

Defensoria pública e diálogo institucional em saúde: a experiência de Brasília-DF

Public defense and institutional dialogue on health: the Brasília-DF experience

Felipe Asensi

Professor Adjunto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Pós-Doutor em Direito pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Doutor em Sociologia pelo Instituto de Estudos Sociais e Políticos (IESP/UERJ). Mestre em Sociologia pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ). Advogado formado pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Cientista Social formado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Aperfeiçoamento em Direitos Fundamentais pela Universidad Complutense de Madrid (UCM), em Empreendedorismo pela University of Maryland (UM) e em Coaching pela University of Cambridge (UCA). Foi Visiting Scholar da Universidade de Coimbra (UC). Membro Efetivo do Instituto dos Advogados Brasileiros (IAB). Senior Member da Inter-American Bar Association (IABA). Membro do Comitê Consultivo Nacional da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-Integralidade). Membro Titular da Red Iberoamericana de Derecho Sanitario (RIDS). Membro do Conselho Curador do PenseSUS (Fiocruz). Membro da *Asociación Latinoamericana de Sociología* (ALAS). Professor convidado da FGV, PUC e IBMEC. Diretor do Grupo *Brazil Thinking*. E-mail: felipedml@yahoo.com.br.

Roseni Pinheiro

Professora adjunta do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, coordenadora e líder do Grupo de Pesquisa do CNPQ LAPPIS - Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde e bolsista de produtividade CNPq nível 2. Concluiu o Pós-Doutorado em Direito pela PUC-RIO, em parceria com Università degli Studi del Piemonte Orientale Amedeo Avogadro (UNIPMN, Itália) em 2010 e o doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro em 2000. Coordenadora do Doutorado Interinstitucional IMS-UERJ e UEA CAPES 2014-2019. Membro da Comissão de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO desde 2006, Parecerista ad hoc de periódicos da área na Scielo (American Journal Health; Interface, Revista de Saúde Pública, Cadernos de Saúde Pública, PHYSYS, Ciência & Saúde Coletiva, Revista de Educação Médica, Sexualidade, Saúde e Sociedade Revista Latino Americana do CLAM Centro Latino Americano de Sexualidade e Gênero) e membro do conselho editorial da Revista Interface, Ciência & Saúde Coletiva, Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde do ICICT/FIOCRUZ, Conselho Científico Caderno Saúde Coletiva UFRJ, e Parecerista das FAPs: FACEPE, FAPEAM, FUNTAC, FAPEMIG. É coordenadora da Biblioteca Virtual Integralidade Saúde BIREME/PAHO/OPAS/OMS, que objetiva sistematiza a produção intelectual sobre o tema Integralidade no campo da saúde. Participante do

PROCIÊNCIA (Programa de Incentivo à Produção Científica, Técnica e Artística) da UERJ a partir de 2006. Tem experiência na área da saúde coletiva, com ênfase nos seguintes temas: Cuidado em Saúde, políticas da vida, ciências sociais em saúde, modelos tecnoassistenciais em saúde, integralidade do cuidado, direitos humanos e saúde, gestão em saúde, cultura política, integralidade, controle social e atenção integral. E-mail: rosenisaude@uol.com.br

Artigo recebido em 13/02/2015 e aceito em 15/04/2015.

Resumo

A judicialização do direito à saúde tende a ser pensada sob o prisma da propositura de ações judiciais, mas existe uma série de estratégias extrajudiciais que podem ser desenvolvidas pelas instituições jurídicas. O objetivo deste artigo consiste em analisar a interação entre a Defensoria Pública e a gestão na efetivação do direito à saúde. Para tal, foi realizada uma pesquisa em parceria com o Conselho Nacional de Justiça em 2013 e 2014 em Brasília-DF, que buscou analisar as estratégias locais desenvolvidas. A experiência de Brasília versou sobre a Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde que, a partir da interação com os atores políticos e jurídicos, passou a ser ferramenta de diálogo institucional. Estes arranjos permitiram uma atuação predominantemente extrajudicial e fomentou o diálogo entre os diversos atores locais.

Palavras-chave: Judicialização da saúde; Diálogo institucional; Processo judicial; Defensoria Pública.

Abstract

The judicialization of the right to health tends to be thought through the prism of the lawsuits, but there are lots of extrajudicial strategies that can be developed by the legal institutions. The purpose of this article is to analyze the interaction between the Public Defense and the representatives in ensuring the right to health. To this end, a research in partnership with the National Council of Justice was held in 2013 and 2014 in Brasilia-DF, which investigated the developed local strategies. The Brasília experience expounded about the District Permanent Chamber for Health Mediation and that from interaction with the political and legal actors, which became an institutional dialogue tool. These arrangements allowed a predominantly extrajudicial action and fostered the dialogue between the various local actors.

Keywords: Judicialization of the right to health; Institutional dialogue; Lawsuit; Public Defense.

1. Introdução: o direito e a saúde

A relação entre saúde e direito revela, em termos sociológicos, um dos principais desafios do mundo contemporâneo. O paradigma formalista do direito, assim como o paradigma intervencionista da saúde, tem recebido nos últimos 20 anos reconfigurações das mais diversas. Isto ocorre, dentre outros motivos, por razões institucionais, tais como o fortalecimento da saúde como um direito, mas também por razões culturais, na medida em que são constituídos espaços estratégicos de reivindicação, além de uma maior compreensão dos cidadãos a respeito dos limites e possibilidades de seus respectivos direitos. Mais propriamente, a aproximação entre campos tão sólidos e com pressupostos não necessariamente congruentes gera uma nova forma de concebê-los, que esteja calcada na interdisciplinaridade.

Qualquer esforço de reflexão sobre a “fusão de horizontes” entre direito à saúde, parafraseando Hans-Georg Gadamer (1999 [1960]), significa um esforço de ampliação da própria contribuição que estes campos podem oferecer. Atualmente, direito e saúde podem ser concebidos como campos integrados, interdependentes e mutuamente constituintes e constituídos um pelo outro. Em primeiro lugar, é possível afirmar que as relações sociais são mediadas pela nossa concepção de sujeitos de direitos, de um lado, e de seres humanos, de outro. Portanto, enquanto sujeitos de direitos e seres humanos, não é possível afastar a relevância da relação entre direito e saúde na própria organização e funcionamento do “corpo social”. Medicamentos, tratamentos, normas jurídicas e decisões judiciais, antes de serem meros produtos institucionais, são oriundos de relações sociais que se estabelecem em sociedades específicas e orientam as suas práticas sociais. De modo algum esta relação é isenta de contradições e desafios, sobretudo porque estamos tratando de campos com trajetórias científicas, culturais e políticas distintas.

No período pós-constituente, que cristalizou as mudanças pelas quais as instituições jurídicas passaram no Brasil, observa-se um crescimento

considerável de pesquisas¹ que buscam analisar a chamada judicialização, inclusive da saúde. No cenário contemporâneo, observa-se uma pluralidade de instituições, atores e intérpretes que também atuam decisiva e legitimamente na construção e garantia de direitos, especialmente na via judicial.

De “poder tímido”, o Judiciário contemporâneo passou a ocupar uma centralidade considerável no processo de resolução de conflitos e efetivação de direitos. Como exemplo desta “timidez” institucional, é possível citar Barão de Montesquieu (1996 [1748]), que concebe o Judiciário como um mero intérprete da lei. Diante da impossibilidade fática da “lei falar por si só”, seria preciso a figura de um ser humano para expressar o que consta em seu texto, além de também estabelecer o alcance desta norma. Este ser humano, por ser investido da autoridade estatal de resolver conflitos e efetivar direitos, deve aplicar a lei contendo-se à sua literalidade. Conforme salienta Badinter, “assim como o juiz, porque ele é competente para resolver o conflito, para dizer o Direito, e que o Direito exprime, dentro de toda a sociedade, um sistema de valores, de modo que este juiz apareça como depositário e defensor destes valores” (Badinter, 2003, p. 10).

O Judiciário se apresenta como um ator importante no processo de efetivação de direitos, cuja proeminência, de fato, advém de suas competências e atribuições constitucionais. Porém, é preciso considerar que há outras formas de envolvimento de instituições jurídicas que não necessariamente ensejam a judicialização de conflitos, pois tais instituições podem atuar independente da existência de processos judiciais.

É importante salientar que as concepções construídas pelos estudos de judicialização podem possuir limitações de diversas naturezas para pensar o Judiciário no Brasil e em outros países. A assunção do juiz como a referencial primaz na efetivação do direito pode propiciar uma a supervalorização da dinâmica judicial. Tal valorização tem sido operada em detrimento de reflexões sobre outras formas jurídicas e não-jurídicas de aplicação e efetivação de direitos, a exemplo a mediação extrajudicial.

¹ Dentre essas pesquisas, é possível destacar algumas publicações que contribuem para a reflexão sobre as instituições jurídicas no Brasil, tais como Vianna et al. (1999), Arantes (2002) e Cunha (2010)

É esta possibilidade de atuar de forma independente do Judiciário que permite a proeminência e o destaque de outras instituições jurídicas – tais como a Defensoria Pública e o Ministério Público - na efetivação de direitos sociais e coletivos que exigem rápida prestação, tais como a saúde. Tão importante quanto o estudo dos fins de uma ação judicial, é o dos meios utilizados pelas diversas instituições para efetivar direitos. Isso permite pensar uma nova forma de atuação das instituições jurídicas que vai além da mera judicialização, o que amplia ainda mais as reflexões sobre seu protagonismo no tocante à efetivação de direitos e implementação de políticas públicas.

Mais precisamente, as relações sociais podem submeter-se tanto a uma juridicização (conflitos que não são levados ao Judiciário, mas que são discutidos sob o ponto de vista jurídico, principalmente em momentos pré-processuais) quanto a uma judicialização (conflitos que são levados ao Judiciário na forma de ação civil pública ou algum outro instrumento processual). Na medida em que há diversas instituições jurídicas que não se utilizam necessariamente do Judiciário para realizar suas ações, observa-se um contexto em que os conflitos são discutidos sob o prisma do direito, mas evita-se levar o conflito ao Judiciário – isto é, evita-se a judicialização do conflito².

No Brasil, a superação da concepção de direito como expressão da lei também encontrou eco no que se convencionou denominar de doutrina brasileira da efetividade, que possui, dentre os seus expoentes, o jurista Luis Roberto Barroso. O argumento central desta perspectiva consiste no seguinte: para além da eficácia jurídica que uma norma possui, ou seja, a sua possibilidade de produzir efeitos num ordenamento jurídico porque formalmente válida, é preciso refletir sobre a eficácia social das normas, ou seja, a possibilidade de produzirem efeitos concretos no cotidiano das práticas dos atores sociais.

Ao partir do pressuposto de que o direito existe para se realizar, a ideia de efetividade significa o desenvolvimento concreto da função social do direito. “Ela representa a materialização, no mundo dos fatos, dos preceitos legais e simboliza a aproximação, tão íntima quanto possível, entre o dever-ser

² Para um aprofundamento teórico e conceitual da ideia de juridicização, ver Asensi (2010).

normativo e o ser da realidade social” (Barroso, 2006, pp. 82-83). Portanto, busca pensar o desenvolvimento dos direitos na prática, de modo a superar a perspectiva formalista que se traduz na mera eficácia jurídica. Isto se torna possível, inclusive, para pensar o direito à saúde numa perspectiva não-positivista e não-judicial.

O objetivo deste artigo consiste em analisar a interação entre a Defensoria Pública e a gestão na efetivação do direito à saúde sob o prisma da judicialização e da juridicização. Para tal, serão utilizados os dados de uma pesquisa que realizamos em parceria com o Conselho Nacional de Justiça em 2013 e 2014 em Brasília-DF.

Por se tratar de uma metrópole e da capital do país, Brasília enfrenta desafios de interlocução entre os Poderes na efetivação do direito à saúde. Inclusive, a distância geográfica entre os atores políticos e jurídicos – que não ocorreria em cidades menores – é um fator que contribui com tal distanciamento. Como se trata da capital federal, em Brasília também estão as sedes dos três Poderes, Ministérios, Autarquias, etc., o que faz com que o diálogo institucional seja pulverizado e heterogêneo.

No caso da saúde, observa-se uma peculiaridade em Brasília: por estar no Distrito Federal, a atuação das instituições jurídicas e políticas deve englobar as competências de município e de estado. Isto faz com que as responsabilidades na efetivação da saúde sejam ainda maiores e gera desafios que vão resultar na judicialização da saúde.

A experiência de Brasília se desenvolveu a partir de uma iniciativa do Comitê Distrital de Saúde. O Comitê foi criado a partir de uma Resolução do CNJ, que estabeleceu a necessidade de as unidades da federação atuarem no monitoramento das demandas judiciais em saúde, além de proporem medidas concretas de aperfeiçoamento do Judiciário na efetivação desse direito. Neste sentido, o Comitê fomentou e organizou a criação de uma estrutura que buscasse promover a conciliação pré-processual de demandas que envolvam insumos, produtos e serviços de saúde. Em 2013, foi criada a Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde (CAMEDIS). A experiência da CAMEDIS é fruto do trabalho de articulação institucional realizado no Comitê, que possibilitou a criação de um espaço de mediação para resolução

extrajudicial de conflitos por meio de conciliação e mediação entre os cidadãos e os gestores do SUS.

Com o tempo, a CAMEDIS ganhou autonomia em relação ao próprio Comitê, apesar de ainda ser supervisionada por ele. A CAMEDIS foi assumida na interface entre o Núcleo de Judicialização, situado no âmbito da Secretaria de Saúde, e pela Defensoria Pública do Distrito Federal. Isto fez com que a CAMEDIS se tornasse um espaço de diálogo entre estas instituições e, em alguma medida, uma estratégia extrajudicial de efetivação da saúde.

Como se trata de uma experiência recente, os resultados de médio e longo prazo da CAMEDIS ainda não foram alcançados, tais como a promoção de uma cultura de conciliação e a valorização das estratégias extrajudiciais. 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 e que tem atingido alguns resultados, como será visto.

2. A pesquisa

A pesquisa sobre a experiência de Brasília esteve inserida num estudo multicêntrico desenvolvido nos anos de 2013 e 2014, com abrangência nacional, que buscou analisar o cenário da judicialização da saúde em parceria com o Conselho Nacional de Justiça. Para tal, foi desenvolvido um enfoque interdisciplinar a partir de uma estratégia metodológica que triangulou técnicas quantitativas e qualitativas de produção, coleta e análise de dados.

Em primeiro lugar, em parceria com o Conselho Nacional de Justiça, foi divulgada a todos os tribunais do país e à comunidade acadêmica uma Convocatória de Experiências de Efetivação do Direito à Saúde. Esta foi aberta

à participação de todos os tribunais e magistrados do país que tenham desenvolvido algum tipo de experiência inovadora de efetivação do direito à saúde.

Os critérios de seleção das experiências foram: a) uma experiência por região do país; b) a experiência deveria ter como objeto o estabelecimento de uma política judiciária de saúde no nível local, municipal, estadual ou federal para a saúde pública ou para a saúde suplementar; c) a experiência poderia versar sobre estratégias judiciais ou extrajudiciais desenvolvidas pelo Judiciário; d) seriam valorizadas as experiências que tenham algum tipo de interlocução com a sociedade civil, a gestão de saúde, as agências reguladoras e as demais instituições jurídicas; e) as experiências poderiam versar sobre a tensão entre ações individuais e coletivas de saúde e as estratégias que foram utilizadas; f) as experiências poderiam versar sobre a relação entre o público e o privado no sistema de saúde, considerando o financiamento em saúde, a dupla entrada e a atuação das agências reguladoras; e g) as experiências poderiam versar sobre alguma questão de bioética cujo deferimento/indeferimento pelo Judiciário provocasse impactos positivos ou negativos na saúde biopsicossocial do cidadão.

Com a seleção das experiências, dentre as quais Brasília-DF, foi realizada pesquisa qualitativa a respeito dos arranjos institucionais e sociais desenvolvidos para a ampliação do direito à saúde. Neste sentido, em Brasília, foram realizadas sete entrevistas, sendo: quatro com membros de instituições jurídicas e três com membros da gestão de saúde.

3. A experiência de Brasília-DF

3.1. Autocapacitação e Mútua capacitação

Um dos principais desafios à atuação das instituições jurídicas na saúde diz respeito a seu desconhecimento técnico em relação aos assuntos específicos da saúde. A capacitação nos assuntos de saúde é um dos grandes desafios para que ocorra o diálogo institucional. É muito incomum que o jurista

tenha algum conhecimento das questões específicas da saúde, e o inverso também é verdadeiro. A capacitação – formal ou informal – ganha destaque para a superação dessas deficiências.

Segundo os relatos, a falta de informações mais detalhadas dos pressupostos e do funcionamento do SUS é um obstáculo importante de qualquer projeto institucional. Sem qualquer política ou rotina das instituições jurídicas em capacitar seus quadros em saúde, observa-se que a estratégia de capacitação em Brasília tornou-se bastante informal.

Em Brasília, as iniciativas de capacitação se tornaram iniciativas de autocapacitação e progressivamente foram se transformando para uma mútua capacitação. A autocapacitação começou com o defensor que, ao assumir suas funções, deparou-se com diversos desafios na efetivação da saúde. Com o tempo, este defensor assumiu outras responsabilidades na área e estabeleceu diversas estratégias de diálogo com os demais atores jurídicos e políticos, o que resultou na experiência aqui analisada. Observe-se o relato abaixo do defensor:

Em 2004, quando eu fiz uma matéria sobre responsabilidade social e comecei a precisar da área, fiz uma monografia de final de curso sobre judicialização da saúde. Então desde 2004 eu atuo de alguma forma na área. Como eu atuava como assessor do juiz, trabalhei um pouco com a parte de gestão na presidência da república e aqui na Defensoria. Eu sempre pesquisei na área, já dei aula na Fiocruz, já dei aula em curso de pós-graduação, então são dez anos que, ou eu trabalho ou eu pesquiso na área.

A necessidade de se capacitar derivou não somente de uma deficiência de conhecimento sobre a saúde, mas também porque é uma preferência acadêmica do defensor. Não somente ele se capacitou para desenvolver suas funções como defensor de maneira mais efetiva, como se dedicou academicamente ao tema em seu mestrado e doutorado. Em decorrência disto, a autocapacitação foi a primeira estratégia adotada pelo defensor. Nos relatos, entretanto, também se observa um problema de capacitação nos atores políticos. É comum observar nos relatos que eles também não receberam estratégias de capacitação, conforme se observa no relato abaixo de uma gestora do núcleo de judicialização:

Na verdade não foi feito não. Porque, assim, depois que eu entrei e percebi o que era necessário eu comecei a participar de congressos. Da área de saúde, de vários, mas porque eu tive interesse, porque gosto da área. Mas não tem não.

A autocapacitação se iniciou de maneira bastante informal para todos os envolvidos na experiência, e a dedicação dos atores políticos e jurídicos foi fundamental para o desenvolvimento da experiência. Com o tempo, esses atores iniciaram uma mútua capacitação, buscando trocar experiências e conhecimentos. Isto possibilitou um ambiente propício ao aprendizado e, principalmente, o “solo fértil” para o diálogo institucional. Da autocapacitação à mútua capacitação, esses atores passaram a se relacionar mais e a pactuar estratégias em conjunto.

3.2. A construção do projeto

O principal objetivo desta experiência foi a constituição de um espaço institucional para a mediação extrajudicial de conflitos em matéria de saúde, cujos protagonistas foram a Defensoria Pública e a Secretaria de Saúde, a partir do fomento do Comitê Distrital. Buscou-se, então, criar um cotidiano colaborativo e compartilhado de efetivação do direito à saúde sob o pressuposto de que os atores políticos e jurídicos podem atuar de maneira integrada e dialogada na efetivação do direito à saúde.

A intenção foi estabelecer alternativas à solução litigiosa decorrente da falta de atendimento a que vários pacientes estão submetidos constantemente, e que em muitos casos acabaram se constituindo como regra. A intenção de criar uma estrutura institucional como a CAMEDIS surgiu de maneira bastante informal, e foi a partir de reuniões e conversas que o projeto foi construído. O relato do defensor abaixo evidencia isso:

Desde a câmara de mediação, ela surgiu na conversa entre eu e o juiz que era subsecretário. A gente tinha um volume muito grande de ofícios que encaminhávamos e ele perguntou se nos casos mais complexos poderia ir para um lugar lá que eles têm que é uma área de conversa e negociação, para a gente levar e discutir

esses casos. Eu peguei esse convite e transformei numa ideia de institucionalização da conversa de casos graves e sugeri a ele para fazer de forma institucionalizada, de criar realmente uma câmara de mediação e transformar isso num lugar de interface melhor entre a Secretaria de Saúde e a Defensoria Pública para conduzir casos que tem possibilidade de mediação. E aí nós conversamos, ele gostou da ideia e eu levei a chefe da judicialização. Ela gostou muito da ideia, é uma médica muito aberta a situações. Eu discuti com ela o que eu pensava sobre a situação, ela me deu as sugestões dela, preparei o texto, o coordenador do comitê na época me ajudou na preparação, fechamos o texto. Aí levamos à representante da judicialização na gestão, ela leu e fez modificações. A partir daí, a gente começou a levar isso para a área jurídica. Levei a um defensor geral na época, que é o mesmo de hoje, levamos ao juiz que presidia o comitê executivo de saúde do CNJ, ele gostou muito da ideia e já ajudou a gente a levar ao secretário de Saúde, que também gostou da ideia. Marcamos uma grande reunião para discutir vários temas que envolviam Defensoria, Ministério Público, Secretaria de Saúde. Mas a reunião não foi no comitê, foi na Secretaria de Saúde, onde participou também a procuradoria do DF.

Esta informalidade foi decisiva para a criação da CAMEDIS, porque permitiu a flexibilidade no seu desenho institucional e, além disso, possibilitou o diálogo entre os atores jurídicos do Comitê e os atores políticos da Secretaria de Saúde. O relato abaixo, da coordenadora do Núcleo de Judicialização, exemplifica a importância do “telefone” e da “conversa” nesse processo:

Eu acho que dentro do comitê distrital, que é esses que vocês irão acompanhar amanhã, o saudoso doutor Donizete, que faleceu, ele que iniciou o processo aqui, que tentou fazer uma mediação de tudo que acontecia. Ele tentava mediar as brigas entre a secretaria e o Ministério Público, entre a secretaria e a Defensoria Pública, sempre foi um excelente mediador. E na época, o defensor coordenador do projeto começou a namorar o processo e foi indo. A gente foi conversando, eu tentava fazer e às vezes ele mandava um ofício para mim e pelo ofício da Defensoria, que é antes da judicialização, eu falava: “Deixa eu ver. Vou tentar resolver assim”. A gente percebeu que poderíamos ir além do que resolver por telefone. A gente resolvia muita coisa por telefone: “Deixa que eu resolvo isso”; “Não precisa não, eu resolvo isso.”. As coisas foram indo até que tivemos de institucionalizar. Não dá para ser eu, você, as pessoas. Tem que ser as instituições, porque a pessoa vai embora, mas a instituição fica. Foi um namoro longo, um ano de discussões para ver como seria, onde seria, quem participaria. No início, a procuradoria ia participar e depois a procuradoria não quis, não teve interesse em participar naquela época. Atualmente o novo procurador geral tem interesse em participar. Quando foi em 2012, a gente começou a sentar e a

escrever: “vamos fazer várias reuniões, vamos cortar isso, vamos fazer isso, aquilo”. E daí fomos alterando onde poderia, quem seria, como faria, quem faria. Até que chegou e foi publicada em fevereiro de 2013. O defensor precisava se estruturar lá também e eu precisava me estruturar aqui. Por quê? Quando ele começou a mandar, eu olhava e pensava: “E agora?”. A gente pensa que é simples. Eu precisava conversar com todos os coordenadores que eles entendessem o que era judicialização. Eu precisava que eles compreendessem o que era a CAMEDIS. Era uma pré judicialização na verdade, porque se eu não conseguir resolver mediando, eu vou judicializar, o que é muito pior. Então foi de fevereiro até agosto quando teve nossa primeira reunião, foi quando a gente começou a perceber como é que dava.

A aposta no informal criou um ambiente propício ao diálogo institucional e fez com que os atores pactuassem a CAMEDIS como uma alternativa ao modelo adversarial do processo judicial. Observe-se o relato abaixo, de um defensor que atua no projeto:

O primeiro encontro da Defensoria com a Secretaria de Saúde não foi fácil, porque iniciou com a judicialização da saúde. Realmente foi no contato judiciário, não havia conversa, era sempre um triângulo que tinha só um vértice que comunicava as outras partes. Só que o volume foi exigindo uma necessidade no contato e o antigo coordenador, ele que teve a primeira percepção desse problema. Assim ele iniciou as tentativas de resolução administrativa valorizando a resolução via ofício. Do outro lado, a secretaria percebeu a necessidade de se organizar e criou uma área central para receber esses ofícios dos sistemas de justiça e distribuir. E aí começou esse contato, mas ainda faltava o contato físico, o contato humano, precisava reunir e o comitê de saúde foi muito bom nesse sentido. Assim que eu cheguei, a gente começou a entrar nas reuniões do comitê. Na reunião do comitê, a gente conversa e o gestor se expressa, o gestor vê que eu não sou maluco e eu vejo que o gestor não é maluco. O gestor vê que eu não estou de má fé, eu vejo que ele é uma pessoa empenhada em resolver os problemas. Ele não é um desorganizado, ele está com um problema que existe desde eras atrás que é a saúde e não é de hoje. Ele herdou um problema e está querendo resolver e isso gera boa vontade das duas partes. E, a partir desses comitês, a então diretora da judicialização convidou a Defensoria para ir a reunião e nós fomos e depois ela veio aqui, iniciou esse contato. Então o primeiro contato entre os gestores e defensores foi o que possibilitou o início de várias mudanças, como ter o sistema de regulação, como ter acesso ao sistema de UTI. Nós não tínhamos acesso ao sistema de UTI, a gente não sabia se a pessoa estava no sistema ou não, a gente não tinha controle. Era uma burocratização muito grande. Tem uma área da secretaria que a gente manda por e-mail as coisas e

às vezes a gente recebe a resposta no mesmo dia e, desse caldeirão de pequenos contatos e soluções pequenas, surgiu uma forma de resolver problemas que não são evidentemente situações de desrespeito ao paciente.

Para a criação do projeto, além do apoio do Comitê Distrital de Saúde, a Defensoria ainda se reuniu com o Núcleo Permanente de Mediação e Conciliação (NUPEMEC), vinculado à Corregedoria do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT). Este órgão já tinha vasta experiência na realização de mediação e conciliação no âmbito do Distrito Federal. O encontro, viabilizado pelo Juiz Coordenador do Comitê de Saúde, foi essencial para orientar os integrantes da CAMEDIS a elaborarem o Regulamento e o modelo de Termo de Mediação, de forma que esses documentos trouxessem elementos adequados à efetivação do direito à saúde do paciente, principal interessado na experiência.

Desde o início do projeto, o Comitê desempenhou papel fundamental de articulação entre as instituições jurídicas. Por isso, não é incomum observar nos relatos certa gratidão dos entrevistados ao apoio do Comitê nesse processo.

Porém, o projeto não esteve livre de críticas e resistências das instituições jurídicas e políticas. Os relatos apontam que um dos principais desafios foi justamente a mudança de cultura e de “mentalidade” para que o projeto ocorresse e que as pactuações fossem estabelecidas. Boa parte das críticas das instituições jurídicas se concentrou numa desconfiança sobre a isenção da CAMEDIS na efetivação de direitos. Em geral, essa resistência também veio acompanhada de uma crítica ao modelo consensual de resolução de conflitos por conta da “cultura da judicialização com uma visão individual”, como salienta um defensor.

Nós ainda temos a cultura da judicialização. A Defensoria ano passado teve uma campanha nacional de busca pela resolução extrajudicial. Foi a campanha da ANADEP. O nome deste núcleo – nós falamos núcleo de saúde porque é mais fácil de falar – é “Núcleo de conciliação e mediação de saúde”. Ele nasceu com essa vocação e isso não foi eu que inventei. Isso foi cinco anos atrás eu nem era defensor. Então criar uma comissão de mediação é a vocação desse núcleo para resolver um problema que não é só individual, ele é coletivo. Não dá para pensar na

saúde individualmente senão você destrói o sistema. Quando eu entro com uma ação, eu tenho de resolver o problema daquele meu impasse, mas o sistema tem de estar de pé amanhã, porque amanhã eu irei atender mais 80 pessoas aqui. Essa é uma visão que o defensor tem que o advogado privado regra geral não preza. Nós não. Estamos pra resolver o problema de quase 14 mil pessoas por ano, que é o número de atendimentos que a gente faz.

Segundo o entrevistado, esta “cultura da judicialização” justificaria a resistência que os próprios defensores tiveram sobre o projeto num primeiro momento. O relato aponta que a CAMEDIS enfrentou diversos desafios políticos para ser instituída, criados principalmente a partir das instituições jurídicas, conforme se observa no relato abaixo do mesmo defensor:

Quando nós fizemos a experiência, eu sofri críticas internas dentro da instituição por alguns defensores que não queriam negociar o direito das pessoas em prol de alguma forma ajudar a secretaria. Recebi crítica por e-mail e foi pra toda a categoria. Um defensor foi lá e questionou a moralidade dessa situação: “não esperamos que não seja negociado o direito das pessoas resguardados seus direitos”. Isso como se nós fôssemos abrir mão dos direitos das pessoas pra tentar agradar à Secretaria de Saúde. Pelo contrário, nesse mesmo período que foi criada a câmara de ação, foi só aumentado o número da judicialização. Infelizmente, mas ao mesmo tempo nós sofremos de tentar judicializar.

O projeto não sofreu somente resistências iniciais dos juízes e defensores, mas também da procuradoria do Distrito Federal. Os procuradores distritais também 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. Os relatos abaixo ajudam a contextualizar a questão.

Houve a princípio, por exemplo, um grande desconhecimento e muita desconfiança por parte da procuradoria geral do DF. Por outro lado o representante do judiciário no comitê distrital de saúde deu grande apoio, mesmo percebendo que não fazia parte do papel dele, mas deu grande apoio. Como o comitê não tem uma ação executiva de fato, ele não é decisório, isto não se manifestou nada além do apoio moral. Superada a fase institucional das dificuldades, nós entramos nas dificuldades

personais, isto é, dos servidores que desconhecendo o valor do processo não se incorporam e não atuam de forma efetiva no primeiro momento, sendo necessário um trabalho exaustivo de exposição, de divulgação conceitual em geral e até mesmo de sedução para todos os entes de ambas as partes se incorpora o processo (secretário adjunto de Saúde).

O desenho inicial da CAMEDIS, como ela foi construída inicialmente, não era para o defensor ser mediador em si. Era para a Defensoria estar no polo de demanda junto com paciente usuário do SUS. Do outro lado da demanda estaria a Secretaria de Saúde e, como mediadora, estaria a procuradoria do DF porque eles têm interesse em proteger juridicamente o gestor, mas ao mesmo tempo evitar a judicialização que senão ele teria de brigar com a gente. A procuradoria aceitou e gostou do projeto. Isso foi sendo construído, conversado, duraram boa parte do ano de 2012 as discussões sobre isso. No final de 2012, a gente teve a última reunião já com os representantes da secretaria, os representantes da Defensoria e os representantes da procuradoria para fechar o texto. Isso tudo sendo sempre muito articulado pelo juiz que coordenava o comitê. Ele foi realmente um dos principais entusiastas e que facilitava o contato e nessa reunião nós fechamos o texto. Discutimos os últimos pontos e eu fiquei responsável por inserir as modificações e enviei. Esse envio era para ser levado para a instância política – para o secretário, para o defensor geral e para o procurador geral de justiça – aprovar o texto final e marcar o dia para assinar. Foi quando teve a surpresa, quando o procurador geral de justiça informou que não poderia participar da CAMEDIS porque não tinham pessoal pra isso. Houve uma grande discussão porque eles têm nove procuradores na área de saúde e nós temos três defensores na Defensoria partindo inclusive de um questionamento em relação a por que a procuradoria não podia participar já que a Defensoria podia. Criou-se um impasse político e eles não puderam entrar: essa foi a justificativa oficial. Passamos daí a ter uma organização e ao mesmo tempo a Defensoria sendo demandante, mas durante a reunião tentando ser uma mediadora e tendo então reforçado essa presença do paciente e da secretaria para termos os dois pólos. Nisso, refizemos o texto, foi relativamente fácil só excluimos a procuradoria e agendamos um dia para assinatura. Foi agendado esse dia no começo de janeiro de 2013. Foi uma semana na secretaria no gabinete do secretário de Saúde, ele assinou e o defensor geral assinou. Aí foi encaminhado para a publicação e foi publicado no final de fevereiro do ano passado. A partir daí começou um momento de implementar isso (defensor).

Neste sentido, a resistência inicial das instituições jurídicas foi um desafio superado ao longo do tempo, assim como a resistência de alguns gestores. Por mais que o projeto tenha sido abraçado pela Secretaria de Saúde, ainda assim havia gestores, gerentes, diretores e coordenadores técnicos que eram avessos a ele. O argumento principal de oposição foi que o comitê estaria

intervindo no cotidiano da gestão. Com o tempo, foi desenvolvido um trabalho de sensibilização que permitiu a mudança de olhar dos gestores e fez com que eles “vissem isso como uma forma de resolver os problemas da população e não como mais uma ordem que vem do Judiciário para atrapalhar a vida deles”, conforme ressalta um defensor.

Com essas resistências iniciais e impasses, foi criada a CAMEDIS e, após alguns meses, ela começou a funcionar. Como toda iniciativa inovadora, houve um tempo de maturação até que pudesse produzir os primeiros resultados e há novos desafios a serem superados, como será visto. Porém, um elemento importante é que a CAMEDIS passou a trabalhar de maneira integrada entre a Defensoria e a Secretaria, sob supervisão do comitê, tendo alcançado alguns resultados voltados para a solução consensual de conflitos em saúde. Como ressalta o mesmo defensor, “é um caminho que eu acho que vai dar certo e eu acho que essa esperança está do lado de lá também da secretaria e não só do lado de cá”.

3.3. Estratégias formais e informais de efetivação da saúde

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.

O modelo adversarial é frequentemente utilizado pela Defensoria Pública. Ele é utilizado tanto nos casos em que os defensores propõem as ações judiciais diretamente quanto nos casos em que o tipo de demanda não pode ser submetido à CAMEDIS ou quando não resulta da CAMEDIS um acordo. Apesar disso, é comum nos relatos uma tentativa de evitar a judicialização das demandas em saúde, apesar de também se observar um reconhecimento, por parte dos atores jurídicos, de que a judicialização ainda é necessária. No caso da CAMEDIS, essa tentativa de evitar é ainda maior, especialmente pela vivência pessoal de um dos principais defensores do projeto, que, antes de se tornar defensor, foi servidor do Judiciário.

É comum identificar nos relatos, simultaneamente, uma tentativa de não usar o Judiciário e, ao mesmo tempo, um pressuposto de que ele ainda é necessário a depender da demanda. Mas existe também o reconhecimento de que certas demandas não devem ser encaminhadas ao Judiciário porque “ele não vai resolver”. O relato do defensor abaixo é um exemplo:

E tem outras coisas que a gente sabe que mesmo encaminhando para o Judiciário não vai resolver, porque a complexidade e as minúcias do problema muitas vezes o juiz não capta. O juiz tá assoberbado, tem muita coisa e eles não leem com cuidado os casos mais complexos. Eles não conhecem o sistema de saúde como a Defensoria Pública conhece. Nós temos um núcleo especializado e os juízes não são especializados e muito menos como a própria secretaria conhece. Então eles não têm como dar uma ordem que vai organizar um problema complexo, porque eles não têm conhecimento de quais são os fatores que podem ser rearranjados para atender aquele negócio. E outras situações que basta um olhar mais preocupado que é o caso. Por exemplo, de uso de medicamentos padronizados por causa de protocolo: o que as farmácias fazem? Rejeitam, porque não está no protocolo. Agora se a pessoa pega com cuidado, leva para o coordenador, mostra, ele se sensibiliza com a importância de tentar olhar com cuidado aquilo agora porque senão vem uma ordem judicial, e com a CAMEDIS nós estamos conseguindo isso. Por quê? Porque agora a Secretaria de Saúde está conseguindo parar e pensar sobre os casos que são levados pela Defensoria com mais cuidado. Não que não tivesse antes, mas agora eles estão olhando casos mais complexos com muito mais cuidado.

Em Brasília, a relação da Secretaria se iniciou muito mais com o Comitê Distrital do que com o Judiciário propriamente dito. Apesar de o diálogo com o Judiciário ser concebido pelos atores políticos como “ruim”, observa-se uma visão positiva da atuação do Comitê para o diálogo institucional. O relato de uma gestora do Núcleo elucida isso:

O diálogo é ruim e não são todos os magistrados que atendem a gente. Às vezes está com um problema grave, vários casos acontecem, eu pego um médico e vou lá e começo a perceber que aumentou muito o quantitativo de um medicamento "x" que é diabético e a gente sabe que não vai resolver a vida do paciente. Aí eu levo em algum juiz que é especialista naquilo. Alguns juízes me recebem, outros não atendem e não querem receber. Eu não quero que ele tome partido de um lado, mas eu quero que ele entenda a política. Então eu levo algum coordenador, alguém da área pra dizer como trabalhamos hoje. Porque temos que

trabalhar assim, qual risco o paciente corre e tal, para quando chegar uma ação pra ele, ele ter amparo para decidir e não são todos que aceitam isso. Esse é um trabalho que eu tentei fazer muito, na verdade, hoje em dia eu estou mais cansada desse trabalho. Eu percebi que mesmo quando a gente levava, a gente não era escutada por todos e muitos não queriam nossa presença lá.

A crítica da ausência de diálogo realizada pelos atores políticos também veio acompanhada da crítica a certa insensibilidade dos juízes em relação aos desafios logísticos e operacionais para se efetivar o direito à saúde. Quando comparam à CAMEDIS, os atores políticos veem um grande avanço em termos de sensibilização e diálogo. Observe-se a fala da mesma gestora:

Tem determinação de medicamento que é pra comprar e eu não consigo comprar pelo CBPF – certificado de boas práticas de fabricação. Tá vencido e a ANVISA não deu. Como eu vou comprar um medicamento que a ANVISA diz que eu não posso mais comprar? Aí eu digo isso pro juiz e o ele diz: “tô nem aí, forneça”. Aí eu não forneço porque o laboratório não pode mais vender. Lá na farmácia você consegue comprar, mas você sabe que está comprando uma coisa que não faz sentido. Se a ANVISA não deu, é porque tem alguma trava.

Quando perguntados se o Judiciário acolhe as demandas dos cidadãos em matéria de saúde, os atores jurídicos e políticos apresentaram opiniões distintas.

Bom, o Judiciário tem sido cada vez mais criterioso. Até 2008, quase tudo ele atendia. Depois eu comecei a ver um endurecimento. A gente vê hoje demandas por cirurgias eletivas que hoje eu tenho quatro magistrados que negam e quatro magistrados que concedem dos oito magistrados. Medicamento não padronizado nenhum juiz rejeita. Quando tem urgência ou risco de morte é quase avassaladora a quantidade de deferimentos em relação a indeferimentos, mas quando não tem urgência e o juiz tem mais condição de avaliar o caso, o judiciário tem sido muito criterioso. Quando eu digo criterioso é um elogio, ele tem rejeitado coisas que tem fundamento para serem rejeitadas e acolhendo o que tem melhor fundamento. Por outro lado, eu tenho percebido nos últimos dois anos uma tendência do Judiciário a querer negar tudo. Tem alguns juízes que negam tudo, até cirurgia de câncer. Eu não sei se está acontecendo uma saturação do Judiciário, e é normal ter uma justiça defensiva. O Judiciário quando começa a receber muita demanda ele começa a

fechar as comportas e tenta diminuir essa demanda. Muitas vezes, a forma de diminuir a demanda é começar a rejeitar [...] A gente está indo para esse caminho. Antes ganhava quase tudo, agora estamos na fase da estabilização e cada vez mais os gestores do SUS vão ter mais proteção das ordens judiciais. Isso não ocorre porque a defesa deles melhorou, não porque eles estão mais ágeis, mas porque os juízes estão se cansando do tema eu acho. Alguns estão conhecendo e estão sendo mais criteriosos, mas alguns estão se cansando do tema mesmo, começando a segurar. Essa é a minha impressão de quem vive isso vinte e quatro horas por dia, chega de manhã e sai a noite, quando chega em casa vai escrever artigo (defensor).

O Judiciário acolhe, mas não sei se traz benefício. Eu acho que são coisas que temos de separar. Acolher acolhe, a ação entra e ela tem sua tramitação mais rápida ou mais demorada e aí estão os problemas da justiça que não cabe a nós abordar. A questão é: este acolhimento é benéfico? Do ponto de vista do indivíduo, aparentemente é. Do ponto de vista coletivo, é quase sempre maléfico, quase sempre negativo. Por que eu destaquei que às vezes para o indivíduo também não é positivo? Porque há decisões judiciais, baseadas apenas em uma prescrição médica e que nem sempre traz para o paciente o benefício esperado ou benefício esse que poderia ser obtido da mesma forma com outro tipo de procedimento que nem dependeria da judicialização, ou ainda que pode trazer de fato malefício. Então já temos histórico de situações que nós tentamos comprovar ao Judiciário que aquele ato não era benéfico, não era adequado e, no entanto, a decisão judicial não acatou esse posicionamento. Então, ainda que a sentença transitada e julgada, passa a ser a verdade assumida perante a lei ou perante a justiça. Do ponto de vista da Secretaria de Saúde, isto nunca será absoluta verdade, porque nós não nos baseamos na lei. Nós baseamos na biologia, nos baseamos na saúde, então há um entendimento do cidadão que ele foi beneficiado e teve o medicamento supostamente ou o aparelho, ou o procedimento cirúrgico que supostamente lhe trará benefício e lhe trará salvação, quando do ponto de vista médico isso pode não corresponder à verdade (secretário de Saúde adjunto).

Acolhe. Quando eu vou pras reuniões com os magistrados eu sempre falo que se o paciente estivesse morrendo ele não estaria em casa e sim no hospital. Paciente que está em casa não está morrendo. O paciente que está em casa ele precisa de uma consulta, ele precisa ser assistido, ele precisa ser atendido, mais ele não está morrendo. Os pacientes que estão morrendo estão no hospital sendo atendidos (gestora do núcleo de judicialização).

Das concepções acima, é possível fazer duas importantes observações. Em primeiro lugar, não há consenso entre os atores sobre se o Judiciário acolhe as demandas da população, como acolhe e quais os limites e desafios

desse acolhimento. Em segundo lugar, parece consensual que, independentemente de acolher ou não, deve-se buscar formas não adversariais de resolução de conflitos que sejam distintas do modelo binário do processo judicial.

Neste sentido, a CAMEDIS se tornou uma estratégia importante para a Secretaria de Saúde e para a Defensoria. Por razões diversas, ambos buscaram evitar o modelo adversarial e, a partir da CAMEDIS, empreenderam-se esforços nesse sentido. Alguns relatos ainda apontam certo “alívio” quando foi criada a CAMEDIS justamente porque possibilitaria maior diálogo institucional, especialmente entre a Secretaria – a responsável pela política de saúde – e a Defensoria – principal patrocinadora de demandas judiciais no tema. A visão positiva dos resultados alcançados pela CAMEDIS e do que ela poderá ainda alcançar no futuro é comum nos relatos. Os relatos apontam inclusive a intenção dos atores políticos em fortalecer-la ainda mais, conferindo mais estrutura e maior poder decisório sobre a gestão.

A preocupação em fortalecer a CAMEDIS também deriva da intenção de ampliar sua capacidade de atender demandas que, atualmente, ainda não são atendidas. Existem determinadas demandas que, como visto, não podem ser submetidas à CAMEDIS e, em outros casos, é a complexidade ou urgência da demanda que impede de resolvê-la consensualmente. Observe o relato abaixo de um defensor:

As consultas e exames, temos um índice muito grande de resolução administrativa. Quando a gente sobe pra cirurgia, atos mais complexos, medicamentos de alto custo aí acaba tendo uma judicialização, até UTI a coisa mais grave que tem, a gente resolve administrativamente só que é uma resolução express. A gente manda ofício via fax e a gente espera, por exemplo, se sai de manhã nós esperamos até o final da manhã, se é a tarde esperamos até o final da tarde e eles nos respondem e mais ou menos 25% das vezes a resposta vem dizendo que já conseguiram leito. Então o fato de a gente ter esse contato prévio, a gente consegue evitar 25% da judicialização e isso é muita coisa se você pensar que a gente entrou com cerca de quatrocentas ações ano passado de UTI, juntando plantão deu umas oitocentas. Foram pelo menos duzentas ações evitadas, fazendo as contas duzentas vezes cinco mil reais, nós evitamos que um milhão de reais fossem gastos. E outra coisa: às vezes a resolução é mais rápida que se a família não recebesse resposta, ela nem ia saber.

Em outros casos, para aqueles que são submetidos com frequência à CAMEDIS, a percepção dos atores políticos e jurídicos é que ela possui uma alta resolutividade. É comum nos relatos a menção a situações concretas que puderam ser resolvidas com a CAMEDIS e a percepção dos atores de que este órgão “tem dado certo”. Abaixo estão alguns exemplos de demandas que foram resolvidas extrajudicialmente pela CAMEDIS, relatadas pelo defensor:

Um problema de ressonância magnética que existia uma fila a um ano e meio atrás de treze mil pessoas esperando, ou seja antigamente esperava-se dois anos para uma ressonância. Agora são dois meses. Depois que a Defensoria levou a situação, a secretaria que se convenceu da necessidade de resolver e resolveu. A mesma coisa aconteceu com a fila de cardiologia que estava com uma fila gigante. A gente levou ao comitê, a secretaria foi provocada, fez uma reunião conosco, levou seus gestores que pensaram numa solução, eles entregaram a solução, criaram um novo fluxo, que está melhorando. Eu estou vendo que está melhorando. Aconteceu isso também com alguns exames que eles não ofereciam, tratamento de câmara hiperbárica, eles não tinham, a gente sempre tinha que entrar com uma ação. Depois que a gente conversou, eles contrataram um lugar para fazer e agora não aparece mais. Então a gente vê uma evolução clara de vários problemas quando a Defensoria pega essas questões individuais, percebe que é um problema coletivo e leva para a secretaria. Às vezes ela resolve e temos excelentes respostas. Às vezes ela não resolve e aí viram ações coletivas do MP, por exemplo, mas nós temos uma sinergia muito boa.

Vale dizer que, nos casos em que uma sentença judicial ou uma mediação devem ser cumpridos, cabe ao Núcleo de Judicialização – instituído dentro da Secretaria de Saúde – sua observância. Observa-se, inclusive, uma preocupação em fazer o acompanhamento do cumprimento da decisão ou do acordo. A temática do cumprimento também é um desafio para os gestores, e a experiência de Brasília promoveu uma sistemática que busca evitar o desperdício, mas sem perder de vista o direito à saúde. Afirmar uma gestora do Núcleo:

Então chegou a decisão eu compro por seis meses. Descumpriu, a nova decisão cumpra-se por mais seis meses. Então, infelizmente, tem paciente que vive de descumprimento. É por isso que eu vivo tentando: “vamos tentar mudar. Vamos marcar uma nova consulta, de repente o médico consegue mudar. A gente tem novas padronizações de medicamento, de repente tem um medicamento que se enquadra”. [...] Tem paciente que eu até

lembro: “tá na hora de comprar medicamento tal para tal paciente antes que vença”. As meninas têm anotado alguns para evitar com que falte. E quando a gente sair? E quando mudar a gestão? E quando não se preocupam com você? O importante é que você tenha o medicamento padronizado justamente por isso, essa é a mentalidade que tem de mudar do nosso médico que prescreve mal.

Todos os desafios de cumprimento elencados acima fizeram com que a farmácia se tornasse um grande instrumento de racionalização do fornecimento de medicamentos e também de fiscalização. A mesma gestora informa que, de três em três meses, o usuário tem que levar uma nova guia, laudo, especificações médicas, etc., para averiguar se persiste a necessidade. Se “ele não levar, ele não recebe o medicamento. Por quê? Porque o paciente pode ter falecido, pode ter acontecido alguma coisa”. Assim, a farmácia exerce papel fundamental no sistema, conforme se observa no relato desta gestora:

Então a gente liga pra farmácia e eles sabem tudo da vida do paciente. “O paciente não pega há seis meses porque a gente pediu pra ele trazer uma receita nova e ele não quis trazer”. Então ele não está precisando. Se ele estivesse precisando com certeza ele teria levado a receita nova. Se precisasse de uma consulta marcaríamos. Às vezes eles falam: “Ah, é porque eu não consigo consulta”. Então nós falamos: “Péra aí! Você vai tal dia, que o médico tal vai te analisar”. O paciente não vai e assim ficamos sabendo que ele não tem necessidade. É esse trabalho que a gente tenta fazer aqui.

Considerando as estratégias formais e informais de efetivação da saúde em Brasília, alguns fatores se tornaram desafiadores 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 dependam de “fila”. Nestas, o tratamento diferenciado a um usuário do SUS que busca a CAMEDIS 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.

Além disso, é possível também listar o “engessamento institucional da própria gestão do SUS”, conforme salienta um gestor, por regras muito restritas de compras, especialmente aquelas advindas da lei de licitações, que tornam as compras de materiais e medicamentos lentas e ineficientes.

Da mesma forma, a recorrente demanda por medicamentos e materiais não padronizados pelo SUS também é um desafio, pois a legislação sanitária cria diversos entraves à realização de acordos administrativos para compra de produtos não padronizados. Essas limitações – apesar de estruturantes do sistema – dificultam soluções para casos peculiares e impulsionam os usuários do SUS à busca pelo Poder Judiciário.

4. Considerações finais

A experiência de Brasília foi formada a partir de um projeto fomentado pelo Comitê Distrital de Saúde, que depois foi assumido pela Defensoria Pública e pela Secretaria de Saúde e se tornou a CAMEDIS. Ao longo do tempo, esta relação entre os atores políticos e jurídicos se traduziu na busca por estratégias extrajudiciais de promoção, prevenção e recuperação da saúde, apesar de a estratégia judicial ainda permanecer presente.

Dentre os fatores de inovação da experiência, é possível destacar, em primeiro lugar, o sentimento de empoderamento por parte dos usuários que participam das sessões de mediação, que se mostram satisfeitos em serem ouvidos diretamente por gestores e por ouvirem justificativas oficiais e detalhadas sobre os desafios e a resolução das demandas apresentadas. Apesar de a CAMEDIS ter nascido sob os auspícios do Comitê de Saúde, trata-se de um espaço de resolução extrajudicial de conflitos, ou seja, um arranjo institucional em que os atores políticos e jurídicos interagem com maior respeito a sua autonomia e à do cidadão.

Em segundo lugar, destaca-se a diminuição do número de ações judiciais relacionadas aos casos apreciados pela CAMEDIS, pois há um algo grau de

êxito nas sessões de mediação, tanto com o atendimento integral das demandas, quanto com a oferta de soluções mediante o consenso.

Em terceiro lugar, observa-se o fortalecimento do diálogo e cooperação entre Defensoria e Secretaria de Saúde, já que ambas as instituições têm que atuar conjuntamente no sentido de promover o direito à saúde aos pacientes do SUS de forma individualizada, sem perder de vista a perspectiva coletiva da saúde.

Em quarto lugar, nota-se que os gestores da saúde buscam atender não só às demandas por serviços e produtos já incorporados pelo SUS (padronizados), mas também aqueles ainda não incorporados pelo SUS, mas necessários pela condição peculiar de cada usuário.

E, por fim, a preparação e a realização das reuniões de planejamento alternadamente nos espaços da Secretaria de Saúde e da Defensoria Pública permitem melhor conhecimento das rotinas, dificuldades e desafios de cada instituição, além de melhor interação e colaboração entre si.

Neste sentido, a partir da experiência de Brasília, podemos refletir sobre como os arranjos institucionais locais podem ser decisivos não somente para a construção de sentidos do direito à saúde, mas principalmente para a sua efetivação compartilhada. Daí a ideia ênfase de um contexto de *juridicização* das relações sociais, e não somente de *judicialização*. Num contexto de *juridicização*, é possível afirmar que as demandas são discutidas sob o ponto de vista da sua institucionalidade jurídica, embora não se procure levá-las a um contexto litigioso judicial.

A ideia de *juridicização da saúde* pode auxiliar no alcance de respostas concretas às necessidades relacionadas a este direito por intermédio da constituição de uma *vontade comum*, que é pactuada a partir da convergência de diversos saberes e práticas. Isso reconfigura e tensiona a própria perspectiva de *judicialização das relações sociais* e ressalta, de forma bastante inovadora, as atuações extrajudiciais também como estratégias adotadas pelas instituições jurídicas. O âmbito extrajudicial inaugura e confere realce a outros personagens que, em virtude de suas estratégias de ação, são decisivos na efetivação de direitos sociais.

Referências Bibliográficas

ARANTES, R. B. Ministério Público e Política no Brasil. São Paulo: Sumaré, 2002.

ASENSI, F. D. Indo além da judicialização – O Ministério Público e a saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FGV, 2010.

BADINTER, R. Introduction. In: BADINTER, R.; BREYER, S.; CASSESE, A.; DWORKIN, R.; GRIMM, D.; IGLESIAS, G. C. R. Les entretiens de Provence: le juge dans la société contemporaine. Paris: Fayard, 2003.

BARROSO, L. R. O Direito Constitucional e Efetividade de suas Normas - limites e possibilidade da constituição brasileira. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

CUNHA, J. R. (org). Direitos humanos e Poder Judiciário. Rio de Janeiro: FGV, 2010.

GADAMER, H. G. Verdade e método – traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

MONTESQUIEU, C. de S. O espírito das leis. São Paulo: Martins Fontes 1996.

WERNECK VIANNA, L. J.; CARVALHO, M. A. R. de; MELO, CUNHA, M. P. da; BURGOS, M. B. Judicialização da política e das relações sociais no Brasil. Rio de Janeiro: Revan, 1999.

Observação: Os autores deste artigo contribuíram em igual proporção na pesquisa científica, análise dos dados e redação do artigo.