

## A Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde do Distrito Federal: uma análise da atuação na perspectiva dos atores político-institucionais

The District Permanent Chamber of Health Mediation in the Brazilian Federal District: an analysis of performance from the perspective of political-institutional actors

La Cámara Distrital Permanente de Mediación en Salud en Distrito Federal del Brasil: un análisis de la actuación desde la perspectiva de los actores político-institucionales

Alessandra Marqueto<sup>1</sup>  
Marcela Alves de Abreu<sup>2</sup>  
Miriam Ventura<sup>3</sup>

### Resumo

**Objetivo:** descrever o percurso de criação da Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde do Distrito Federal (Camedis), sob a perspectiva dos atores institucionais; compreender as articulações para a efetivação do direito à saúde e como os atores buscaram superar as falhas institucionais e barreiras de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Metodologia:** foram realizadas entrevistas com atores-chaves, utilizando um roteiro semiestruturado, e feita a análise de conteúdo por categorias temáticas. **Resultados:** na análise, foi evidenciado que os entrevistados consideraram a Câmara exitosa, porém, com uma atuação limitada na redução da judicialização da saúde. Entre as fragilidades identificadas, destacam-se a ausência de regulamentação, de estrutura, de recursos humanos e de materiais adequados, resultando na falta de monitoramento dos acordos realizados e de apoio político-institucional aos atores envolvidos. A principal fortaleza foi o alto percentual de acordos e articulação entre os atores envolvidos. **Conclusão:** considerando o potencial exitoso da Câmara, recomenda-se o seu redesenho com 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

Judicialização da Saúde. Resolução de Conflitos. Avaliação em Saúde.

### Abstrat

**Objective:** to describe the process of creation of the Permanent District Chamber of Mediation in Health (Camedis, in Portuguese) from the perspective of institutional actors; to understand the articulations for the realization of the right to health and the ways in which actors have tried to overcome institutional failures and barriers to access Brazilian Unified Health System (SUS, in Portuguese) **Methods:** a semistructured script was used to conduct interviews with key actors, and content analysis was conducted according to thematic categories. **Results:** analysis revealed that while interviewees thought the chamber was

<sup>1</sup> Mestra em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; assessora jurídica, Assessoria Jurídico-legislativa, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-3734-4363>. E-mail: [alemarqueto@gmail.com](mailto:alemarqueto@gmail.com)

<sup>2</sup> Doutora em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; assistente de pesquisa, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-9013-0025>. E-mail: [marcela.abreu@ensp.fiocruz.br](mailto:marcela.abreu@ensp.fiocruz.br)

<sup>3</sup> Doutora em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; professora associada, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8520-8844>. E-mail: [miriam.ventura@iesc.ufrj.br](mailto:miriam.ventura@iesc.ufrj.br)

successful, it had limited success in reducing the judicialization of health care. Weaknesses identified included lack of regulation, structure, staffing, and adequate materials, resulting in a lack of monitoring of agreements reached and political-institutional support for stakeholders. The greatest strength was the high percentage of agreements and articulation between the actors involved. **Conclusion:** considering the successful potential of the Chamber, its redesign is recommended, with investment in human resources, its own infrastructure suitable for permanent operation, the establishment of clear commitments between participants in the fulfillment and monitoring of requirements, eligibility criteria and processes of management, greater transparency, resolution and expansion of the service so that the Chamber can be for all.

### **Keywords**

Health's Judicialization. Conflict Resolution. Health Evaluation.

### **Resumen**

**Objetivo:** describir el camino de creación de la Cámara Distrital Permanente de Mediación en Salud del Distrito Federal (Camedis en portugués), desde la perspectiva de los actores institucionales; comprender las articulaciones para la realización del derecho a la salud y cómo los actores buscaron superar las fallas institucionales y las barreras de acceso al Sistema Único de Salud (SUS). **Metodología:** se realizaron entrevistas a actores clave, utilizando un guión semiestructurado, y se realizó análisis de contenido por categorías temáticas. **Resultados:** en el análisis, se evidenció que los entrevistados consideraron a la Cámara exitosa, sin embargo, con actuación limitada en la reducción de la judicialización de la salud. Entre las debilidades identificadas se destaca la falta de regulación, estructura, recursos humanos y materiales adecuados, lo que se traduce en la falta de seguimiento de los acuerdos realizados y de apoyo político-institucional a los actores involucrados. La principal fortaleza fue el alto porcentaje de acuerdos y articulación entre los actores involucrados. **Conclusión:** considerando el potencial exitoso de la Cámara, se recomienda su rediseño con inversión en recursos humanos, infraestructura propia y adecuada para su funcionamiento permanente, estableciendo obligaciones claras entre los participantes en el cumplimiento y seguimiento de demandas, criterios de elegibilidad y flujos avisos previos, así como una mayor transparencia, resolución y ampliación del servicio, para que la Cámara pueda estar abierta al usuario.

### **Palabras clave**

Judicialización de la Salud. La Resolución de Conflictos. Evaluación en Salud.

### **Introdução**

A judicialização da saúde tem desafiado pesquisadores e gestores, firmando-se como um tema central de pesquisas acadêmicas e da agenda de discussões de gestores de saúde e das instâncias judiciais, desde meados dos anos 2000 (1). O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) reconhece a judicialização da saúde como fenômeno de elevada complexidade e magnitude, apontando o aumento de 130% das demandas judiciais relativas à saúde entre 2008 e 2017, enquanto o número total de processos judiciais cresceu 50%. O Ministério da Saúde registra que, em sete anos, houve um crescimento de aproximadamente 13 vezes nos seus gastos com demandas judiciais, atingindo R\$ 1,6 bilhão em 2016 (2).

Nas últimas décadas os estudos evidenciam ser a demanda judicial uma reação cada vez mais comum dos cidadãos às falhas das políticas do SUS. As reflexões e estudos acerca do fenômeno teriam, *a priori*, se concentrado nos excessos da judicialização e prejuízos causados à gestão do SUS, e questões relativas a iniquidades em saúde no acesso das camadas pobres da população aos serviços jurídicos e de saúde (3). É sabido que os provimentos judiciais impõem certa ingerência na gestão da saúde, sendo fundamental o aprofundamento dos estudos de casos exitosos e vias alternativas à judicialização, para superar distorções, reduzir essas demandas e promover a igualdade no acesso à saúde de forma equitativa. O tema trata de um aspecto sensível nos regimes democráticos: os limites e possibilidades de intervenção judicial na implementação do direito social e constitucional da saúde (4).

A judicialização da saúde abrange direitos fundamentais, como o direito à vida e à saúde em dimensões individuais e coletivas, o que exige uma complexa ponderação para o equacionamento das colisões entre princípios e normas jurídicas, em que se busca alcançar um ponto ótimo, para que a restrição a cada um dos direitos fundamentais envolvidos seja a menor possível, na medida exata à salvaguarda do direito contraposto (5).

Os vários tipos de práticas pacíficas para a resolução de conflitos foram descritos por Barrett (2004) e podem ser nomeados de métodos alternativos de resolução de conflitos (MARC), incluindo negociação, arbitragem e mediação. Atualmente, MARC indica qualquer procedimento que afasta a intervenção de um juiz para oferecer solução ao conflito (6). O CNJ realizou relatório analítico propositivo acerca da mediação e conciliação, no qual aponta que a classificação predominante é dividida em dois métodos: i) autocomposição, quando as partes trabalham o conflito com ou sem auxílio de uma pessoa estranha à controvérsia e não há qualquer decisão, mas um acordo; ii) heterocomposição. Quando há um terceiro que decide o conflito com base nas informações trazidas pelas partes. São formas de autocomposição a mediação e a conciliação, constando a arbitragem e a decisão judicial como formas de heterocomposição (7). Os meios alternativos de solução de conflitos primam pela ênfase na democracia participativa, responsabilizando os próprios envolvidos pela solução da controvérsia. A utilização desses meios alternativos valoriza a responsabilização dos envolvidos pela decisão, o que prestigia a democracia, a igualdade, a solidariedade, a prevenção de novos litígios, a harmonização e, também, a 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 (7). Articulações efetivas entre o Executivo e as instituições jurídicas ampliaram-se,

notadamente, a partir da audiência pública promovida pelo Supremo Tribunal Federal (STF) em 2009. Essa aproximação tem resultado em iniciativas e compromissos em prol de uma prestação jurisdicional mais convergente com os parâmetros técnico-científicos e político-administrativos vigentes. Com firme estímulo e direcionamento do CNJ, presencia-se a criação de arranjos interinstitucionais com o propósito de mediação e solução extrajudicial dos conflitos nos últimos anos (8, 9).

A Resolução CNJ n.º 125/2010 dispôs sobre a Política Judiciária Nacional de tratamento adequado dos conflitos de interesses no âmbito do Poder Judiciário, e atribuiu aos órgãos judiciários a implementação e disseminação da cultura de pacificação social, com vista à boa qualidade dos serviços. Essa medida trouxe avanços significativos na implementação de uma cultura de solução amigável dos conflitos, com iniciativas incipientes em diversos estados brasileiros (10). O relatório do Instituto de Ensino e Pesquisa (Insper), *Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução*, aponta a criação de sistemas de mediação como um instrumento importante de diminuição da *judicialização desnecessária* na Bahia e no estado do Espírito Santo, onde foi implantado um sistema de mediação em ambiente virtual, o que pode servir de modelo para outros estados (2). Outros exemplos de estratégias extrajudiciais de resolução de conflitos descritos por Sant'ana (3) são: o *SUS mediado*, iniciado em 2016, em Porto Velho (RO); a criação da Câmara de Conciliação de Saúde, também em 2016, em Salvador (BA); o *Programa Acesso SUS* no estado de São Paulo (11). O estudo realizado por Ventura (12) aponta a Câmara de Resolução de Litígios em Saúde (CRLS), criada em 2012 no Rio de Janeiro, como um arranjo interinstitucional que visa reduzir a demanda judicial local por meio de solução extrajudicial. A CRLS, composta por 67 profissionais, apresenta ao menos três características que contribuíram para seu avanço: sede própria; funcionamento permanente; e atendimento em grande escala. Uma estrutura organizada e consistente 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 (12).

Nesse auspício, o ambiente de interlocução entre a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) e a Defensoria Pública do Distrito Federal (DPDF) viabilizou a criação da Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde (Camedis), instituída pela Portaria Conjunta n.º 01/2013 entre a SES/DF e a DPDF (13). A missão da Camedis é buscar soluções extrajudiciais para as demandas por serviços e produtos de saúde e orientar acordos nas ações judiciais em trâmite, valorizando alternativas ao modelo adversarial

comumente observada na judicialização da saúde. O arranjo interinstitucional representou um instrumento de interlocução e gestão para resolução de conflitos que, na perspectiva desse estudo, pode contribuir para a redução da propositura de novas ações judiciais e para a efetivação do direito à saúde (13).

O objetivo desse artigo é descrever o percurso de criação da Camedis, sob a perspectiva dos atores institucionais envolvidos, buscando compreender as articulações para a exigibilidade e realização dos direitos, e como os autores envolvidos buscaram superar as falhas institucionais e barreiras de acesso ao SUS.

## **Metodologia**

Esse artigo decorre de estudo avaliativo mais amplo (14), que realizou a análise normativa da Camedis, nas dimensões de estrutura, processo e resultado (15). Foi utilizado o método misto quanti-qualitativo, com técnicas de pesquisa documental e entrevistas com roteiro semiestruturado de atores-chaves para servirem à produção e mensuração das matrizes de análise de julgamento. A abordagem foi qualitativa, a partir da análise das entrevistas, documentos e bibliografia.

As entrevistas foram realizadas por plataforma digital, com informantes-chave – *stakeholders* – que, a partir de sua experiência e posição que ocuparam na gestão, contribuiriam para a análise empreendida. Foram entrevistados dois representantes da SES/DF e um da DPDF, que atuaram entre 2013 e 2018, quando houve suspensão das atividades da Camedis. A fim de pautar as questões para as entrevistas, foi utilizado um roteiro semiestruturado, tendo como variáveis de interesse as atividades desenvolvidas pela Câmara, o perfil das demandas, os obstáculos e fortalezas. Optou-se pela realização da análise de conteúdo do tipo temático (16).

As categorias temáticas foram identificadas e sistematizadas em quadro de análise com a descrição e citação de trechos das falas dos entrevistados. Não obstante a organização do roteiro da entrevista visar contemplar as questões elencadas pelo pesquisador, a narrativa do entrevistado foi guiada pelas suas memórias, singularidade, experiência, intencionalidades, significados e pelas vivências do profissional na instituição. Ademais, segundo Ferreira, “a memória é também uma construção do passado, mas pautada em emoções e vivências; ela é flexível, e os eventos são lembrados à luz da experiência subsequente e das necessidades do presente.” (17). Portanto, compreende-se que a elaboração das respostas do entrevistado é mediada por esses processos, o que pode configurar como uma limitação do método de entrevista.

O estudo foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) e 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 nº 36086820.4.3001.5553.

## **Resultados e discussão**

### *A criação da Camedis como alternativa de resolução de conflito*

No Distrito Federal (DF), a atuação das instituições jurídicas e políticas abarcam as competências de município e de estado. Isso faz com que as responsabilidades na efetivação da saúde sejam ainda maiores e gere desafios e contornos específicos à judicialização da saúde (2).

A DPDF atua em cerca de 95% das ações judiciais que versam sobre o direito à saúde no DF (11, 18). 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%) (2), dados que são corroborados pela pesquisa desenvolvida pelo Insper sobre o perfil das demandas judiciais no DF (1, 18). A demanda por vagas em UTI superior à demanda por medicamentos é um ponto que diferencia o DF dos demais entes federativos, visto que grande parte das produções científicas sobre o tema no país aponta para a preponderância da judicialização visando o acesso a medicamentos (1,18).

Observa-se que a demanda judicial do DF se concentra na assistência terapêutica individual devida pelo Estado aos cidadãos. Nesse sentido, o marco legal tensionado no encaminhamento das soluções é a Lei Federal n.º 8080/90, com a reforma sancionada no ano de 2012. Tal reforma definiu procedimento administrativo próprio para a inclusão e exclusão de terapêuticas e delimitação dos beneficiários em conformidade com os protocolos estabelecidos e pactuados das instâncias do SUS, nos diferentes níveis de gestão, com competência comum e concorrente material (Art. 19-M a 19-U). Assim, os instrumentos de gestão, como os protocolos, diretrizes diagnósticas e terapêuticas, listas de medicamentos fornecidos e fluxos pré-determinados de organização dos serviços são definidos pela Administração Pública, e podem limitar tipos de tratamentos e estabelecer prioridades no atendimento, com consequências maiores ou menores de gravidade para a assistência terapêutica dos usuários (19). Nesse contexto, foi constituída a Camedis, cujos objetivos e competências abrangem as seguintes ações: promover a mediação em demandas por serviços ou produtos de saúde a serem fornecidos pelo SUS no DF; buscar a 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 medidas de melhoria e cooperação a órgãos e entidades da Administração Pública do DF, responsáveis pela elaboração e execução de políticas públicas associadas à saúde pública no DF (13).

A Camedis foi constituída como um instrumento de interlocução e gestão para resolução de conflitos, como proposta orientada para adoção de Métodos Alternativos de Resolução de Conflitos (MARC). Criada em 2013, antes da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015, que incorporou a perspectiva dos MARC na nova lei processual civil brasileira, havia uma dissonância entre definição jurídica de mediação na nova lei processual e a Portaria constitutiva da Camedis, visto a inexistência de uma terceira parte imparcial na sua estrutura. Todavia, pode-se vislumbrar que as atividades da Câmara estão em perfeita consonância com a perspectiva jurídico-legal dos MARC: um espaço de promoção de diálogo na busca de solução consensual e orientada pelo princípio jurídico da cooperação entre todos os sujeitos envolvidos no conflito (20).

Cumprir destacar que a natureza de direitos fundamentais e indisponíveis com dimensões individuais e coletivas, como o direito à vida e à saúde, tensionados na aplicação da Lei nº 8080/90, amplia a complexidade da resolução dos casos que envolvem a assistência terapêutica integral no SUS. Assim, exige-se uma cuidadosa ponderação para o equacionamento das colisões entre princípios e normas jurídicas presentes, na busca do ponto de equilíbrio entre os interesses em jogo (individuais e coletivos), de forma a atender aos imperativos da adequação, da necessidade e da proporcionalidade no caso concreto (21).

No âmbito do DF, a Camedis se tornou uma estratégia importante para a SES/DF e para a Defensoria conduzirem os conflitos, justamente por possibilitar maior diálogo entre a responsável pela política de saúde e a principal patrocinadora de demandas judiciais na saúde, ou seja, a Defensoria Pública. Por razões diversas, ambas as instituições buscaram evitar o modelo adversarial e, a partir da Camedis, empreenderam-se esforços para solução extrajudicial das demandas, com a constituição de uma instância administrativa e de instrumentos de gestão visando a composição de acordos (conciliação e mediação) e seu cumprimento (22).

Nessa senda, o próprio CNJ aduz que a Camedis ganhou *vida própria*, ao ser um espaço formal de diálogo entre instituições e como estratégia extrajudicial de efetivação do acesso ao SUS. Assim, concentrou-se em três grandes estratégias: criar um espaço de

diálogo institucional; constituir uma estrutura de resolução consensual de conflitos em saúde; e promover o empoderamento dos cidadãos a partir de soluções consensuais (22).

### *A atuação da Camedis no contexto da judicialização da saúde no DF*

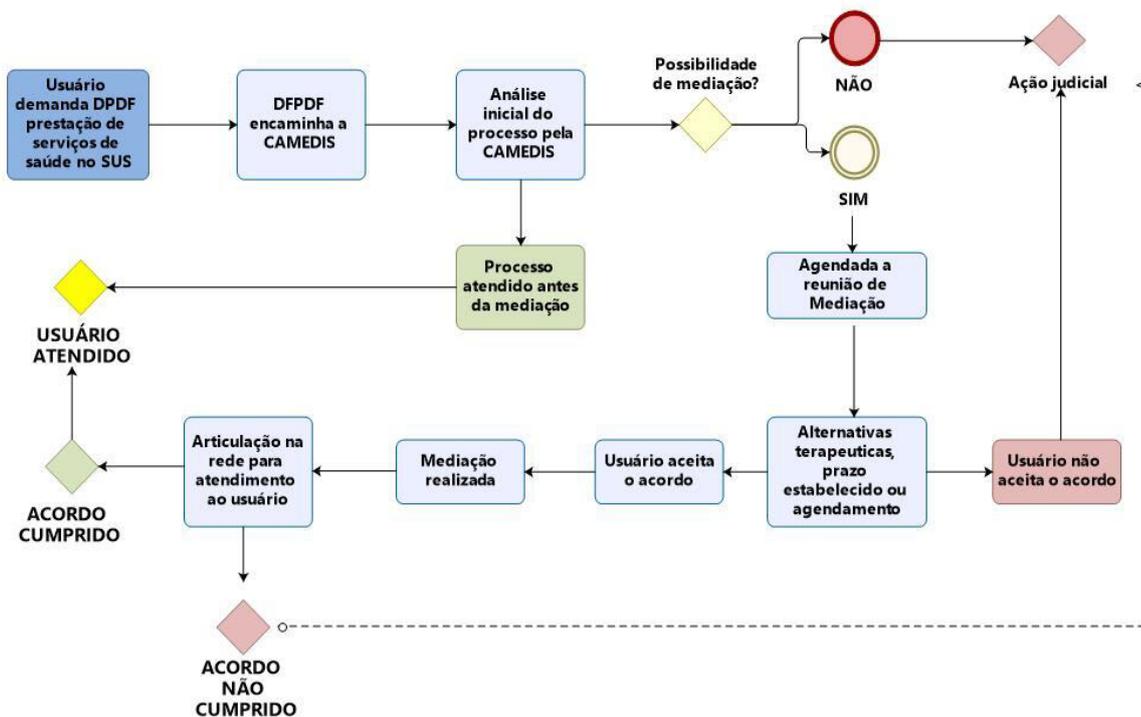
O protagonismo do Núcleo de Judicialização (NJUD-SES/DF) e da Defensoria na criação e implementação da Câmara baseou-se na experiência e interesse dos atores envolvidos. De tal modo que a fragilidade do apoio efetivo mais amplo de outros atores político-institucionais é marcante nas falas dos entrevistados como condicionante do percurso e dos principais resultados da Camedis no período estudado. Durante todo período de funcionamento, era utilizada a mesma infraestrutura e recursos humanos do NJUD e da Defensoria –, o que foi avaliado como uma das fragilidades da Câmara.

O representante 01 da SES/DF apontou que a Camedis “basicamente [reunia] as mesmas pessoas, a mesma estrutura do NJUD, só era mais responsiva, [...] deveria sim ter uma estrutura adequada separada, que se preocupasse com a integração, com corpo próprio para ‘empoderar’ a Câmara de mediação”. Por sua vez, o representante 02 da SES/DF observou que a estrutura era inadequada: “uma salinha da assessoria do NJUD, no dia da Camedis a sala virava a Camedis, então era a nossa sala de um dia de trabalho”. Quanto aos recursos humanos, foi apontado que apenas uma servidora do NJUD analisava todos os processos da Camedis em relação à “viabilidade de utilizar uma via administrativa.”

Noutro prisma, a Portaria da Camedis previa a elaboração do regulamento interno no prazo de sessenta dias, relatórios trimestrais das atividades a serem encaminhados ao Secretário de Estado de Saúde, ao Defensor Geral, ao Conselho de Saúde do Distrito Federal e ao Colegiado de Gestão da SES/DF. Tal regulamento e relatórios não foram elaborados e, segundo os entrevistados, essa ausência resultou em prejuízo significativo à implementação.

Ademais, observa-se que Portaria teve o mérito de instituir formalmente a Camedis, mas seu funcionamento, o fluxo de atividades e as funções de cada participante foram construídos empiricamente pelos atores envolvidos. O fluxo estabelecido iniciava-se com a Defensoria encaminhando as demandas dos usuários do SUS à Camedis, por ofício; as reuniões eram agendadas e firmava-se os acordos na presença dos usuários. As deliberações da Camedis eram encaminhadas à unidade de saúde responsável pelo atendimento, com prazo para cumprimento.

**Figura 1.** Fluxo das atividades Camedis



Fonte: elaboração própria.

Observou-se, nas entrevistas, as dificuldades de articulação com outros atores relevantes na implementação da Camedis desde sua criação. Os representantes 01 e 02 da SES/DF destacaram o apoio formal da gestão, do secretário, dos juízes e promotores, sem o correspondente apoio na provisão de recursos materiais de infraestrutura, o que dificultava o desenvolvimento das atividades. A fala do representante 01 da SES/DF é significativa quanto a importância do apoio político à 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.

O representante 02 da SES/DF corrobora com o entrevistado anterior em relação à ausência de apoio concreto:

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 SES/DF 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.

Já o representante da DPDF destaca a ausência de apoio formal da Procuradoria Geral do DF (PGDF) e as constantes mudanças na gestão na SES/DF como as principais dificuldades:

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.

A ausência de apoio e integração com as áreas fins da SES/DF para validação e consequente cumprimento dos acordos firmados também é destacado pelos entrevistados. Em que pese à regra estabelecida na Portaria conjunta, as deficiências da rede de saúde pública, especialmente, da regulação da saúde com suas longas filas de espera, constituíam uma barreira de difícil transposição.

Conforme relatado as reuniões eram quinzenais ou mensais, a depender do período e dos gestores envolvidos. Os usuários eram convidados para reunião com representantes da SES/DF, da área técnica e da Defensoria a fim de buscar uma solução mediada intermediária. Muitas vezes a reunião não era necessária, pois a demanda já era atendida pelo setor responsável, quando a Camedis interpelava a área técnica.

O representante 02 da SES/DF aduz em sua fala que:

As reuniões eram por objeto, por exemplo, cirurgias, era uma negociação com regulação em questão de vagas. Mas, 90% eram de medicamento. Cirurgia era mais complexa e mais complicada para conseguir nesse primeiro momento. A ideia era 'vamos iniciar com medicamentos e ver se o modelo vai dar certo' e aí passa para as outras questões.

A Portaria Conjunta que instituiu a Camedis a definiu um escopo ambicioso e bem amplo, sem qualquer tipo de limitação acerca do tipo pedido ou demanda que poderia ou não ser mediado. As limitações foram impostas no curso da implementação pelos atores envolvidos. As demandas encaminhadas à Camedis sofriam 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. Já a DPDF confirma que “[o]s defensores escolhiam o que iria para Camedis, a partir do rol definido por consenso. Quem decidia se ela iria ou não para Camedis era a Defensoria”. Posteriormente a SES/DF realizava a análise da área técnica sobre a possibilidade ou não de acordo para resolução das demandas.

Evidencia-se que a ausência de regulamentação com critérios de exclusão e inclusão daquilo que poderia ou não ser mediado, com procedimentos pré-determinados, pode

explicar eventuais discrepâncias na percepção dos entrevistados entre o que poderia ou não ser aceito para mediação, tanto no âmbito da DPDF quanto na SES/DF. Por seu turno, as divergências entre a percepção dos representantes acerca da resolutividade da Camedis, nos diferentes períodos de atuação, podem estar relacionadas às ausências e dificuldades supramencionadas. Nessa linha, as atividades da Camedis foram descritas pelo representante 01 da SES/DF como “uma fase prévia da judicialização. Defensoria Pública já tem um processo e então levava a SES para que juntasse, aquele processo e chamava a área técnica e tentava dar uma resposta”.

Em relação à pertinência dos objetivos da Camedis os entrevistados relataram resultados positivos e o relacionaram com o protagonismo dos atores envolvidos. Os objetivos da Camedis eram diretamente impactados pelas mudanças na gestão, em especial, na SES-DF, e 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. 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 fluxo e critérios estabelecidos.

A percepção positiva dos representantes 01 e 02 da SES/DF em relação à Camedis frente à judicialização da saúde é bastante forte. O representante 01 aduz que a “Camedis deve acabar com a judicialização, a minha ideia de formato é empoderar a Câmara de mediação”. E o representante 02 afirmou que “o paciente assinava um termo de compromisso, que ele estava escolhendo aquela forma de resolução de conflito, de mediação que estava de acordo”.

Para o representante da DPDF, o resultado da Camedis foi “limitado, tanto no seu escopo quanto no tempo [...] uma delas era a falta de apoio da PGDF, mas tem outros também, falta de pessoal, falta estrutura e as limitações jurídicas”. Ficou evidente nas entrevistas que não havia um controle do cumprimento do acordo firmado pela SES/DF. Como destaca o representante da DPDF, “a maior parte os acordos eram cumpridos, embora tenhamos enfrentado alguns casos que foram descumpridos. E aí na gente judicializava, já com o acordo que dava uma certeza maior a pessoa venceria a ação no Poder Judiciário”. O representante 02 da SES/DF destacou que “a Defensoria era incumbida de fazer esse acompanhamento, casos não cumprissem a parte que certamente ela dava o retorno na Defensoria. Então, a gente tinha só o feedback da Defensoria mesmo”.

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 DF e ao Colegiado de Gestão da SES/DF. Desse modo, somente a ata da reunião (*termo de mediação*) era juntado ao processo administrativo da Camedis. Nesse sentido, a fala do representante 01 da SES/DF elucidou que:

[e]ra 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.

Já o representante 02 da SES/DF declarou que a Camedis propriamente dita não apresentou dados suficientes para propor soluções aos problemas da rede pública de saúde: “[a]ssim com o tema Camedis, não! A gente já até tinha reunião para tentar resolver algum gargalo frente aos problemas da judicialização, mas não uma reunião com o objetivo de dar continuidade a Camedis”. 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.

A Camedis e a CLRS, no Rio de Janeiro, foram idealizadas de forma contemporânea, ambas idealizadas em 2012, conforme a fala do representante da DPDF:

Brasília e Rio tiveram essa mesma ideia de mediação sanitária, foi ao 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.

O Rio Janeiro conseguiu fazer, a gente nunca conseguiu fazer. A ideia era essa, lá atrás a gente começou, não conseguiu, a gente adotou outra estrutura... 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.

Diante da robustez da estrutura, dos mecanismos e do número de atendimentos realizados pela CRLS (12), 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 utilizar tais ensinamentos para apontar novos rumos, investir nas potencialidades daquela que vicejou, a fim de estabelecer um novo arranjo à Camedis.

Outro ponto importante a ser abordado é referente às peculiaridades do DF, em virtude da proximidade das instâncias de poderes, fator que, à primeira vista, poderia contribuir para o desenvolvimento da Camedis, além do fator demográfico e populacional ser bem inferior ao enfrentado pela CRLS. Deve-se ressaltar a importância do apoio e envolvimento das instituições interessadas no tema da judicialização da saúde, tanto no âmbito da Secretaria de Saúde, do 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, ainda que limitada por diversos entraves de ordem institucionais, de infraestrutura, recursos humanos, apoio das áreas técnicas, dentre outros já discutidos nesta análise. O representante 01 da SES/DF postulou que “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”. Já o representante da DPDF assinalou que o resultado foi limitado e que a Camedis foi uma boa ideia que não floresceu em razão das dificuldades institucionais, comparada a outras iniciativas brasileiras.

O arranjo interinstitucional da Camedis se voltou para resolução de diversas demandas, contudo, tem dois principais limitadores: oferecer apenas o que está previsto nas políticas públicas e não lidar com urgências. Como observado no estudo de Sant’ana (3) as demandas atendidas envolveram

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 [excluindo-se] cirurgias urgentes. (3)

Outro estudo sobre a Camedis (23) a considerou promissora como iniciativa na efetivação do direito à saúde, ao adotar três medidas institucionais: o fortalecimento de diálogo institucional; a constituição de estrutura de resolução consensual de conflitos em saúde; e o empoderamento de cidadãos a partir de soluções consensuais.

Este estudo corrobora com a análise dos autores. Destarte, a atuação da Camedis ocorreu nos serviços de saúde do SUS, atuando na gestão dos conflitos, ou seja, naquilo que se deveria ofertar e não foi feito. É incontestável sua importância para o usuário, que tem a possibilidade de garantir o acesso à prestação de saúde de forma mais ágil; para o gestor de saúde, a Câmara permite identificar falhas na atenção à saúde, vazios assistenciais e barreiras no acesso aos usuários, a ser considerados no planejamento e gestão das políticas públicas. Para tanto, é necessário que a Camedis seja devidamente estruturada e fortalecida, ampliando-se as articulações inter e intra institucionais.

### **Considerações finais**

A Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde do Distrito Federal (Camedis) foi fruto do empenho de servidores do Núcleo de Judicialização (NJUD/SES-DF) e da Defensoria Pública do DF, sendo oficialmente paralisada para reestruturação em 2018. Este estudo evidenciou a falta de apoio político de outros atores para a institucionalização e consolidação da Camedis, de forma que não fosse afetada por trocas de gestão. Destaca-se a ausência do apoio da Procuradoria Geral do Distrito Federal, responsável pela representação jurídica do ente à consolidação da iniciativa. Outros fatores desfavoráveis à consolidação identificados foram a falta de estrutura da própria Secretaria de Estado de Saúde (SES-DF), ausência de regulamentação, de recursos humanos e de materiais adequados, resultando na falta de monitoramento dos acordos realizados e de apoio político-institucional aos atores envolvidos. A principal fortaleza foi o alto percentual de acordos e articulação entre os atores envolvidos. 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. Nesse sentido, é imprescindível a construção de soluções que incorporem as visões de todos: órgãos e instituições envolvidos na judicialização e usuários do SUS.

A cooperação entre as instituições envolvidas e a institucionalização dos procedimentos adotados na solução consensual dos conflitos poderia estabelecer e facilitar o acesso à saúde da população. Tal visão poderia 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. A Camedis constituiu uma instância importante e estratégica na ponderação e encaminhamento das demandas de saúde de forma cooperativa. Missão, sem dúvida, desafiadora, frente às deficiências e insuficiências

do SUS e o contexto de políticas restritivas orçamentárias e déficits de direitos sociais cada vez mais graves.

Assim, a Camedis é uma câmara de interlocução para resolução de conflitos em saúde com o escopo 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 fortalecê-la e ampliar e sua capacidade de atender demandas no intuito de aprimorar o acesso às políticas públicas no DF. Considerando esse potencial exitoso da Câmara, recomenda-se o seu redesenho com 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.

Impende registrar que, em 8 de fevereiro de 2022, foi assinado o *Acordo de Cooperação Técnica n.º 1/2022 - PGDF/SES/DPDF*, celebrado pelo Distrito Federal, com o objetivo de reestruturar e operacionalizar o funcionamento da Camedis.

## Referências

1. Oliveira MRM, Delduque MC, Sousa MF, Mendonça AVM. Judicialização da saúde: para onde caminha como produções científicas? *Saúde em Debate* [Internet]. Junho de 2015 [citado em 13 fev. 2022]; 39(105):525–35. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/MXQmGQRJDVhFXrtDgj3sFwd/?format=pdf&lang=pt>
2. Conselho Nacional de Justiça. judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução. [Internet]. 2019 [citado em 07 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/conteudo/arquivo/2019/03/f74c66d46cfea933bf22005ca50ec915.pdf>
3. Sant'ana RN. A judicialização como instrumento de acesso à saúde: propostas de enfretamento da injustiça na saúde pública [Tese na internet]. Brasília-DF: Repositório Uniceub; 2017 [citado em 13 abr. 2022]. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/12414/1/61350132.pdf>
4. Mariano CM, Albuquerque FB, Furtado ET, Pereira FH. Diálogos sanitários interinstitucionais e a experiência de implantação do NAT-JUS. *Revista de Investigações Constitucionais* [Internet]. 1 jan. 2018 [citado 10 out 2022];5(1):169  
doi: <https://doi.org/10.5380/rinc.v5i1.56027>
5. Silveira VLDM. Ponderação e proporcionalidade no direito brasileiro. *Conteúdo Jurídico*. [citado em 1º de jun. de 2022]. Disponível em: <https://www.conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/34807/ponderacao-e-proporcionalidade-no-direito-brasileiro>

6. Barrett J, Barrett JT. History of Alternative Dispute Resolution: The Story of a Political, Social, and Cultural Movement [Internet]. Jossey-Bass; 2004 [citado em 13 abr. 2022]. 320 p. Disponível em: [https://www.mediationhistory.org/wp-content/uploads/2020/10/A-History-of-Alternative-Dispute-Resolution-The-Story-of-a-Political-Social-and-Cultural-Movement-by-Jerome-T.-Barrett-Joseph-Barrett-z-lib.org\\_.pdf](https://www.mediationhistory.org/wp-content/uploads/2020/10/A-History-of-Alternative-Dispute-Resolution-The-Story-of-a-Political-Social-and-Cultural-Movement-by-Jerome-T.-Barrett-Joseph-Barrett-z-lib.org_.pdf)
7. Universidade de São Paulo. Pesquisa relatório analítico propositivo. Mediação e conciliação avaliadas empiricamente: jurimetria para proposição de ações eficientes [Internet]. 2019 [citado em 13 abr. 2022]. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/d0da6f63aa19de6908bd154f59254b93.pdf>
8. D' Antonio SS. Mediação Sanitária: diálogo e consenso possível. Cadernos Ibero-Americanos De Direito Sanitário [Internet]. 29 maio 2016 [citado 10 out 2022];5(2):8 doi: <https://doi.org/10.17566/ciads.v5i2.255>
9. Santos AO, Marques SB. Uma abordagem de aspectos jurídicos na Audiência Pública da Saúde do Supremo Tribunal Federal. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 19 de dezembro de 2014 [citado em 22 mar. 2022]; 3(3):1-24. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/50> doi: <https://doi.org/10.17566/ciads.v3i3.50>
10. Brasil. Resolução nº 125, de 29 de novembro de 2010 [Internet]. [citado 10 out 2022]. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:conselho.nacional.justica:resolucao:2010-11-29;125>
11. Sant'Ana RN. Atuação da defensoria pública na garantia do direito à saúde: a Judicialização como instrumento de acesso à saúde. Revista Brasileira de Políticas Públicas [Internet]. 20 dez 2018 [citado 10 out 2022];8(3) doi: <https://doi.org/10.5102/rbpp.v8i3.5726>
12. Ventura M, Simas L. Uma experiência interinstitucional de resolução de litígios em saúde: percursos dos usuários no acesso ao direito e à justiça. Revista Direito e Práxis [Internet]. 2021 [citado em 13 abr 2022]; 12(3):1989-2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdp/a/wDNSWMTBCFnfNV7F5RF4kzy/?format=pdf&lang=pt>
13. Distrito Federal. Portaria Conjunta nº 1 de 26/02/2013 [Internet]. [citado 10 out 2022]. Disponível em: [http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/74163/Portaria\\_Conjunta\\_1\\_26\\_02\\_2013.html](http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/74163/Portaria_Conjunta_1_26_02_2013.html)
14. Marqueto A. Análise normativa da câmara permanente de mediação em saúde CAMEDIS como instrumento de gestão na judicialização da saúde no Distrito Federal. Brasília: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2021. 120 p.
15. Brousselle A, Champagne F, Contradipoulos AP, Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
16. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011. 229 p.

17. Alberti V, Fernandes TM, Ferreira MM, orgs. História oral: desafios para o século XXI [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000 [citado em 10 out. 2022]. 204p. ISBN 85-85676-84-1. Disponível em: <http://books.scielo.org>
18. Diniz D, Machado TR, Penalva J. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. Fev. 2014 [citado 10 out. 2022];19(2):591-8 doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.23072012>
19. Silva MV. 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. 2012. ix, 186 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.
20. Pacheco RDP. Desjudicialização: conciliação e mediação no novo CPC. *Jus Navigandi* [Internet]. 2018 [citado em 13 abr. 2022]. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/67836/desjudicializacao-conciliacao-e-mediacao-no-novo-codigo-de-processo-civil/2>
21. Mastrodi J. Ponderação de direitos e proporcionalidade das decisões judiciais. *Revista Direito GV* [Internet]. Dez. 2014 [citado 10 out. 2022];10(2):577-95 doi: <https://doi.org/10.1590/1808-2432201424>
22. Conselho Nacional de Justiça. Judicialização da saúde no Brasil Dados e experiências [Internet]. 2015 [citado em 13 abr. 2022]. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2011/02/6781486daef02bc6ec8c1e491a565006.pdf>
23. Silva AB, Schulman G. (Des)judicialização da saúde: mediação e diálogos interinstitucionais. *Revista Bioética* [Internet]. Ago. 2017 [citado 10 out. 2022];25(2):290-300 doi: <https://doi.org/10.1590/1983-80422017252189>

## Conflito de interesses

As autoras declaram que não há conflito de interesses.

## Contribuição das autoras

As autoras contribuíram igualmente com a concepção, elaboração, redação, revisão e aprovação do artigo.

---

Submetido em: 30/03/22  
Aprovado em: 06/06/22

## Como citar este artigo

Marqueto A, Abreu MA, Ventura M. A Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde do Distrito Federal: uma análise da atuação na perspectiva dos atores político-institucionais. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2022 out./dez.;11(4): 86-102  
<https://doi.org/10.17566/ciads.v11i4.922>

 License CC Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International

Copyright (c) 2022 Alessandra Marqueto, Miriam Ventura, Marcela Alves de Abreu (Autor)