar que elas foram idealizadas de forma contemporânea, ambas idealizadas em 2012, conforme a fala de um do representante da DPDF entrevistados. Vejamos:

“Brasília e Rio tiveram essa mesma ideia de mediação Sanitária foi mesmo tempo, que surgiu a ideia no Rio e em Brasília, e um pouquinho depois a do Rio Grande do Norte com SUS mediado, foram três experiências autônomas, mas com a mesma direção (p.5)”.

“o Rio Janeiro conseguiu fazer, a gente nunca consegui fazer... a ideia era essa lá atrás a gente começou, não conseguiu, a gente adotou outra estrutura, né... com escopo muito mais reduzido, muito mais modesto. Agora a gente já tá preparando para ter uma estrutura dessa forma, só que com muito menos gente que o Rio de Janeiro, a gente está tentando botar duas pessoas por turno lá, isso muito pouco, tá. Mas já é alguma coisa, já vai dar para avaliar aí 30 a 40 pedidos por dia... já... já... faria uma diferença enorme e essa é a principal diferença, a gente está tentando fazer o que a gente pensou dez anos atrás, é isso (p.12)”.

Por outro lado, a representante da SES/DF-2 afirmou que:

“que funcionasse como é o modelo do Rio de Janeiro que tivessem servidores voltados para atuar nessa câmara e que tivessem além de servidores próprios [...] servidores cedidos de defensoria e procuradoria e também servidores, *Full Time* da Saúde (p. 8)”.

[...] “E aí a gente se baseava muito no modelo do Rio de Janeiro, que inclusive esse modelo do Rio de Janeiro ele tá todo no processo que a gente enviou para Procuradoria, ele tem lá, um diagnóstico de como diminuiu a judicialização que no Rio de Janeiro teve uma diminuição, uma redução, de 40% da judicialização. E lá eles fazem dentro da Procuradoria do Estado do Rio tem uma um prédio, um setor que é destinado para isso. Então a gente fazia mesmo, meio que tentando replicar o modelo já existente lá, sabe, que a gente sabia que tinha dado certo de alguma forma (p. 9)”.

“A câmara que começou com uma tentativa tentar replicar o modelo que existe no Rio de Janeiro, bom então eu entrei 2016 e 2017 (p.10)”.

Contudo, diante da robustez da estrutura, mecanismos e o número de atendimentos (média de 1.400 atendimentos mensais) realizados pela CRLS torna-se praticamente impossível compará-las. De tal sorte que só nos resta refletir sobre quais os aspectos afastaram as duas experiências de forma tão dicotômica. E trazer, tais ensinamentos para apontar novos rumos, investir nas potencialidades daquela que vicejou, a fim de quiçá estabelecer um novo arranjo para um novo ciclo à CAMEDIS.

Outro ponto importante a ser abordado é referente às peculiaridades do Distrito Federal que assume os papéis de estado e município, fator que, à primeira vista, poderia contribuir para implementação as atividades da CAMEDIS, em virtude da proximidade das instâncias de poderes, além do fator demográfico e populacional que é bem inferior ao enfrentado pela CRLS.

Conjugando o estudo supramencionado e o relato dos entrevistados pode-se ressaltar a importância do apoio e envolvimento das instituições interessadas no tema da Judicialização da saúde, tanto no âmbito da Secretaria de Saúde, Ministério da Saúde quanto na esfera jurídica, Procuradorias, Defensorias Públicas, Ministério Público, dentre outros.

Sob o aspecto dos efeitos produzidos pela CAMEDIS na redução da Judicialização da saúde no DF podemos vislumbrar que todos os entrevistados a relataram como exitosa, em que pese limitada por diversos entraves de ordem institucionais, de infraestrutura, recursos humanos, apoio das áreas técnicas, dentre outros já discutidos nesta análise.

Nesta senda, o representante da SES/DF-01 postulou: “O índice de solução da CAMEDIS era muito exitoso, tanto que dos processos que a gente colocava elegíveis para ir para CAMEDIS a gente tinha uma margem de acordo muito grande (p.4)”. *In casu*, verifica-se que o efeito na redução da Judicialização da saúde no DF não foi abordado.

Já o representante da SES/DF-02 abordou a questão, nos seguintes termos:

“O objetivo de reduzir a judicialização, de fato a gente tentava cumprir, mas conseguia pouco porque fazia por mês, a cada reunião 15 a 20 partes, e isso de 15 em 15 dias, ou seja, no mês eram 40 processos no máximo resolvidos pela CAMEDIS, num total de sei lá quantas judicializações. [...] Então assim, vou falar por alto aqui mais de mil ações mês a gente resolvia 40, é pouco mas é alguma coisa, porém tinha um pouco resultado positivo quantitativo, frente a judicialização que era absurda (p.8)”.

O representante da DPDF assinalou que o resultado foi limitado:

“O resultado foi estabelecimento de reuniões de frequência mensal, os defensores iam

encaminhando as demandas e isso ia sendo organizado e acompanhado pela secretaria e planilhado, fazíamos as reuniões. Muitas vezes a reunião não era necessário porque a demanda já era atendida diretamente. A primeira experiência ela teve um resultado limitado, tanto no seu escopo quanto no tempo, foram várias limitações (p.4)”.

É um exemplo interessante do que não deu certo, de uma boa ideia que não, não foi para frente, em razão das dificuldades institucionais (p.2)

“E aí eu diria que a da CAMEDIS fracassou, ela aconteceu, mas fracassou, ela teve resultados enquanto funcionou, mas muito limitado. A do SUS mediado vicejou lá no Rio Grande do Norte, mas com resultado é limitado. E a do Rio de Janeiro foi a que cresceu mais, e chegou a atender 20 mil pessoas no ano, não sei se isso aumentou até a última vez que eu pesquisei em 2017, era um negócio impressionante. A gente foi lá, viu a estrutura enorme e o que eu percebi de diferente foi a à vontade das instituições. Enquanto a gente aqui não teve apoio da Procuradoria, nenhum, né... lá, só no primeiro momento [...] no Rio de Janeiro o prédio onde funciona é da Procuradoria do Estado, e a secretaria de saúde colocou um monte de servidor lá, então secretaria de saúde teve uma participação muito mais ativa no Rio de Janeiro do que teve aqui. E lá, a Defensoria Pública da União e a Defensoria Pública do Estado atuaram conjuntamente cedendo pessoas, aqui a gente não consegue que a Defensoria Pública da União coloque um servidor na nossa estrutura para atuar (p.5)”.

Das palavras dos entrevistados podemos exarar que a CAMEDIS teve resultados limitados tanto no seu escopo quanto no tempo. É um exemplo de uma boa ideia que não deu certo, que infelizmente, não foi para frente, em razão de uma série de dificuldades, principalmente, a falta de apoio das instituições interessadas.

Não obstante, os resultados positivos obtidos pela CAMEDIS apresentam relação direta com o protagonismo dos atores envolvidos, que são diretamente atingidos pelas mudanças na gestão, em especial na Secretaria de Saúde. Conquanto, pode-se vislumbrar que existiram vários ciclos no funcionamento da CAMEDIS com maior ou menor intensidade e até interrupção das atividades. Ademais, pode-se observar que o fluxo da CAMEDIS foi sendo construído informalmente apoiado nas diligências individuais dos atores em buscar solução para a problemática da judicialização da saúde, porém com pouco apoio institucional.

Vale lembrar que a atividade desenvolvida pela CAMEDIS não se enquadra no conceito de mediação, nos termos do Código de Processo Civil e da Lei de mediação, uma vez que não existe a figura de um terceiro imparcial. Todavia, pode-se vislumbrar a CAMEDIS como um espaço de diálogo entre estas instituições e, na busca por estratégias extrajudiciais de efetivação da saúde.

De acordo com o estudo para o CNJ, realizado por Asensi, a CAMEDIS foi abraçada pelo Núcleo de Judicialização, situado no âmbito da Secretaria de Saúde, e pela Defensoria Pública do Distrito Federal. Isso fez que a CAMEDIS se tornasse um espaço de diálogo entre estas instituições e, em alguma medida, uma estratégia extrajudicial de efetivação da saúde. A experiência de Brasília se concentrou em três grandes estratégias institucionais de efetivação do direito à saúde: criar um espaço de diálogo institucional a partir do Comitê Distrital, constituir uma estrutura de resolução consensual de conflitos em saúde; e promover e o empoderamento dos cidadãos a partir de soluções consensuais (BRASIL, 2015)

Registra-se a criação de outros sistemas de mediação, como a Câmara de Conciliação da Saúde (CCS) na Bahia, que também aparece como um instrumento importante de diminuição da “judicialização desnecessária”, levando ao Judiciário apenas casos que os órgãos envolvidos não conseguem resolver extrajudicialmente; bem como a experiência do Estado do Espírito Santo, na implantação de sistema de mediação em ambiente virtual, o que pode servir de modelo para outros estados. Em todos os estados, os comitês se colocaram como um espaço relevante para a gestão da judicialização, especialmente por unirem diferentes atores envolvidos em um fórum de discussões. Assim, como evidenciamos em relação a CAMEDIS, o estudo apontou a preocupação com a dependência destes comitês com a atuação individual de membros interessados, o que pode impedir a consolidação do espaço ao longo dos anos com a troca de mandatos. (INSPER, 2019)

O arranjo institucional da CAMEDIS se voltou para resolução de diversas espécies de demandas, contudo, tem dois principais limitadores: oferece apenas o que está previsto nas políticas públicas e não lida com urgências. As demandas a serem atendidas envolveu: “cirurgias eletivas, consultas, exames, internação psiquiátrica (involuntária ou compulsória, indicada por médico do SUS), materiais para pacientes não internados, medicamentos que não atendam aos protocolos clínicos, processos em trâmite com reiterados descumprimentos, sessões de câmara hiperbárica”. De outro lado, não são submetidos à CAMEDIS: “cirurgias urgentes” (SANT’ANA, 2017).

Ao analisar a experiência da CAMEDIS, Gabriel Schulman e Alexandre Silva destacam que os seus resultados já permitem considerá-la como uma estratégia extrajudicial promissora, pois a iniciativa se concentrou em três importantes medidas institucionais de efetivação do direito

à saúde, a saber: “fortalecer espaço de diálogo institucional a partir do Comitê Distrital; constituir estrutura de resolução consensual de conflitos em saúde; e empoderar cidadãos a partir de soluções consensuais” (SCHULMAN e SILVA, 2017).

Em que pese o volume de casos mediados ser muito pequeno para se atingir o objetivo de reduzir a judicialização da saúde do Distrito Federal, a CAMEDIS foi descrita como exitosa pelos entrevistados, com uma margem de acordo muito grande.

Destarte, a atuação da CAMEDIS ocorre nos serviços de saúde no âmbito do SUS, ou seja, aquilo que se deveria ofertar, e não o faz, ou seja, atuando como instrumento de gestão de conflitos no SUS para garantir acesso aos tratamentos previstos nas políticas públicas. Todavia, é incontestável a importância atender a esse perfil de demandas, tais arranjos institucionais, podem contribuir para a correção de falhas na execução dos serviços de saúde e aperfeiçoamento do planejamento e gestão das políticas públicas nessa seara, desde que devidamente estruturadas e fortalecidas, por todas as instituições envolvidas.

Assim, as experiências de resoluções administrativas de conflitos, prévia, a judicialização pode constituir uma ferramenta para correção de falhas nas políticas do SUS, e demonstrar os vazios assistências e as barreiras no acesso aos usuários.

Neste ponto, reitera-se a importância dos relatórios trimestrais das atividades da CAMEDIS que seriam encaminhados ao Secretário de Estado de Saúde e ao Defensor Geral, ao Conselho de Saúde do Distrito Federal e ao Colegiado de Gestão da SES/DF, pois a ausência destes impede a efetivação e acompanhamento dessa influência.

Em recente publicação do CNJ a Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde, no Distrito Federal, e o SUS MEDIADO, do Rio Grande do Norte, foram citados como iniciativas para minimizar o problema da judicialização da saúde (BRASIL, 2021).

Nessa senta, a CRLS adota princípios de atuação muito semelhantes aos descritos em relação às experiências da CAMEDIS e SUS mediado. Valoriza a busca de soluções administrativas para as necessidades de saúde dos usuários do SUS e sua inserção na dinâmica das políticas públicas estabelecidas (SANT’ANA, 2017).

A CAMEDIS pode ser considerada uma câmara de interlocução para resolução de conflitos em saúde a fim de alçar a efetivação do direito à saúde. Entretanto, alguns fatores se

tornaram desafiadores para a continuidade e fortalecimento da experiência. Daí, advém a preocupação em fortalecer a CAMEDIS e ampliar e sua capacidade de atender demandas no intuito de aprimorar o acesso às políticas públicas no DF.

É cediço que dever-se-á buscar aos princípios basilares do SUS, para universalidade, integralidade e equidade para o atendimento do usuário nas demandas relativas à saúde. O resultado a ser almejado é ampliação das políticas públicas de saúde, a fim de se atender as necessidades dos usuários e o acesso mais célere e resolutivo.

Por fim, a CAMEDIS pode constituir um instrumento democrático, alternativo e eficiente ao acesso do usuário às políticas públicas, uma vez que pode aproximar e reintegrar o usuário ao SUS.

7.3. CARACTERIZAÇÃO DOS GRAUS DE ADEQUAÇÃO E CONFORMIDADE

Para caracterizar o grau de adequação das ações da CAMEDIS apresentamos a Matriz de Análise e Julgamento, com os valores alcançados por cada dimensão estrutura, processo e resultado, permitindo avaliar CAMEDIS em sua globalidade.

Quadro 14 - Pontuações alcançadas na Dimensão da Estrutura

Dimensão	Subdimensão	Indicadores	Pontuação do indicador	Crítérios	P.M.	P.A.	
E S T R U T U R A	Infra-Estrutura	Existência do espaço físico próprio	12,0	Existente	12,0	0,0	
				Inexistente	0,0	0,0	
	Total da Subdimensão					12,0	0,0
	Recursos Humanos	Existência de equipe mínima permanente da CAMEDIS	12,0	Existente	12,0	0,0	
				Inexistente	0,0	0,0	
	Total da Subdimensão					12,0	0,0
	Recursos Materiais	Disponibilidade de material para impressão dos documentos	4,0	Disponível	4,0	4,0	
				Indisponível	0,0	-	
		Disponibilidade de computadores e softwares	4,0	Disponível	4,0	4,0	
				Indisponível	0,0	-	
	Total da Subdimensão					8,0	8,0

	Normas internas e (Portaria e Regimento interno)	Existência de Portaria regulatória	6,0	Existente	6,0	6,0
				Inexistente	0,0	-
	Existência de regulamento interno	6,0	Existente	6,0	-	
			Inexistente	0,0	0,0	
Total da Subdimensão					12,0	6,0
Total da dimensão de estrutura					44,0	14,0

Nas subdimensões infraestrutura e recursos humanos, nas entrevistas, pode-se evidenciar que a Câmara funcionava por meio de encontros mensais ou quinzenais marcados entre representantes da DPDF e da SES/DF, para análise da possibilidade de prestação de serviço de saúde a cidadãos que buscavam a DPDF em razão de demandas não atendidas pelas unidades da SES. Os entrevistados relataram a ausência de estrutura física própria e adequada ao atendimento ao usuário do SUS, bem como, ausência de recursos humanos próprios, devidamente, treinados e capacitados para desenvolvimento das atividades da CAMEDIS, uma vez que funcionava no espaço físico e utilizava esporadicamente os servidores do Núcleo de Judicialização.

Ainda pode-se suscitar que em virtude da ausência de estrutura física e recursos humanos próprios, a abrangência da CAMEDIS foi limitada diante do volume das demandas na área de saúde no DF. Contudo, atuação limitada da CAMEDIS pode ser melhor explicada quando comparada à CRLS e ao grande investimento em infraestrutura e recursos humanos adotado na câmara do Rio de Janeiro, lá a equipe interdisciplinar conta com mais de 67 profissionais, possui sede própria, funciona de forma permanente, e atende em grande escala (VENTURA, 2020; SANT'ANA, 2017).

Quanto à subdimensão de recursos materiais os entrevistados não relataram dificuldades nestes aspectos, e ainda na análise documental pode-se observar a vigorosa instrução processual com documentação das áreas técnicas da SES/DF. Na subdimensão das normas internas não foi efetivado o previsto na Portaria, que estabelecia que seria elaborado o regimento interno no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da publicação. O que de fato não ocorreu e resultou na construção informal do fluxo de funcionamento da CAMEDIS.

Nas pontuações alcançadas na matriz de julgamento relativa à dimensão processo

referente à subdimensão fluxo de trabalho foi evidenciado tanto na análise documental quanto nas entrevistas, a ausência de regulamentação de fluxo de trabalho interno e externo. Assim, os atores envolvidos organizaram um fluxo informal, no qual evidencia-se a seleção prévia das demandas pela DPDF, sendo excluídos os casos considerados urgentes, por exemplo, pedidos de internação em leitos de terapia intensiva. Portanto, tinha-se como critério de inclusão na CAMEDIS, ainda que não regulamentado, àqueles pedidos aos quais se acreditava que poderia haver possibilidade de acordo para resolução do conflito de forma extrajudicial

Quadro 15 - Pontuações alcançadas na Dimensão de Processo

Dimensão	Subdimensão	Indicadores	Pontuação do indicador	Crítérios	P.M.	P.A.	
P R O C E S S O	Fluxo de trabalho	Existência do Fluxo de Trabalho	6,0	Existente	6,0	0,0	
				Inexistente	0,0	-	
		Adequação do Fluxo de Trabalho	6,0	Em conformidade	6,0	0,0	
				Não conformidade	0,0	-	
	Total da Subdimensão					12,0	0,0
	Processo administrativo encaminhados para Análise da CAMEDIS	Disponibilidade do processo administrativo para Análise da CAMEDIS	6,0	Disponível	6,0	6,0	
				Não disponível	0,0	-	
		Percentual do processo administrativo em conformidade	6,0	Em conformidade (> 90%)	6,0	4,4	
				Não conformidade	0,0	-	
	Total da Subdimensão					12,0	10,4
	Articulação na rede para atendimento da demanda	Percentual de processos com a realização de articulação na rede	12,0	Realizada (>90%)	12,0	12,0	
				Não realizada	0,0	-	
	Total da Subdimensão					12,0	12,0
	Análise da área técnica	Percentual de análises realizadas pela área técnica	12,0	Em conformidade (> 90%)	12,0	12,0	
				Não conformidade	0,0	-	
	Total da Subdimensão					12,0	12,0
Reuniões de mediação	Percentual de reuniões de	12,0	Em conformidade (> 90%)	12,0	3,9		

		mediação realizadas		Não conformidade	0,0	-
Total da Subdimensão					12,0	3,9
	Elaboração do relatório trimestral	Percentual de relatórios elaborados	8,0	Em conformidade (> 90%)	8,0	0,0
				Não conformidade	0,0	-
Total da Subdimensão					12,0	0,0
Total da dimensão de processo					88,0	38,3

Desta feita, no cotidiano foram criados critérios informais e desenhado um fluxo informal de seleção das demandas encaminhadas à CAMEDIS, que posteriormente eram objeto de análise da área técnica responsável na SES/DF acerca da possibilidade ou não de acordo para resolução da demanda. Assim, pode-se observar um duplo filtro informal referente à possibilidade de resolução extrajudicial de demandas na CAMEDIS, *a priori* na Defensoria Pública e *a posteriori* na Secretaria de Saúde.

A ausência de critérios de seleção previamente regulamentados entre os atores institucional em relação as demandas elegíveis à mediação podem explicar eventuais discrepâncias na percepção dos entrevistados, entre o que poderia ou não entrar na mediação, tanto no âmbito da DPDF quanto na SES/DF e em relação à resolutividade da Câmara, nos diferentes períodos de atuação dos representantes as duas instituições.

Diante disso, não se pode olvidar que as ausências na regulamentação relacionadas aos critérios de elegibilidade das demandas a serem atendidas, o fluxo e obrigações das partes envolvidas pode gerar eventuais distorções em seu objetivo e tratamento antinômico entre os usuários do SUS. De tal modo que não se concede o mesmo caminho aos usuários assistidos por advogados privado ou *pro bono*, o que nos parece em princípio questionável sob a ótica da isonomia.

Dos 168 processos analisados 124 possuíam instrução processual completa, ou seja, apresentavam a documentação do demandante, relatório ou prescrição médica, dados para contato, dentre outros.

Outro ponto digno de nota é referente à articulação na rede para atendimento da

demanda verifica-se que dos 168 processos analisados 165 foram encaminhados às áreas técnicas responsáveis, destes 164 foram respondidos pela área técnica e 3 não consta informação. Deste modo, pode-se evidenciar que a CAMEDIS envidou esforços na tentativa de resolução do conflito e atendimento do usuário.

Do relato dos entrevistados pode-se extrair que a periodicidade das reuniões da CAMEDIS era insuficiente, pois se tratava de projeto piloto, fruto do empenho de alguns atores dentro da Secretaria de Saúde e da Defensoria Pública, na qual faltou apoio institucional e político para que esta fosse criada uma estrutura compatível com as funções assumidas.

Na subdimensão elaboração do relatório trimestral pode-se concluir com as análises dos documentos e das entrevistas que não foi evidenciada a realização desta atividade, prevista no art. 8º da Portaria. Deste modo, somente a ata da reunião (termo de mediação) era juntado aos autos da CAMEDIS.

Quadro 16 - Pontuações alcançadas na Dimensão de Resultados

Dimensão	Subdimensão	Indicadores	Pontuação do indicador	Crítérios	P.M.	P.A.	
R E S U L T A D O S	Demandas solucionadas	Percentual de demandas atendidas	12,0	Demandas solucionadas (antes da mediação ou durante reunião de mediação - >90% do total dos processos)	12,0	4,8	
				Não solucionadas	0,0	-	
	Total da Sub dimensão					12,0	4,8
	Acordos cumpridos	Percentual de acordos cumpridos	12,0	Cumprido	12,0	4,8	
				Não cumprido	0,0	-	
	Total da Sub dimensão					12,0	4,8
	Influência da CAMEDIS na melhoria da gestão do SUS	Percentual de reuniões com os gestores e percentual de relatórios trimestrais	8,0	Conformidade	8,0	0,0	
				Não conformidade	0,0	-	
	Total da Subdimensão					8,0	0,0
	Redução da Judicialização	Percentual dos processos	8,0	Não judicializou (>90%)	8,0	3,2	

	nos processos recebidos pela CAMEDIS	judicializados nos processos recebidos pela CAMEDIS		Judicializou	0,0	-
Total da Subdimensão					8,0	3,2
Total da dimensão de resultados					40,0	12,8
PONTUAÇÃO TOTAL					172,0	65,1
Grau de adequação e conformidade: 37,9% - Crítico						

O Quadro 16 apresenta a pontuações alcançadas na dimensão de Resultados referente às subdimensões previamente estabelecidas. Em relação à subdimensão demanda solucionada observa-se que dos 168 processos analisados 67 demandas foram atendidas, sendo que 45 antes mesmo de se realizar a reunião de mediação e 22 como resultado do cumprimento dos acordos firmados, correspondendo a 40% dos processos analisados, alcançando uma pontuação ponderada de 4,8.

Em relação aos acordos foram 38 acordos formalizados e 22 foram efetivamente cumpridos. O que se refere à redução da Judicialização nos processos recebidos pela CAMEDIS, em que pese os números pequenos apresentados pela câmara os entrevistados relataram que o índice de solução da CAMEDIS era exitoso, dentro aquilo que se propunha. Muito embora, não fossem suficientes para causar impacto na Judicialização da saúde no DF. Para esta subdimensão foram considerados os acordos cumpridos antes da realização da reunião de mediação, 45 e os que foram cumpridos após a reunião de mediação (22), correspondendo a 40% (67) dos processos analisados.

Nas entrevistas observamos relatos que a CAMEDIS teve resultados limitados, todavia foi exitosa dentro de suas limitações. Reitera-se ausência de relatórios trimestrais de modo que não foi evidenciada no presente estudo a influência da CAMEDIS na melhoria da gestão do SUS.

Sobre a redução da Judicialização nos processos recebidos pela CAMEDIS foram identificados que dos casos analisados (168), 56 obtiveram êxito no atendimento da sua demanda. Enquanto, 28 foram judicializados, além disso, não temos informação do desfecho de 73 processos. Portanto, pode-se afirmar que 67 processos não foram judicializados, o que corresponde a 40% dos processos, totalizando a nota de 3,2 para a subdimensão.

Quadro 17 - Grau de adequação e conformidade alcançado pela CAMEDIS

Dimensão	Padrão	%	PM	PA	% CAMEDIS
Estrutura	Ótimo	90 a 100%	44		
	Aceitável	60 a 89%			
	Inadequado	40 a 59%			
	Crítico	0 a 39%		14,0	31,81
Processo	Ótimo	90 a 100%	88		
	Aceitável	60 a 89%			
	Inadequado	40 a 59%		38,3	43,52
	Crítico	0 a 39%			
Resultado	Ótimo	90 a 100%	40		
	Aceitável	60 a 89%			
	Inadequado	40 a 59%			
	Crítico	0 a 39%		12,8	32
TOTAL			172	65,1	37,9%

O grau de adequação e conformidade foi estimado pela proporção de pontos obtidos em relação ao número máximo esperado. Os limites para a classificação enunciam-se da seguinte forma: crítico (C) = 0-39%; não satisfatório (NS) = 40-79%; aceitável (A) = 80 % ou mais (HARTZ, 1997). Assim, satisfatório seria acima de 90%.

No quadro de análise do grau de adequação e conformidade da CAMEDIS é possível observar as pontuações alcançadas nas dimensões estrutura, processo e resultado apresentam-se em nível crítico, enquanto a dimensão resultado encontra-se em nível inadequado.

De tal sorte que com todo o arcabouço teórico e metodológico utilizado, os resultados obtidos na pesquisa documental e entrevistas, bem como nas matrizes de julgamento da intervenção, nas dimensões estrutura, processo e resultado, subdimensões e indicadores preestabelecidos, apontam que o grau de adequação e conformidade da CAMEDIS é considerado crítico (37,9%), conforme HARTZ, 1997.

Vale ressaltar que a classificação da CAMEDIS em nível crítico não mitiga possível reestruturação da câmara, tão auspiciada pelos entrevistados. Conquanto aponta para o seu necessário aperfeiçoamento com estrutura compatível a missão de buscar a efetividade do direito à saúde. De tal sorte que se observem as fragilidades e fortalezas evidenciadas neste estudo a fim de evitar que se reproduzam as mesmas dificuldades.

8. CONCLUSÃO

Os métodos alternativos de resolução de conflitos receberam notável estímulo, inclusive na seara legislativa – com a promulgação da Lei nº. 13.140, de 26 de junho de 2015, e do Código de Processo Civil de 2015, o que evidencia a importância atribuída ao referido instituto. Em que pese a CAMEDIS, como exposto no presente estudo, não se adaptar ao conceito de mediação, de acordo com a legislação vigente, em virtude da ausência de um terceiro desinteressado, é incontestável sua importância como câmara de interlocução ou de negociação dos conflitos em saúde.

Assim, a criação de uma via consensual e extrajudicial de solução de conflitos envolvendo a tutela do direito social à saúde, pode constituir um instrumento efetivo para melhoria do acesso dos usuários às políticas públicas de saúde e conseqüentemente minimizar a judicialização da saúde.

No presente estudo pode-se vislumbrar que para a CAMEDIS ampliar sua área de atuação se faz necessário o empenho das instituições envolvidas, com apoio técnico e científico que envolvam os aspectos de estrutura física, recursos humanos e processos de trabalho na busca por despolarização dos atores envolvidos nas demandas judiciais de saúde pública, e construção de soluções que incorporem as visões de todos os órgãos, e em especial os interesses do usuário do SUS. De tal sorte que o sucesso das práticas de resolução extrajudicial de conflitos sanitários depende da convergência de todos os envolvidos à concretização do direito social à saúde e satisfação dos usuários.

Portanto, a cooperação entre as instituições envolvidas e a institucionalização dos procedimentos adotados na solução consensual dos conflitos, pode estabelecer e facilitar o acesso à saúde da população. Tal visão pode desencadear estratégias nas quais se aproveitem as demandas individuais para a efetividade do Sistema Único de Saúde, com o acesso universal, integral, gratuito e equitativo aos serviços públicos de saúde.

Neste sentido, o Conselho Nacional de Justiça publicou a Recomendação nº 100 de 16/06/2021 que versa sobre o uso de métodos consensuais de solução de conflitos em demandas que versem sobre o direito à saúde. Já a Resolução nº 358 de 02/12/2020 regulamenta a criação

de soluções tecnológicas para a resolução de conflitos pelo Poder Judiciário por meio da conciliação e mediação.

De fato, tendência é o investimento em métodos consensuais de resolução de conflitos, tal como a CAMEDIS. Conquanto, recomenda-se resgatar e aprimorar a CAMEDIS, visto que a câmara que foi pioneira e visionária na resolução dos conflitos em saúde no DF. Assim, merece maior atenção, boa vontade e cooperação entre os atores políticos e gestores das instituições envolvidas.

Não é despiciendo afirmar que empoderar a CAMEDIS pode constituir instrumento de promoção e acesso ao direito à saúde, não se descuidando de regramento específico para que não se torne em instrumento de obtenção de vantagem. Deste modo, a Câmara deve ser objeto de constante monitoramento e avaliação para identificação e implementação dos necessários aperfeiçoamentos, com enfoque no usuário, nas dificuldades vivenciadas por quem depende dos serviços de saúde pública para preservar a sua saúde, a sua vida e a dos seus familiares. Ademais, dever-se-á atentar para a capacitação dos profissionais para lidar com as dificuldades inerentes à sensibilidade das demandas em saúde, e promover ambiente acolhedor e acessível para as soluções extrajudiciais.

Cumprir destacar que o Tribunal de Contas do Distrito Federal na Decisão nº 1481/2020, publicada em 18 de maio de 2020, decidiu por unanimidade, de acordo com o voto do Relator: recomendar à SES/DF, à Defensoria Pública (DPDF) e à Procuradoria-Geral (PGDF) que, no prazo de 90 (noventa) dias, adotem medidas conjuntas visando à finalização e consequente aprovação de termo de cooperação que discipline as atividades desempenhadas pela Câmara Permanente de Mediação em Saúde (CAMEDIS), de modo a estimular a solução consensual de conflitos envolvendo os serviços de saúde pública prestados pelo Distrito Federal, o que pode resultar na mitigação da ocorrência de demandas judiciais;

Deste modo, o redesenho e reestruturação da CAMEDIS é medida que se impõe para proporcionar ao usuário do SUS uma ferramenta para solução administrativa efetiva quanto ao acesso ao direito à saúde no DF, para tanto se faz necessário aumentar sua capacidade de atuação para fazer frente às demandas na área da saúde do DF.

Sob este prisma rememora-se que muitas das fragilidades apontadas neste estudo

emergem da ausência de infraestrutura e recursos humanos. Portanto, recomenda-se que a CAMEDIS possua recursos humanos próprios, formado por equipe multiprofissional para atendimento adequado ao usuário, profissionais (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas e assistentes sociais, técnicos administrativos) capacitados, preferencialmente no direito sanitário, direito em saúde e com conhecimento no funcionamento da SES/DF.

No mesmo sentido, recomenda-se investimento em infraestrutura adequada ao seu funcionamento permanente, de modo que possa estar de portas abertas ao usuário, com instalações físicas próprias e adequadas à natureza do serviço, dotada de infraestrutura operacional e tecnológica que possibilitem a coleta, o monitoramento e avaliação continuada dos dados objeto das demandas, nos termos da legislação vigente. De modo, a aprimorar a prestação do serviço e possibilitar produção de relatórios gerenciais e situacionais para análise do perfil das demandas, dos usuários, produção de estudos científicos a fim de contribuir na atuação e tomada de decisão dos gestores e na melhoria do sistema de saúde.

De fato, a experiência da CAMEDIS na resolução administrativa de conflitos em saúde pode constituir uma ferramenta para correção de falhas nas políticas do SUS, demonstrar os vazios assistenciais e as barreiras no acesso aos usuários. Igualmente, pode constituir um instrumento democrático, alternativo e eficiente ao acesso do usuário às políticas públicas de saúde, uma vez que pode aproximar e reintegrar o usuário ao SUS.

O produto esperado deste estudo é desencadear reflexões e discussões sobre a CAMEDIS, bem como repensar as estratégias, práticas e atitudes que envolvem suas fragilidades e fortalezas. De modo que os resultados, ora, apresentados possam auxiliar gestores e profissionais interessados a realizarem movimento visando à melhoria das atividades da câmara e consequentemente um melhor atendimento aos usuários dos serviços de saúde.

Em linhas gerais, os entrevistados, avaliaram a CAMEDIS de forma positiva e exitosa, em que pese os limites impostos pelas condições da proposta inicial. Muito embora, sua atuação limitada não foi suficiente para causar impacto na redução da Judicialização da saúde no DF, foi apontada pelos entrevistados com entusiasmo, como medida adequada e necessária, em conformidade com a política nacional de resolução das demandas em saúde protagonizada pelo CNJ.

Impende ressaltar a potencialidade no redesenho e reestruturação da CAMEDIS para seu necessário aperfeiçoamento no sentido de buscar a efetividade do direito à saúde, não só na busca da “desjudicialização” da saúde, mas sob a ótica da promoção do acesso ao usuário dos direitos constitucionalmente tutelados.

REFERÊNCIAS

- ALVES, C. K. A.; NATAL, S.; FELISBERTO, E.; SAMICO, I. **Interpretação e análise das informações: uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões.** In: SAMICO, I. et al. (org). Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. capt. 8, p. 89-108.
- ANTONIO, S. S. D. **Mediação Sanitária: diálogo e consenso possível.** Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, v. 5, n. 2, p. 8–22, 29, maio, 2016.
- BARDIN, L.; RETO, L. A.; PINHEIRO, A. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2000.
- BARRETT, J. T; BARRETT, J. P. **A history of alternative dispute resolution: the story of a political, social, and cultural movement.** San Francisco: Jossey-Bass, 2004. Disponível em: <https://br1lib.org/ireader/921302>. Acesso em 10 ago. 2019.
- BARROSO, L. R. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial.** Jan. 2009.
- BOBBIO. **Dicionário de política. pdf.** Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4197102/mod_resource/content/1/BOBBIO.%20Dicion%C3%A1rio%20de%20pol%C3%ADtica..pdf. Acesso em: 15 jan. 2020
- BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Judicialização da Saúde no Brasil: dados e experiências.** Brasília: CNJ, 2015.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Coleção para entender a gestão do SUS. Direito à Saúde.** Brasília: CONASS, 2015.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Coletânea Direito à saúde: dilemas do fenômeno da judicialização da saúde.** Org. Alethele de Oliveira Santos, Luciana Tolêdo Lopes. Brasília. CONASS, v. 2, 319p, 2018.
- BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Recomendação nº 31 de 30 de março de 2010.** Publicada no DJE/CNJ nº 61/2010, p. 4-6, Brasília, 07 abr. 2010. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/files/atos_administrativos/recomendao-n31-30-03-2010presidencia.pdf Acesso em: 22 ago. 2019.
- BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 107 de 06 de abril de 2010.** Publicada no DJE/CNJ nº 61/2010, p. 9-10, Brasília, 7 abr. 2010. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/files/atos_administrativos/resoluo-n107-06-04-2010presidencia.pdf. Acesso em: 22 ago. 2019.
- BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Judicialização e saúde: ações para acesso**

à saúde pública de qualidade / Conselho Nacional de Justiça; Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. – Brasília: CNJ, 2021. 164 p: il. color. (Diagnósticos para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável) ISBN: 978-65-5972-013-2

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº. 125, de 29 de novembro de 2010.** Publicada no DJE/CNJ nº 219/2010, de 01/12/2010, p.2-14 e republicada no DJE/CNJ nº 39/2011, de 01/03/2011, p. 2-15. Brasília, 2010. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/atos-normativos?documento=156>. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº. 238 de 06/09/2016.** Publicada no DJE/CNJ, nº 160, de 09/09/2016, p. 8-9. Brasília, 6 set. 2016. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2339>. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**, 5 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. Corregedor Nacional de Justiça. **Provimento nº 84, de 14 de agosto de 2019.** Dispõe sobre o uso e o funcionamento do Sistema Nacional de Pareceres e Notas Técnicas (e-NatJus), 2019. Publicado no DJE/CNJ nº 168/2019, de 19/08/2019, p. 9. Brasília, 2019. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2987>. Acesso em: 30 jun. 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. Código de Processo Civil. 2015.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2015/lei/113105.htm. Acesso em 30 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. In: **Anais da 8ª. Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: MS, 1986. 38p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8conf_nac_cris.pdf. Acesso em: 6 dez. 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde.** Publicada no Diário Oficial da União, p. 18055, Poder Executivo. Brasília, 19 set. 1990.

BRASIL. Presidência da República, **DECRETO nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Brasília, 29 de junho de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%207.508%2C%20DE%2028,interfederativa%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs. Acesso: 30 jul. 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário - RE 657718 - Min. Marco Aurélio**, 22 maio 2019. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4143144>. Acesso em: 7 dez. 2019. Acesso em 13 dez. 2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Suspensão De Tutela Antecipada: STA 175 CE.**

Disponível em: <https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/19135440/suspensao-de-tutela-antecipada-sta-175-ce-stf>. Acesso em: 7 dez. 2019.

BRASIL. Tribunal de Contas do Distrito Federal. **Processo Nº 40524/2017-e**. Decisão nº 1481/2020. Disponível em: <https://etcdf.tc.df.gov.br/?a=documento&f=downloadPDF&iddocumento=2274114>. Acesso em: 01 ago. 2021.

BRASIL. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência**. Brasília: CNJ, 2015. 142 p. (Justiça Pesquisa). Disponível em: <http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/307>. Acesso em: 30 jun. 2020

BRASIL. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Mediação e conciliação avaliadas empiricamente: jurimetria para proposição de ações eficientes**. Brasília: CNJ, 2019. 192 p. (Justiça Pesquisa). Relatório analítico propositivo. Disponível em: <http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/321>. Acesso: 10 mai. 2020.

BROUSSELLE, A. et al. (EDS.). **Avaliação: conceitos e métodos**. 1ª edição e 2ª reimpressão-2016 ed. FIOCRUZ, 2011.

BROUSSELLE A.; CHAMPAGNE F.; CONTANDRIOPOULOS A.P.; HARTZ Z. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.

CASTRO, K. R. T. R. DE. **Os juízes diante da judicialização da saúde: o NAT como instrumento de aperfeiçoamento das decisões judiciais na área da saúde**. Março de 2012. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/9769>. Acesso em: 10 de dezembro de 2019.

CHAMPAGNE, F. et al. **A Análise Normativa**. In: BROUSSELLE, A. et al. (Org.). Avaliação: conceitos e métodos. Capítulo 5, Rio de Janeiro, Fiocruz, 2011.

COHN, A. **A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões**. Cadernos de Saúde Pública, v. 25, n. 7, p. 1614–1619, jul. 2009.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. **A avaliação na área da saúde: conceito e métodos**. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.). Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Ed. FIOCRUZ, 1997.

DELDUQUE, M. C.; CASTRO, E. V. DE. **A Mediação Sanitária como alternativa viável à judicialização das políticas de saúde no Brasil**. Saúde em Debate, v. 39, p. 506–513, jun. 2015.

DeCS 2019 - **Descritores em Ciência da saúde**. Biblioteca Virtual em saúde, versão 12 de junho de 2019. Acesso http://decs.bvs.br/P/DeCS2019_Alfab.htm

DINIZ, D.; MACHADO, T. R. DE C.; PENALVA, J. **A Judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 2, p. 591–598, fev. 2014a.

DINIZ, D.; MACHADO, T. R. DE C.; PENALVA, J. **A Judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 2, p. 591–598, fev. 2014b.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Portaria nº 792, de 26 de julho de 2018**. Publicada no DODF nº 146, de 02/08/2018, p. 15. Disponível em: http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2018/08_Agosto/DODF%20146%2002-08-2018/DODF%20146%2002-08-2018%20INTEGRA.pdf.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Portaria nº 829 de 1º de agosto de 2018**. Publicada no DODF nº 155, de 15/08/2018, p. 22. Disponível em: http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2018/08_Agosto/DODF%20155%2015-08-2018/DODF%20155%2015-08-2018%20INTEGRA.pdf

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Defensoria Pública do Distrito Federal. **Portaria Conjunta nº 1 de 26/02/2013**. Publicada no DODF nº 043, de 28/02/2013, p. 19. Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/74163/Portaria_Conjunta_1_26_02_2013.html. Acesso em: 10 dez. 2019.

DISTRITO FEDERAL. **Portaria nº 792, de 26 de julho de 2018**. Diário Oficial do Distrito Federal - DODF nº 146, de 02/08/2018, p. 15.

DISTRITO FEDERAL. **Portaria nº 829 de 1º de agosto de 2018**. Diário Oficial do Distrito Federal - DODF nº 155, de 15/08/2018, p. 22.

DISTRITO FEDERAL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. **Comitê Executivo Distrital da Saúde**. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/governanca-e-gestao-estrategica/governanca/comite-executivo-distrital-da-saude>. Acesso em: 10 dez. 2019.

DISTRITO FEDERAL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. **TJDFT - lança página do Comitê Executivo Distrital da Saúde**. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/noticias/2013/maio/tjdft-lanca-pagina-do-comite-executivo-distrital-da-saude>. Acesso em: 10 dez. 2019.

HARTZ, ZMA., org. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-85676-36-1. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

INSPER, I. D. E. E. P.; Conselho Nacional de Justiça. **Judicialização da saúde no Brasil: Perfil das demandas, causas e propostas de solução, INSPER- 2019: Justiça Pesquisa**. Instituto de Ensino e Pesquisa - INSPER, 2019. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp->

content/uploads/conteudo/arquivo/2019/03/f74c66d46cfea933bf22005ca50ec915.pdf. Acesso em: 6 dez. 2019.

MADURO, L. C. DA S. **Avaliação da judicialização da saúde no município de Ribeirão Preto/SP**. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, 4 mar. 2016.

MARIANO, C. M. et al. **Diálogos sanitários interinstitucionais e a experiência de implantação do NAT-JUS**. Revista de Investigações Constitucionais, v. 5, n. 1, p. 169–188, abr. 2018.

MOORE, C. W. **O processo de mediação: estratégias práticas para a resolução de conflitos**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

MORILAS, L. et al. Conselho Nacional de Justiça - CNJ: **Relatório analítico propositivo mediação e conciliação avaliadas empiricamente**, 2019. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/d0da6f63aa19de6908bd154f59254b93.pdf>. Acesso em 09 de jan. 2020.

OLIVEIRA, M. D. R. M. **As demandas judiciais em saúde pós-audiência do Supremo Tribunal Federal**. Dissertação Mestrado, p. 80, 2014.

OLIVEIRA, M. DOS R. M. **A Judicialização da Saúde no Brasil**. Tempus Actas de Saúde Coletiva, v. 7, n. 1, p. 79–90, 3 abr. 2013.

OLIVEIRA, M. A.; SANTOS, E. M. DOS; MELLO, J. M. C. **AIDS, ativismo e regulação de ensaios clínicos no Brasil: o Protocolo 028**. Cadernos de Saúde Pública, v. 17, n. 4, p. 863–875, ago. 2001.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/declaracao/>. Acesso em: 6 dez. 2019.

PACHECO, R. D. P. **Desjudicialização: conciliação e mediação no novo Código de Processo Civil**. Conteúdo Jurídico. Disponível em: <https://conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/52025/desjudicializacao-conciliacao-e-mediacao-no-novo-codigo-de-processo-civil>. Acesso em: 16 jan. 2020.

PAIM, P.; LOPES, I. DE O.; MARQUETO, A. **Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde: experiência do Distrito Federal**. CONASS, Livro Direito à Saúde. n. 1^o, 9 abr. 2015.

PAIXÃO, A. L. S. DA. **Reflexões sobre a judicialização do direito à saúde e suas implicações no SUS**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, p. 2167–2172, 27 jun. 2019.

PAUMGARTTEN, M. **The challenges on the integration of self-solution conflict in the new Brazilian Civil Procedure context**. 2015.

PINHEIRO, M. C. **Núcleos de assessoramento técnico: estratégia à judicialização da saúde?** <http://repositorio.enap.gov.br/>, jun. 2016.

RIBEIRO, W. C. **A mediação como meio de resolução de conflitos na área de saúde.** Revista de Direito Sanitário, v. 18, n. 3, p. 62–76, 22 mar. 2018.

SAMICO I; FELISBERTO E.; FIGUEIRÓ A.C.; FRIAS P.G.; ORGANIZADORES. **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais.** Rio de Janeiro: MedBook; 2010. 196 p.

SANT'ANA, R. N. **Atuação da defensoria pública na garantia do direito à saúde: a Judicialização como instrumento de acesso à saúde.** Revista Brasileira de Políticas Públicas, v. 8, n. 3, 20 dez. 2018.

SANT'ANA, R. N. **A Judicialização como instrumento de acesso à saúde: Propostas de enfrentamento da injustiça na saúde pública.** Brasília: Centro Universitário de Brasília; 2017. Tese Doutorado. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/12414/1/61350132.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2021.

SANTOS, A. DE O. et al. (EDS.). **Coletânea direito à saúde.** 1ª edição ed. Brasília: CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2018.

SANTOS, A. DE O. **Teses da saúde no relatório final da VII Conferência Nacional de saúde e na Legislação Federal no período compreendido entre 1986 e 2016: uma análise comparada.** Tese de Doutorado. Repositorio.unb.br, p. 210, 20 set. 2019.

SARLET, I. W. **Direitos Fundamentais - STJ, STF e os critérios para fornecimento de medicamentos (parte 2).** Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2018-mai-11/direitos-fundamentais-stj-stf-criterios-fornecimento-medicamentos-parte>.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Direitos Fundamentais - STJ, STF e os critérios para fornecimento de medicamentos (parte 1).** Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2018-abr-27/direitos-fundamentais-stj-stf-criterios-fornecimento-medicamentos-parte>

SILVA, A. B. DA; SCHULMAN, G. **(Des)judicialização da saúde: mediação e diálogos interinstitucionais.** Revista Bioética, v. 25, n. 2, p. 290–300, ago. 2017.

SILVEIRA, V. L. D. M. **Ponderação e proporcionalidade no direito brasileiro.** Disponível em: <https://conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/34807/ponderacao-e-proporcionalidade-no-direito-brasileiro>. Acesso em: 15 jan. 2020.

SOARES, B. DA C.; CARDOSO, G. C. P.; FIGUEIRÓ, A. C. **Análise estratégica da Vigilância Epidemiológica em tuberculose: uma experiência local.** Saúde em Debate, v. 41, n. spe, p. 22–33, mar. 2017.

SOUSA, F. O. DE. **Avaliação normativa das ações de testagem e aconselhamento para HIV em Unidades Básicas do Município de Manaus, AM.** Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5314>. Acesso em: 25 de jul. 2021.

SOUSA, M. Goretti de G. - **Avaliação do Grau de Implementação do Projeto Nascer Maternidades em Pernambuco.** Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ Fundação Oswaldo Cruz – Brasília, 2006 Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5095>. Acesso em 10 ago. 2021.

SCHULMAN, G.; SILVA, A. B. **(Des) judicialização da saúde: mediação e diálogos interinstitucionais.** Revista Bioética, v. 25, n. 2, 2017, p. 295.

VENTURA, M. et al. **Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77–100, 2010.

VENTURA, M. **O processo decisório judicial e a assessoria técnica: a argumentação jurídica e médico-sanitária na garantia do direito à assistência terapêutica no Sistema Único de Saúde.** Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Tese de Doutorado, 2012.

VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana. **Uma experiência interinstitucional de resolução de litígios em saúde: percursos dos usuários no acesso ao direito e à justiça.** Revista Direito e Práxis, Ahead of print, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaceaju/article/view/51143>. Acesso em: 07 set. 2021. DOI: 10.1590/2179-8966/2020/51143.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE
--

Prezado participante,

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto, **Análise Normativa da Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde – CAMEDIS como instrumento de gestão na judicialização da saúde no Distrito Federal**, sob a responsabilidade da discente **Alessandra Marqueto** aluna do Mestrado Profissional em saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sendo orientada pelas Professoras Doutoras Miriam Ventura e Marcela Alves de Abreu.

O objetivo central do estudo é **realizar a análise normativa da CAMEDIS, conforme a Portaria Conjunta nº 01, de 26 de fevereiro de 2013, identificando fortalezas e obstáculos desta instância interinstitucional de solução dos conflitos em saúde**

O convite a sua participação se deve à atuação, como representante da Secretaria de Estado de Saúde do DF – SES/DF ou da Defensoria Pública do Distrito Federal, na Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde – CAMEDIS.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma.

Confidencialidade e Privacidade: Serão tomadas as seguintes medidas e/ou procedimentos para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações prestadas. Apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades, qualquer dado que possa identificá-lo, diretamente, será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, o material coletado será armazenado em local seguro sob a guarda do pesquisador.

O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão, ou desistir de participar da qualquer momento sem qualquer prejuízo, sanção ou constrangimento, podendo retirar seu

consentimento a qualquer tempo e sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a).

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado. A sua participação será através de uma entrevista semi-estruturada, por intermédio de plataforma digital, que poderá ser gravada mediante autorização prévia, você deverá responder algumas perguntas referente à CAMEDIS com um tempo estimado **de 30 (trinta) minutos** para sua realização. A entrevista somente será gravada se houver autorização do entrevistado, posteriormente, serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e suas orientadoras. A entrevista será agendada em plataforma digital, conforme disponibilidade do participante.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, o participante poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Não será oferecida nenhuma remuneração por sua participação bem como não lhe será atribuído nenhum custo financeiro. Após a conclusão da pesquisa todos os dados coletados (a transcrição das entrevistas e análises documentais) estarão armazenados em local seguro com acesso apenas dos pesquisadores responsáveis. Todo o material será mantido em arquivo digital durante 5 anos, conforme Resoluções do CNS nº 466/12 e nº 510/16 e, com o fim deste prazo, será descartado.

O benefício da sua participação na pesquisa é indireto e relacionado à contribuição para a possível melhoria dos serviços prestados pela Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde (CAMEDIS) instituída pela Portaria Conjunta nº 01, de 26 de fevereiro de 2013, entre a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) e a Defensoria Pública do Distrito Federal (DPDF), na solução dos conflitos em saúde.

Os riscos de sua participação na pesquisa são decorrentes da possível identificação indireta dos entrevistados em virtude do conteúdo das falas, cargos ocupados e número restrito de participantes. Sobretudo quanto à possibilidade de constrangimentos de ordem institucional gerados por eventuais contrariedades ocasionadas por informações prestadas na entrevista.

Os resultados serão apresentados aos participantes mediante a disponibilização de cópia digital da Dissertação publicada.

Em virtude da pandemia por Covid-19 o presente Termo será encaminhado por e-mail ao

participante, já devidamente assinado e rubricado pelo pesquisador responsável, todas as páginas foram numeradas e deverão ser rubricadas por ambos e as assinaturas apostas na última página. A assinatura do participante poderá se dar de forma eletrônica ou digitalizada, e enviada para o e-mail da pesquisadora responsável (alemarqueto@gmail.com). A assinatura do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE poderá ser realizada de forma presencial a critério do participante.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP e da FEPECS-SES/DF como instituição coparticipante. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP.

O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Contatos do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP:

Tel do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h”.

Acesse <https://cep.enp.fiocruz.br/participante-de-pesquisa> para maiores informações.

Contatos Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF:

Telefone: (61) 2017 2132 - ramal 6878

e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com.

Contato com a pesquisadora responsável:

Alessandra Marqueto, aluna do Programa de Pós-Graduação, Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde Pública na ENSP/FIOCRUZ.

Tel: **61 98240811**

Email: alemarqueto@gmail.com

Brasília, _____

Alessandra Marqueto
(*pesquisadora responsável*)

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “**Análise Normativa da Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde – CAMEDIS como instrumento de gestão na judicialização da saúde no Distrito Federal**” e concordo em participar.

- Autorizo a gravação da entrevista
- Não autorizo a gravação da entrevista

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante:

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA ESTRUTURADA

ENTREVISTA ESTRUTURADA	
CARACTERÍSTICAS DO ENTREVISTADO	
Data:	
Nome:	
Idade:	
Formação:	
Tipo de vínculo:	
Tempo de serviço:	
CARACTERÍSTICA DA DEMANDA	
1.	Quais os problemas você elencaria como causas da judicialização da saúde no DF?
2.	Quais demandas eram encaminhadas para CAMEDIS? Havia algum critério de seleção? Se sim quais os critérios utilizados e onde era realizado esta seleção?
3.	Como você descreveria as atividades desempenhadas pela CAMEDIS?
4.	As atividades estavam alinhadas aos objetivos propostos pela CAMEDIS?
5.	A execução operacional da CAMEDIS ocorreu conforme planejado?
ESTRUTURA FÍSICA	
6.	Como você descreveria a estrutura física da CAMEDIS? A estrutura física era adequada para a execução das atividades propostas?
7.	Quantos funcionários integravam a equipe? Suas funções eram exclusivas para atender as demandas da CAMEDIS?
8.	Como era o contato entre os gestores da SES/DF e os representantes da Defensoria Pública na CAMEDIS?
9.	Foi elaborado o regulamento da CAMEDIS, conforme prevê o art. 7º da Portaria Conjunta nº 1 de 26/02/2013?
ARTICULAÇÃO INTERINSTITUCIONAL	
10.	Como pode descrever a função dos atores envolvidos na CAMEDIS (gestores e defensoria e usuário)?
11.	Quais eram as parcerias, instituições e atores, mobilizados durante as atividades da CAMEDIS?
12.	Você identifica que essas parcerias foram suficientes para os objetivos propostos pela CAMEDIS?

13.	Houve a participação de atores convidados ou outros atores ou instituição teriam sido envolvidas nas ações da CAMEDIS?
14.	Diante do contexto político na implantação da CAMEDIS você elencaria questões que favoreceram ou dificultaram a realização das suas atividades?
15.	Como você avalia o trabalho da CAMEDIS referente à judicialização da saúde no DF?
16.	Quais os facilitadores e barreiras encontradas nas atividades da CAMEDIS? As atividades foram pertinentes aos objetivos?
MEDIAÇÃO	
17.	Você acha que a CAMEDIS atingiu os objetivos propostos?
18.	Quais os fatores influenciaram a descontinuidade das atividades da CAMEDIS?
19.	Na sua concepção quais foram os resultados/efeitos produzidos pelas atividades da CAMEDIS?
20.	Você teria sugestões de mudança nas ações da CAMEDIS? Se sim, quais?
21.	Os acordos firmados pela CAMEDIS foram cumpridos?
MELHORA NA GESTÃO DO SUS	
22.	Houve redução ou mitigação da Judicialização da saúde no DF no período em que a CAMEDIS atuou?
23.	Houve algum tipo de atuação da CAMEDIS nos processos judiciais já em trâmites?
24.	Houve algum tipo de atuação da CAMEDIS junto aos gestores para melhoria da gestão do SUS, tais como apresentação de relatórios trimestrais aos gestores ou reuniões para planejamento de ações a fim de contribuir com atendimento a todos os usuários?
25.	O art. 8º da Portaria prevê a que a CAMEDIS deverá elaborar relatórios trimestrais de atividades a ser remetido ao Secretário de Estado de Saúde, Defensor Geral, Conselho de Saúde e colegiado de gestão. Tal função foi implementada?

APÊNDICE C - MATRIZ DE INFORMAÇÃO UTILIZADA NA ANÁLISE DOCUMENTAL DOS PROCESSOS ADMINISTRATIVOS

00 CARACTERÍSTICAS PROCESSUAIS

1	Origem = 1 - Defensoria Pública / 2 - Outros - Qual
2	Instrução processual completa (SIM / NÃO)
3	Prescrição médica (SIM / NÃO)
4	Relatório Médico (SIM / NÃO)
5	Identificação completa do usuário (SIM / NÃO) - Falta qual?
6	Dados do usuário para contato (SIM / NÃO)
7	Termo de mediação assinado (SIM/NÃO)
8	Observações adicionais:

01 IDENTIFICAÇÃO DO DEMANDANTE

9	Data de nascimento
10	Sexo
11	Ocupação
12	Número de demandantes
13	Local de residência
14	Região de Saúde
15	Observações adicionais

02 CARACTERÍSTICA DO DEMANDADO

16	Local- qual?
17	Especialidade
18	Atenção primária
19	Rede pública (SIM/NÃO)
20	Rede privada (SIM/NÃO) - Qual
21	Outros locais. Quais?

03 CARACTERÍSTICA DO PEDIDO

22	Local de origem da prescrição (pública / privada) - Qual
23	Diagnóstico
24	Data da prescrição
25	Tipo de pedido
26	Número de pedidos

27	Data de recebimento do pedido na CAMEDIS
28	Há registro de tentativa de resolução na rede (SIM/NÃO). Qual?
29	Observações adicionais:

04 ARTICULAÇÃO INSTITUCIONAL PARA ATENDIMENTO DO PEDIDO

30	Encaminhamento à área técnica (SIM/NÃO)
31	Data do encaminhamento
32	Local de encaminhamento
33	Resposta da área (SIM/NÃO)
34	Tipo de resposta da área técnica responsável
35	Data da resposta
36	Demanda atendida (SIM/NÃO). Sim qual?
37	Resposta a Defensoria Pública (SIM/NÃO)
38	Razões sanitárias da negativa?
39	Número de encaminhamentos
40	Observações adicionais:
41	Possibilidade de mediação (SIM/NÃO)

05 MEDIAÇÃO

42	Agendada reunião de mediação (SIM/NÃO)
43	Usuário compareceu (SIM/NÃO)
44	Atores participantes da reunião de mediação
45	Mediação realizada (SIM/NÃO)
46	Número de participantes da reunião de mediação
47	Usuário aceitou o acordo (SIM/NÃO)
48	Data de assinatura do Termo de mediação

06 ARTICULAÇÃO PARA CUMPRIMENTO

49	Houve articulação na rede para o cumprimento da mediação? (SIM/NÃO) - Qual
50	O pedido do usuário foi agendado? (SIM/NÃO) - Qual
51	Houve acompanhamento acerca do cumprimento do acordo? (SIM/NÃO) - Qual
52	O Termo de Mediação foi cumprido (SIM/NÃO) - Por que?
53	A demanda foi judicializada (SIM/NÃO) - Por que?
54	Observações adicionais:

APÊNDICE D - PRINT DA PLANILHA ELABORADA NO EXCELL PARA ANÁLISE DOCUMENTAL DOS PROCESSOS

ANÁLISE CAMEDIS - GRAFICO-07-06-2021 - Excel

Alessandra Marqueto

	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
10										
11	ok	1	2	3	4	5	6	7	8	ok
	00- CARACTERÍSTICAS PROCESSUAIS	Origem = 1 - Defensoria Pública / 2 - Outros - Qual	Instrução processual completa (SIM / NÃO)	Prescrição médica (SIM / NÃO)	Relatório Médico (SIM / NÃO)	Identificação completa do usuário (SIM / NÃO) Falta qual?	Dados do usuário para contato (SIM / NÃO)	Termo de mediação assinado (SIM/NÃO)	Observações adicionais:	01- IDENTIFICAÇÃO DO DEMANDANTE
12						NÃO - DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO				
13		1	NÃO	SIM			SIM	NÃO		
14		1	SIM	SIM			SIM	NÃO		
15		1	NÃO	SIM			NÃO	SIM	NÃO	DOCUMENTOS ILEGÍVEIS
16		1	SIM	SIM		SIM	SIM	SIM		
17		1	SIM	SIM		NÃO	SIM	SIM		
18		1	SIM	SIM		SIM	SIM	SIM	NÃO	
19		1	SIM	SIM		NÃO	SIM	SIM		
20		1	SIM		NÃO	SIM	SIM	SIM		
21		1	NÃO		SIM	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NTOS DE IDENTIFICAÇÃO

TODOS LISTA ANÁLISE ANÁLISE POR VARIÁVEL

PRONTO Digite aqui para pesquisar

POR 13:52 13/10/2021

APÊNDICE E - MATRIZ DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Perguntas	Tipo de abordagem	Fonte	Parâmetro
1. Quais os problemas você elencaria como causas da judicialização da saúde no DF?	qualitativa	entrevista	Análise de conteúdo temática
2. Qual era seu cargo e quais atividades você desenvolvia na CAMEDIS?	qualitativa	entrevista	Análise de conteúdo temática
3. Como você descreveria as atividades desempenhadas pela CAMEDIS?	qualitativa	entrevista	Análise de conteúdo temática
4. As atividades eram adequadas para cumprir os objetivos propostos?	qualitativa	entrevista	Análise de conteúdo temática
5. A execução operacional da CAMEDIS ocorreu conforme planejado?	qualitativa	entrevista	Análise de conteúdo temática
6. A estrutura física foi suficiente? Recursos humanos adequados ao trabalho?	qualitativa	entrevista	Análise de conteúdo temática
7. Como era a relação entre os gestores da SES/DF e os representantes da Defensoria Pública na CAMEDIS?	qualitativa	entrevista	Análise de conteúdo temática
8. O grupo de participantes (gestores, defensores e etc) eram os adequados para atingir os objetivos?	qualitativa	entrevista	Análise de conteúdo temática
9. Quais eram as parcerias, instituições e atores, mobilizados durante as atividades da CAMEDIS?	qualitativa	entrevista	Análise de conteúdo temática
10. Você identifica que essas parcerias foram suficientes para os objetivos propostos pela CAMEDIS?	qualitativa	entrevista	Análise de conteúdo temática
11. Você elencaria outro ator ou instituição que seria importante ter sido envolvida nas ações da CAMEDIS?	qualitativa	entrevista	Análise de conteúdo temática
12. Diante do contexto político na implantação da CAMEDIS quais questões sr, (a) elencaria que favoreceram ou dificultaram a realização das suas atividades?	qualitativa	entrevista	Análise de conteúdo temática

13. Como Sr. (a) avalia o trabalho da CAMEDIS referente à judicialização da saúde no DF?	qualitativa	entrevista	Análise de conteúdo temática
14. A CAMEDIS atendeu aos fatores determinantes da judicialização da saúde e o seu público alvo?	qualitativa	entrevista	Análise de conteúdo temática
15. Quais os facilitadores e barreiras encontradas nas atividades da CAMEDIS? As atividades foram pertinentes aos objetivos?	qualitativa	entrevista	Análise de conteúdo temática
16. Você acha que a CAMEDIS atingiu os objetivos propostos?	qualitativa	entrevista	Análise de conteúdo temática
17. Quais os fatores influenciaram a descontinuidade das atividades da CAMEDIS?	qualitativa	entrevista	Análise de conteúdo temática
18. Na sua concepção quais foram os resultados/efeitos produzidos pelas atividades da CAMEDIS?	qualitativa	entrevista	Análise de conteúdo temática
19. Você teria sugestões de mudança nas ações da CAMEDIS? Se sim, quais?	qualitativa	entrevista	Análise de conteúdo temática

ANEXO - PORTARIA CONJUNTA Nº 01, DE 26 DE FEVEREIRO DE 2013

PORTARIA CONJUNTA Nº 01, DE 26 DE FEVEREIRO DE 2013.

Institui a Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde (CAMEDIS)

O SECRETARIO DE ESTADO DE SAÚDE e O DEFENSOR GERAL DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições que lhe conferem o artigo 204, incisos X, do Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde, aprovado pela Portaria nº. 40 de 23 de julho de 2001 e o artigo 56, inciso XIII, da Lei Complementar 80 de 12 de janeiro de 1994, respectivamente.

RESOLVEM:

Art. 1º Instituir a Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde – CAMEDIS, responsável por mediação relativa às demandas por serviços ou produtos de saúde oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal.

Art. 2º A CAMEDIS tem como missão institucional buscar solução às demandas por serviços e produtos de saúde, com o intuito de evitar ações judiciais ou propor soluções para aquelas em trâmite.

Art. 3º A CAMEDIS será composta por 01 (um) representante titular e 01 (um) representante suplente de cada um dos órgãos abaixo especificados:

I - Secretaria de Estado de Saúde – SES/DF, que a coordena;

II - Defensoria Pública do Distrito Federal.

§ 1º As Autoridades que subscrevem este ato indicarão, por portaria, em até 10 (dez) dias contados da data de publicação desta, o representante titular e respectivo suplente.

§ 2º A CAMEDIS se reunirá conforme cronograma a ser aprovado em reunião específica de seus membros para essa finalidade.

§ 3º Cabe à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, à qual está vinculada a CAMEDIS, fornecer apoio administrativo e meios materiais necessários ao funcionamento desta.

§ 4º Por decisão dos membros desta comissão poderão ser convidados a participar das reuniões, representantes de órgãos ou entidades da Administração Pública Distrital ou Federal, do Ministério Público e da Defensoria Pública da União, bem como entes privados, tais quais organismos internacionais, conselhos e fóruns locais, instituições de ensino superior, para acompanhamento dos trabalhos.

Art. 4º Compete à CAMEDIS:

I- promover mediação em demandas por serviços ou produtos de saúde a serem fornecidos pelo SUS no Distrito Federal;

II- buscar conciliação e propor soluções para demandas judiciais em trâmite;

III- tomar conhecimento das demandas judiciais e administrativas levadas à ciência da CAMEDIS por qualquer de seus membros integrantes indicados no artigo 3º;

IV- propor a órgãos e entidades da Administração Pública do Distrito Federal, responsáveis pela elaboração e execução de políticas públicas associadas à saúde pública no DF,

medidas para melhorias e cooperação;

Art. 5º As deliberações da CAMEDIS tomadas pela unanimidade de seus membros integrantes indicados no artigo 3º serão encaminhadas à unidade de saúde responsável pelo atendimento da solução mediada.

Parágrafo único. A CAMEDIS poderá fixar prazo para cumprimento de suas decisões.

Art. 6º Os integrantes da CAMEDIS desempenharão suas funções sem prejuízo daquelas desempenhadas nos órgãos que representam e sem remuneração extraordinária.

Art. 7º O regulamento da CAMEDIS será elaborado por seus integrantes no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da publicação desta Portaria.

Art. 8º A CAMEDIS elaborará trimestralmente relatório com o resumo de suas atividades e o remeterá ao Secretário de Estado de Saúde e ao Defensor Geral, bem como ao Conselho de Saúde do Distrito Federal e ao Colegiado de Gestão da SES/DF.

Art. 9º Esta Portaria Conjunta entra em vigor na data de sua publicação.

RAFAEL DE AGUIAR BARBOSA

Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal

JAIRO LOURENÇO

Defensor Geral do Distrito Federal (DODF de 28/02/2013, p 19)