



UNIVERSIDADE SANTA CECÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO DA SAÚDE:
DIMENSÕES INDIVIDUAIS E COLETIVAS

SÉRGIO LUIZ DE MATTEO

**A DESJUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA E A CELERIDADE: O IMPACTO
DA MEDIAÇÃO E CONCILIAÇÃO NA JUSTIÇA FEDERAL DA 3ª REGIÃO**

SANTOS/SP
ANO (2026)

SÉRGIO LUIZ DE MATTEO

**A DESJUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA E A CELERIDADE: O IMPACTO
DA MEDIAÇÃO E CONCILIAÇÃO NA JUSTIÇA FEDERAL DA 3ª REGIÃO**

Dissertação apresentada à Universidade Santa Cecília como parte dos requisitos para obtenção de título de mestre no Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde, sob orientação do Prof. Dr. Luciano Pereira de Souza

SANTOS/SP

ANO (2026)

Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho, por qualquer que seja o processo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos.

Assinatura

Santos ____/____/____

(Ficha catalográfica)

Matteo, Sérgio Luiz de.

A Desjudicialização da Saúde Pública e a Celeridade: O Impacto da Mediação e Conciliação na Justiça Federal na 3ª Região/Sérgio Luiz de Matteo. -- 2026. 272 f.

Orientador: Luciano Pereira de Souza.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Santa Cecília, Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas, Santos, SP, 2026.

1. Saúde Pública. 2. Mediação. 3. Conciliação
4. Justiça Federal da 3ª Região. 5. Desjudicialização da Saúde. I. Souza, Luciano Pereira (orientador) II. A Desjudicialização da Saúde Pública e a Celeridade: O Impacto da Mediação e Conciliação na Justiça Federal na 3ª Região

Elaborada pelo SIBi – Sistema Integrado de Bibliotecas - Unisanta

SÉRGIO LUIZ DE MATTEO

**A DESJUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA E A CELERIDADE: O
IMPACTO DA MEDIAÇÃO E CONCILIAÇÃO NA JUSTIÇA FEDERAL DA 3ª
REGIÃO**

Dissertação apresentada à Universidade Santa Cecília, como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre em Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas.

Aprovado(a)

Santos, ____ de _____ 2026.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Luciano Pereira de Souza (orientador)
Universidade Santa Cecília

Prof. Dr. Marcelo Lamy
Universidade Santa Cecília (avaliador interno)

Prof. Dr. Wagner Camargo Gouveia
(Universidade Nove de Julho/Salamanca - convidado)

À minha esposa, Ana Carolina Patrão, cujo apoio incondicional e incentivo constante tornaram esta jornada possível e menos solitária.

Aos meus pais, Dolores de Toledo de Matteo e Sérgio de Matteo (in memoriam), que, com amor e sacrifício, construíram os alicerces da minha formação e me ensinaram que a educação é o patrimônio mais valioso que podemos carregar.

AGRADECIMENTOS

A realização desta dissertação de mestrado representa a culminância de um período de intenso aprendizado, dedicação e superação, que não teria sido possível sem o apoio e a colaboração de diversas pessoas e instituições. A cada um que, de alguma forma, contribuiu para esta jornada, expresso minha mais profunda gratidão.

Em primeiro lugar, meu reconhecimento e respeito ao meu orientador, Professor Doutor Luciano Pereira de Souza. Sua orientação perspicaz, seu rigor acadêmico e sua inestimável paciência foram pilares essenciais para a construção deste trabalho. Sua confiança, incentivo constante e a liberdade para explorar novas perspectivas foram determinantes para superar os desafios inerentes à pesquisa e para o amadurecimento intelectual que esta etapa proporcionou.

Expresso minha sincera gratidão aos ilustres membros da banca de qualificação, Professor Doutor Marcelo Lamy e Doutora Carol Abud. Suas contribuições críticas, questionamentos pertinentes e sugestões valiosas enriqueceram substancialmente a presente pesquisa, apontando caminhos para seu aprimoramento e consolidação, e elevando a qualidade final deste estudo.

À Universidade Santa Cecília, por ter proporcionado um ambiente acadêmico estimulante, com excelência em ensino e pesquisa, e toda a infraestrutura necessária para o desenvolvimento deste estudo. A oportunidade de integrar seu Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde foi fundamental para aprofundar meus conhecimentos e expandir meus horizontes.

Um agradecimento especial ao Tribunal Regional Federal da 3ª Região (TRF3) e, em particular, a toda a dedicada equipe da Câmara de Mediação em Direito da Saúde da Justiça Federal da 3ª Região (Cameds JF3R). A abertura institucional, a colaboração irrestrita e a generosidade em compartilhar dados e experiências foram cruciais para o acesso às informações e para a compreensão aprofundada da dinâmica da mediação em saúde. Sem o apoio e a expertise de seus membros, a análise empírica que fundamenta esta dissertação não seria possível.

Finalmente, e com um carinho imensurável, dedico este agradecimento à minha esposa, Ana Carolina da Costa Patrão. Seu apoio incondicional, sua compreensão nos momentos de ausência e sua paciência foram a força motriz e o porto seguro que me permitiram perseverar. Sua presença constante, seu incentivo e

sua crença em meu potencial foram, e continuam sendo, a maior inspiração para todas as minhas conquistas.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para esta jornada acadêmica e pessoal, minha eterna gratidão. Que este trabalho possa, de alguma forma, contribuir para o avanço do conhecimento e para a construção de um sistema de justiça mais equitativo, eficiente e humano.

RESUMO

A judicialização massiva da saúde no Brasil evidencia a insuficiência do modelo jurisdicional clássico, impulsionando a busca por mecanismos que aliem eficiência e humanização. Esta pesquisa analisou o impacto da Câmara de Mediação em Direito da Saúde da Justiça Federal da 3ª Região (Cameds JF3R) na celeridade processual e na desjudicialização, avaliando sua eficácia e limites operacionais.

A metodologia adotou uma abordagem mista (quantitativa e qualitativa), analisando dados primários de 245 demandas entre 2020 e agosto de 2025. Os achados revelam uma celeridade excepcional: a Cameds JF3R atendeu a 54,28% das demandas que lhe foram submetidas e apresentou um tempo médio de tramitação de 10,21 dias, contrastando drasticamente com os 686 dias do processo judicial padrão. Contudo, identificou-se uma correlação negativa (-0,57) entre o volume de casos e a taxa de resolução, que declinou de 82% (2020-2022) para 47% (2023-2025). Esse dado sugere que a estrutura atual carece de escalabilidade e sofre tensionamento operacional diante do aumento da demanda.

Teoricamente, os resultados validam o modelo do Tribunal Multiportas de Frank Sander e a "terceira onda" de acesso à justiça de Cappelletti e Garth. Na prática, o estudo sublinha a governança colaborativa — integrando NatJus, Defensoria Pública, advocacia pública e particular e Secretarias de Saúde — como pilar fundamental para a construção de soluções consensuais e duradouras.

Em conclusão, a Cameds JF3R atua como um *Fast-Track* eficiente para demandas críticas, mas enfrenta desafios estruturais. Entre eles, a tensão entre a autocomposição e a indisponibilidade de direitos fundamentais, o risco de captura corporativa e o conflito entre confidencialidade e transparência pública. Além disso, o estudo aponta a invisibilidade de questões éticas (futilidade terapêutica) e sociais (desigualdades de gênero, raça e regionais). Recomenda-se o fortalecimento da regulamentação e do controle de qualidade para assegurar que a desjudicialização não comprometa a proteção dos vulneráveis.

Palavras-chave: Desjudicialização da Saúde; Mediação e Conciliação; Acesso à Justiça; Tribunal Multiportas; Celeridade Processual.

ABSTRACT

The massive judicialization of health in Brazil highlights the insufficiency of the classic jurisdictional model, driving the search for mechanisms that combine efficiency and humanization. This research analyzed the impact of the Health Law Mediation Chamber of the Federal Justice of the 3rd Region (Cameds JF3R) on procedural speed and dejudicialization, evaluating its effectiveness and operational limits.

The methodology adopted a mixed approach (quantitative and qualitative), analyzing primary data from 245 demands between 2020 and August 2025. The findings reveal exceptional speed: Cameds JF3R addressed 54.28% of the demands submitted to it and presented an average processing time of 10.21 days, contrasting drastically with the 686 days of the standard judicial process. However, a negative correlation (-0.57) was identified between the volume of cases and the resolution rate, which declined from 82% (2020-2022) to 47% (2023-2025). This data suggests that the current structure lacks scalability and suffers operational tension in the face of increasing demand.

Theoretically, the results validate Frank Sander's Multi-Door Court model and the "third wave" of access to justice by Cappelletti and Garth. In practice, the study underscores collaborative governance — integrating NatJus, Public Defender's Office, public and private advocacy, and Health Departments — as a fundamental pillar for building consensual and lasting solutions.

In conclusion, Cameds JF3R acts as an efficient Fast-Track for critical demands but faces structural challenges. Among them are the tension between self-composition and the unavailability of fundamental rights, the risk of corporate capture, and the conflict between confidentiality and public transparency. Additionally, the study points to the invisibility of ethical issues (therapeutic futility) and social issues (gender, race, and regional inequalities). It is recommended to strengthen regulation and quality control to ensure that dejudicialization does not compromise the protection of the vulnerable.

Keywords: De-judicialization of Health; Mediation and Conciliation; Access to Justice; Multi-Door Courthouse; Procedural Speed.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Distribuição das unidades da federação por percentual de liminares deferidas no assunto saúde pública.....	48
Figura 2 - Distribuição das unidades da federação por percentual de procedência da ação no assunto saúde pública.....	48
Figura 3 - Percentual de liminares deferidas do assunto saúde pública – Justiça Federal (agosto/2024 - julho/2025)	49
Figura 4 - Percentual de procedências e improcedências do assunto saúde pública – Justiça Federal (agosto/2024-julho/2025)	49
Figura 5 - Índice de conciliação do assunto saúde pública – Justiça Estadual (agosto/2024-julho/2025)	56
Figura 6 - Índice de conciliação do assunto saúde pública – Justiça Federal (agosto/2024-julho/ 2025).....	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Casos Pendentes, Tempo Médio de Julgamento e Taxas de Congestionamento (dez 2025)	44
Tabela 2 - Taxa de Congestionamento Líquida por Grau de Jurisdição (dez 2025)	44
Tabela 3 - Número de Casos Novos por Ano (dez 2025)	45
Tabela 4 - Distribuição por Assunto (dez 2025)	45
Tabela 5 - Distribuição por Tribunal na Justiça Estadual (dez 2025)	46
Tabela 6 - Distribuição por Tribunal da Justiça Federal (dez 2025)	46
Tabela 7 - Frequência de Municípios com Fornecimento de Medicamentos Judicializados por Região do Brasil.....	51
Tabela 8 - Frequência do Fornecimento de Medicamentos Judicializados por Porte Populacional	51
Tabela 9 - Fornecimento de Medicamentos Sem Registro na Anvisa e <i>Off Label</i> por Municípios	52
Tabela 10 - Gasto em Medicamentos Judicializados (GMJUD) nos Municípios nos anos de 2019 a 2023	53
Tabela 11 - Variação da Participação do GMJUD nos Gastos Municipais no ano de 2023.....	53
Tabela 12 - Fornecimento de Medicamentos Sem Registro na Anvisa e <i>Off Label</i> pelos Estados.....	54
Tabela 13 - Gasto em Medicamentos Judicializados (GMJUD) nos Estados nos anos de 2019 a 2023	54
Tabela 14 - Variação da Participação do GMJUD nos Gastos Estaduais no ano de 2023.....	55
Tabela 15 - Gasto em Medicamentos Judicializados por Região no ano de 2023.....	55
Tabela 16 - Dados sobre acordos mediados nos EUA nos anos de 2023-24.....	75
Tabela 17 - Casos recebidos pelo Cejusc Saúde do TJSP nos anos de 2023-24.....	125
Tabela 18 - Demandas processadas pela Cameds JF3R no ano de 2020.....	159
Tabela 19 - Demandas processadas pela Cameds JF3R no ano de 2021.	160

Tabela 20 - Demandas processadas pela Cameds JF3R no ano de 2022.	160
Tabela 21 - Demandas processadas pela Cameds JF3R no ano de 2023.....	161
Tabela 22 - Demandas processadas pela Cameds JF3R no ano de 2024.	161
Tabela 23 - Demandas processadas pela Cameds JF3R no ano de 2025.	162
Tabela 24 - Número de demandas ingressadas na Cameds JF3R nos anos de 2020-25.....	163
Tabela 25 - Número de atendimentos da Cameds JF3R nos anos de 2020-25	164
Tabela 26 - Comparativo entre os resultados do processo judicial e a Cameds JF3R.....	167
Tabela 27 - Síntese das características e resultados das ferramentas de mediação/conciliação/MARC em saúde descritas no Capítulo 3.....	168
Tabela 28 - Matriz de Aplicabilidade dos MARC por tipo de demanda.....	174

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAA	-	American Arbitration Association
ADCT	-	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
ADI	-	Ação Direta de Inconstitucionalidade
ADO	-	Ação Direta de Inconstitucionalidade por Omissão
ADPF	-	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
ADR	-	Alternative Dispute Resolution
AME	-	Ambulatório Médico de Especialidades
ANS	-	Agência Nacional de Saúde Suplementar
Anvisa	-	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATS	-	Avaliação de Tecnologias em Saúde
BI	-	Business Intelligence
CADJ	-	Central de Atendimento de Demandas Jurídicas
Camedis	-	Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde
Cameds	-	Câmara de Mediação em Direito da Saúde
Cameds JF3R-	-	Câmara de Mediação em Direito de Saúde da Justiça Federal da 3ª Região
CCAF/AGU	-	Câmara de Mediação e Conciliação da Administração Pública Federal
Cecon	-	Central de Conciliação
Cejusc/		
Cejuscon	-	Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania
CEPE	-	Comissão Europeia para Eficiência da Justiça
CER	-	Centro de Especializado em Reabilitação

Cirads	-	Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde do Rio Grande do Norte
CJF	-	Conselho da Justiça Federal
Conasems	-	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Conitec	-	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
Cosems-RS	-	Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul
CNJ	-	Conselho Nacional de Justiça
CNMP	-	Conselho Nacional do Ministério Público
Covid-19	-	Doença pelo Coronavírus 2019
CPC/2015	-	Código de Processo Civil de 2015
CR/1988	-	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
Cras	-	Centros de Referência da Assistência Social
CROSS	-	Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde
CRLS	-	Câmara de Resolução de Litígios de Saúde
Cremers	-	Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul
CRD	-	Comitê de Resolução de Disputas
CRFRS	-	Conselho Regional de Farmácia do Rio Grande do Sul
DCNT	-	Doença Crônica Não Transmissível
DF	-	Distrito Federal
DRP	-	Despesas com Recursos Próprios
DPE-RN	-	Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Norte
DPE-RS	-	Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul
DPE-SP	-	Defensoria Pública do Estado de São Paulo
DPDF	-	Defensoria Pública do Distrito Federal

DPU-RN	-	Defensoria Pública da União no Estado do Rio Grande do Norte
DPU-SP	-	Defensoria Pública da União no Estado de São Paulo
Famurs	-	Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul
Fonajus	-	Fórum Nacional do Judiciário para Monitoramento e Resolução das Demandas de Assistência à Saúde
GMJUD	-	Gastos em Medicamentos Judicializados
GMT	-	Gastos Totais com Medicamentos
HHS	-	Department of Health & Human Services
HIPAA	-	Health Insurance Portability and Accountability Act
HIV/Aids	-	Vírus da Imunodeficiência Humana / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IBA	-	International Bar Association
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Ipea	-	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LRP	-	Lei de Registros Públicos
MARC	-	Método Alternativo de Resolução de Conflito
MBE	-	Medicina Baseada em Evidências
Nuds	-	Núcleo de Defesa da Saúde
PCDT	-	Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica
PGE-RJ	-	Procuradoria-Geral do Estado do Rio de Janeiro
PGE-RN	-	Procuradoria-Geral do Estado do Rio Grande do Norte
PGE-SP	-	Procuradoria-Geral do Estado de São Paulo
PGDF	-	Procuradoria-Geral do Distrito Federal
PGMN-RN	-	Procuradoria-Geral do Município de Natal – Rio Grande do Norte
PMVG	-	Preço Máximo de Venda ao Governo

Procon	-	Defesa e Proteção do Consumidor
Progrejus	-	Programa de Gestão Regionalizada da Judicialização da Saúde
PU-RN	-	Procuradoria da União no Estado do Rio Grande do Norte
NAT	-	Núcleo de Assessoria Técnica
NatJus	-	Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário
NCSC	-	National Center for State Courts
MPDFT	-	Ministério Público do Distrito Federal e Territórios
MP-SP	-	Ministério Público do Estado de São Paulo
OAB	-	Ordem dos Advogados do Brasil
ONG	-	Organização Não Governamental
ONU	-	Organização das Nações Unidas
Rename	-	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
Remume	-	Relação Municipal de Medicamentos
SERP	-	Sistema Eletrônico de Registros Públicos
SES	-	Secretaria Estadual de Saúde
SES-DF	-	Secretaria de Saúde do Distrito Federal
SES-RJ	-	Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro
SES-SP	-	Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo
Sesap-RN	-	Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte
SFH	-	Sistema Financeiro de Habitação
Sirec	-	Sistema Informatizado para a Resolução de Conflitos por meio da Conciliação e Mediação
Siresp	-	Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo
SMS-Natal	-	Secretaria Municipal de Saúde de Natal
STF	-	Supremo Tribunal Federal

SV	-	Súmula Vinculante
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TAC	-	Termo de Ajustamento de Conduta
TJAL	-	Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas
TJBA	-	Tribunal de Justiça do Estado da Bahia
TJMG	-	Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais
TJMT	-	Tribunal de Justiça do Estado de Mato Grosso
TJGO	-	Tribunal de Justiça do Estado de Goiás
TJRJ	-	Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
TJRS	-	Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul
TJSP	-	Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo
TRF	-	Tribunal Regional Federal
TRF1	-	Tribunal Regional Federal da 1ª Região
TRF2	-	Tribunal Regional Federal da 2ª Região
TRF3	-	Tribunal Regional Federal da 3ª Região
TRF4	-	Tribunal Regional Federal da 4ª Região
TRF5	-	Tribunal Regional Federal da 5ª Região
TRF6	-	Tribunal Regional Federal da 6ª Região
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UMA	-	Uniform Mediation Act

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	23
1 ACESSO À JUSTIÇA E A NECESSIDADE DE DESJUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE	35
1.1 O Conceito de Acesso à Justiça segundo Cappelletti e Garth	35
1.2 As "Três Ondas" de Reformas para o Acesso à Justiça	37
1.3 Implicações das Teorias de Cappelletti e Garth para o Contexto Brasileiro	39
1.4 Interconexões das Teorias de Cappelletti e Garth (1978) com as Ideias de Boaventura de Souza Santos (2011).....	41
1.5 Situação Atual da Judicialização da Saúde Pública no Brasil	43
1.5.1 Dados do Conselho Nacional de Justiça (Datajud)	43
1.5.2 Análise dos Dados do Conselho Nacional de Justiça	46
1.5.3 Dados sobre Conciliação.....	56
1.5.4 Os Temas 6 e 1234 do Supremo Tribunal Federal: Governança Colaborativa e Organização Federativa das Demandas	57
1.5.5 As Súmulas Vinculantes 60 e 61: Padronização, Integridade e Governança Judicial Colaborativa	61
1.5.6 Percepções sobre a Decisão do Supremo Tribunal Federal no Tema 1.234 ...	62
1.5.7 Críticas e Limitações da Judicialização da Saúde Pública	63
2 O TRIBUNAL MULTIORTAS E AS ALTERNATIVAS AO LITÍGIO TRADICIONAL	66
2.1 O Modelo do Tribunal Multiortas de Frank Sander	66
2.1.1 Introdução	66
2.1.2 A Crise Judicial e o Surgimento do Sistema Multiortas nos Estados Unidos .	66
2.1.3 Funcionamento.....	68
2.1.4 Critérios para Seleção de Mecanismos de Resolução de Disputas	70
2.1.5 Implicações de um Sistema Diversificado	72
2.1.6 Implementação e Resultados	73
2.1.7 Inovações Recentes	76
2.1.8 Desafios e Críticas	76

2.1.9 ADRs no cenário internacional	76
2.1.10 Síntese	78
2.2 Aplicabilidade do Modelo Multiportas no Sistema Judicial Brasileiro	79
2.2.1 Fundamentos Constitucionais	79
2.2.2 Fundamentos Infraconstitucionais.....	81
2.2.3 Principais Métodos de Solução de Conflitos	86
2.2.4 Livre Trânsito entre Técnicas e Portas.....	87
2.2.5 Principais Ambientes do Sistema	91
2.2.6 Atores.....	92
2.2.7 A Interação entre os Atores.....	94
2.2.8 Repercussões do Caráter Integrado do Sistema sobre o Regime Jurídico Aplicável aos Sujeitos que Nele Atuam.....	96
2.2.9 Síntese	97
3 A DESJUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E OS MÉTODOS ALTERNATIVOS DE RESOLUÇÃO DE CONFLITOS.....	100
3.1 Métodos Alternativos de Resolução de Conflitos (MARC) na área da Saúde	100
3.1.1 Classificação dos Métodos de Solução de Conflitos: Uma Análise Estrutural	100
3.1.2 Mediação e Conciliação: Distinções, Natureza Jurídica e Histórico	101
3.1.3 Princípios Norteadores da Conciliação e Mediação no Direito Brasileiro: Fundamentos e Aplicação	106
3.1.4 Mediação, Conciliação e o Poder Público. Distinções necessárias: interesse público e privado. A supremacia revisitada	108
3.2 - Produção Científica Recente sobre Mediação e Conciliação em Saúde Pública: Análise Crítica da Literatura Pós-2021	110
3.2.1 Fundamentos Teóricos da Mediação Sanitária: O Marco Conceitual de Delduque e Castro (2015)	111
3.2.2 Consolidação Teórica Pós-2021: A Mediação Sanitária como Instrumento de Efetivação do Direito Fundamental à Saúde	112
3.2.3 Mediação Sanitária e Populações Vulneráveis: A Perspectiva do Direito Fraternal	113

3.2.4 Judicialização Oncológica e Mediação: Limites Objetivos dos Métodos Autocompositivos	114
3.2.5 Implicações para a Desjudicialização da Saúde	115
3.4 Práticas de enfrentamento à judicialização da saúde pública no Brasil que enfatizam os meios alternativos de solução de conflitos.....	116
3.4.1 Recomendação CNJ 101/2021	116
3.3.2 NatJus	118
3.3.3 Enunciados do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde – Fonajus	120
3.3.5 Cejusc Saúde do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo.....	123
3.3.6 Câmara de Resolução de Litígios de Saúde – CRLS (Estado do Rio de Janeiro)	126
3.3.7 Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde - Cirads (Estado do Rio Grande do Norte)	129
3.3.8 SUS Mediado (Rio Grande do Norte e Rondônia).....	131
3.3.9 Câmara de Mediação em Direito da Saúde – Cameds (Imperatriz, Maranhão)	133
3.3.10 Projeto Soluções Extrajudiciais Resolutivas – SER Saúde (Rio Grande do Sul)	135
3.3.11 Camedis (Distrito Federal).....	137
3.3.12 Atuação do Núcleo de Apoio Técnico ao Judiciário (NatJus) de Araguaína-TO (2012-2022).....	140
3.3.13 A Experiência de Lages (SC) por meio do Diálogo Institucional	142
3.3.14 ACESSA SUS (Estado de São Paulo)	143
3.3.15 Núcleo de Apoio Técnico (NAT) de Joinville-SC	144
3.4 Perspectivas internacionais	145
3.4.1 Portugal.....	145
3.4.2 Estados Unidos	147
3.5 Vantagens, Limites e Desafios dos MARC na Saúde.....	149
3.5.1 Vantagens	149
3.5.2 Desafios e Limitações	150
4 A CÂMARA DE MEDIAÇÃO EM DIREITO DA SAÚDE DA JUSTIÇA FEDERAL DA 3ª REGIÃO.....	152

4.1 Estrutura e componentes principais	152
4.2 Processos e Procedimentos Operacionais.....	153
4.3 Fluxo de Informações e Dados	154
4.4 Principais Funções e Responsabilidades	154
4.5 Estudos sobre o Resultado e a Eficácia.....	155
4.5.1 Metodologia.....	155
4.5.2 Limitações	156
4.5.3 Resultados	159
4.5.4 Análise.....	162
4.6 Comparativo entre a eficácia da Cameds JF3R e as demais ferramentas de desjudicialização tratadas no Capítulo 3	168
4.6.1 Modelo Comparativo: Critérios de Eficácia.....	171
4.6.2 Comparações por "Famílias".....	171
4.6.3 "O que funciona melhor para qual tipo de demanda?"	173
4.6.4 Cenários Plausíveis.....	174
4.6.5 Implicações Jurídico-Institucionais	175
4.6.6 Síntese	175
CONSIDERAÇÕES FINAIS	176
Síntese dos Achados	176
Implicações Teóricas e Práticas	177
Tensões Não Resolvidas e Lacunas Críticas.....	178
<i>Compatibilidade entre Autocomposição e Indisponibilidade de Direitos</i>	<i>178</i>
<i>Risco de Captura Corporativa</i>	<i>178</i>
<i>Tensão entre Confidencialidade e Transparência</i>	<i>179</i>
<i>Invisibilidade de Conflitos Éticos</i>	<i>179</i>
<i>Desatenção às Desigualdades Regionais.....</i>	<i>180</i>
<i>Ausência de Perspectiva de Gênero e Raça.....</i>	<i>180</i>
Recomendações Operacionais e Estratégicas	180
<i>Diagnóstico Crítico</i>	<i>180</i>
<i>Recomendação Estratégica: "Fast-Track de Baixa Complexidade/Alta Urgência"..</i>	<i>181</i>

<i>Regulamentação Específica</i>	181
<i>Gestão Operacional</i>	182
Pesquisas Futuras	183
Síntese Final	184
REFERÊNCIAS	185
APÊNDICE 1 – FLUXOGRAMA CAMEDS JF3R	204
APÊNDICE 2 - DEMANDAS QUE TRAMITARAM NA CAMEDS JF3R NO ANO DE 2020	205
APÊNDICE 3 - DEMANDAS QUE TRAMITARAM NA CAMEDS JF3R NO ANO DE 2021	209
APÊNDICE 4 - DEMANDAS QUE TRAMITARAM PELA CAMEDS JF3R NO ANO DE 2022	214
APÊNDICE 5 - DEMANDAS QUE TRAMITARAM NA CAMEDS JF3R NO ANO DE 2023	221
APÊNDICE 6 - DEMANDAS QUE TRAMITARAM NA CAMEDS JF3R NO ANO DE 2024	245
APÊNDICE 7 - DEMANDAS QUE TRAMITARAM NA CAMEDS JF3R ATÉ AGOSTO DE 2025, INCLUSIVE	266

INTRODUÇÃO

No âmbito internacional, o Brasil é parte do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas, adotado na XXI Sessão da Assembleia Geral da ONU em 19 de dezembro de 1966 (Brasil, 1992), e do Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, conhecido como “Protocolo de São Salvador”, concluído em 17 de novembro de 1988 (Brasil, 1999)¹.

Ao ratificar esses compromissos internacionais, o Brasil reconhece o direito à saúde como um direito humano, também o considerando um direito fundamental, conforme estabelecido na Constituição da República de 1988 (CR/1988), na seção que trata dos direitos e garantias fundamentais. Segundo o Direito Constitucional, o direito à saúde está intrinsecamente relacionado ao direito à vida (artigo 5º) e é classificado como um direito social (artigo 6º), o que implica tanto o direito de receber serviços de saúde (acepção positiva) quanto o direito de se proteger contra danos à saúde (acepção negativa) (Sarlet; Figueiredo, 2007).

De acordo com Schulze (2019), o Brasil tem a obrigação de cumprir certos mandamentos em relação à saúde, como: (i) o princípio da dignidade humana; (ii) o direito ao mínimo existencial em saúde, que envolve garantir os bens indispensáveis para satisfazer os direitos fundamentais básicos; (iii) a vedação do retrocesso social, impedindo a diminuição de direitos já consolidados; e (iv) o dever de progresso, que se refere à necessidade de melhorar qualitativa e quantitativamente os serviços de saúde.

Outro ponto relevante no direito à saúde no Brasil é o reconhecimento dos determinantes sociais da saúde. O artigo 196 da CR/1988 estipula que a saúde é direito de todos e responsabilidade do Estado Brasileiro, sendo garantido por meio de políticas sociais e econômicas destinadas a reduzir os riscos de doenças e garantir acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. O artigo 198 determina que os serviços públicos de saúde devem ser organizados em uma rede regionalizada e hierarquizada, com diretrizes de descentralização, atendimento integral (priorizando ações preventivas) e participação comunitária (Brasil, 2026). O Sistema Único de

¹ O direito à saúde é abordado no artigo 12 do pacto, que assegura a todos o direito de alcançar o mais alto nível possível de saúde física e mental, e no artigo 10 do protocolo, que define saúde como o direito a um bem-estar físico, mental e social elevado.

Saúde (SUS), criado pela CR/1988 e estruturado a partir de outras duas leis federais, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, é a principal ferramenta para garantir o direito à saúde dos brasileiros e estrangeiros em território nacional (Brasil, 1990a e 1990b).

O SUS adota o modelo de serviço nacional de saúde, em que os serviços são financiados por tributos gerais, como impostos e contribuições, com a participação de todos os entes federativos no Brasil. O Brasil é o único país sul-americano a contar com um sistema público do tipo serviço nacional de saúde, similar ao existente no Reino Unido (Andrade et al., 2018). O Estado Brasileiro se destaca entre os demais com sistema de saúde nacional e estrutura federativa, devido ao tamanho e complexidade de sua federação, composta por 5.596 entes autônomos, com grande diversidade em termos de população, desenvolvimento socioeconômico e capacidades estatais. Além de compartilhar o financiamento, esses entes também dividem a gestão do SUS. A responsabilidade principal pela prestação dos serviços é atribuída aos municípios, enquanto estados e a União oferecem apoio técnico e financeiro, o que torna o SUS uma experiência única no mundo em termos de sistema de saúde (Ipea, 2025a).

Embora o país tenha registrado avanços como o aumento da oferta em algumas especialidades médicas, a expansão da rede de unidades de saúde, leitos hospitalares e equipamentos, ainda persistem obstáculos significativos. Entre eles, destacam-se a escassez de especialistas, a existência de vazios assistenciais em determinadas regiões e a desarticulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Essas dificuldades contribuem para acentuar as desigualdades no acesso a serviços de maior complexidade, além de gerar longas filas de espera para consultas e procedimentos especializados (Andrade et al., 2018). Como exemplo, em 2019, a cobertura do SUS para cirurgias de catarata e mamografias foi de 46,7% e 52,8%, respectivamente — índices ainda considerados baixos diante da proposta de universalidade do sistema. Considerando que cerca de 25% dos brasileiros possuem planos de saúde privados, os dados sugerem que uma parte da população precisou recorrer ao pagamento direto para acessar esses serviços (Vieira et al., 2023).

A dependência do pagamento direto é ainda mais crítica no que se refere ao acesso a medicamentos no Brasil (Brasil, 2022a). Nas últimas décadas, embora políticas públicas tenham sido implementadas para ampliar o acesso da população a medicamentos essenciais, o país enfrenta um cenário epidemiológico complexo.

Caracterizado por uma elevada incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), o Brasil também lida com doenças infecciosas e negligenciadas — como dengue, tuberculose e HIV/Aids —, além de agravos decorrentes de causas externas, como acidentes e violência, o que pressiona ainda mais o sistema de saúde. A pandemia da Covid-19 agravou esse quadro, evidenciando fragilidades estruturais do SUS e sua limitada capacidade de resposta frente a emergências sanitárias (Mendes, 2020).

Segundo a conta-satélite de saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2021, as famílias arcaram com 93% das despesas de consumo final de medicamentos no país (IBGE, 2024). Quanto à cobertura pública, dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, acessados por meio do Beneficiômetro da Seguridade Social, indicam que apenas 20% das pessoas conseguiram obter todos os medicamentos prescritos por meio do SUS (Vieira et al., 2023).

As significativas desigualdades socioeconômicas do Brasil afetam diretamente o acesso da população aos medicamentos e serviços farmacêuticos. Apesar dos esforços governamentais em garantir o acesso equitativo e universal a esses produtos, a população continua enfrentando barreiras como a indisponibilidade frequente nas unidades de saúde, os altos preços para aquisição e as disparidades regionais na oferta dos insumos pelo SUS (Ipea, 2025a).

Esse cenário se torna ainda mais desafiador diante do envelhecimento populacional e da crescente prevalência de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, que demandam tratamentos contínuos e impactam diretamente a capacidade de resposta do SUS (Ipea, 2025a).

Nesse contexto, ao Poder Judiciário é dada relativa importância para a preservação dos direitos fundamentais à vida e à saúde, acarretando o fenômeno que se convencionou chamar de judicialização da saúde.

A judicialização da saúde é um fenômeno crescente, caracterizado pelo aumento do número de indivíduos que recorrem ao Judiciário para pleitear questões relacionadas à saúde. Esse fenômeno surge principalmente devido à complexidade e às limitações do SUS e à demanda por serviços médicos não atendidos de maneira adequada. A saúde, enquanto um direito constitucional, é um dos pilares dessa discussão. É fundamental ressaltar que o eixo central da questão não está na legitimidade do direito à saúde, mas nos mecanismos necessários para garantir esse direito sem a intervenção do Judiciário, ou seja, assegurar que o direito à saúde seja

cumprido pelas entidades responsáveis, sem que seja necessário recorrer ao sistema judicial (Vieira, 2020; Brasil, 2021a).

Embora não haja uma definição amplamente aceita para o termo na literatura, a judicialização da saúde pode ser entendida como a situação em que indivíduos ou grupos acionam o Poder Judiciário para resolver conflitos com o Poder Executivo, empresas privadas e até mesmo com pessoas físicas, em questões de saúde. Isso inclui desde solicitações para que o SUS forneça determinados serviços, até litígios contratuais relativos à cobertura de planos de saúde e disputas sobre erros médicos e outros assuntos ligados ao biodireito. Em particular, a judicialização da saúde no contexto do SUS é frequentemente designada, dentro do sistema de Justiça, como um reflexo das dificuldades e falhas de acesso aos serviços públicos de saúde, exigindo a intervenção judicial para garantir o direito dos cidadãos (Vieira, 2020; Brasil, 2021a).

O fenômeno da judicialização da saúde tem sido uma preocupação crescente nos tribunais brasileiros, e os dados de 2025 revelam uma continuidade dessa tendência. Até 31 de dezembro de 2025, o Judiciário enfrentava um total de 895.368 processos pendentes relacionados a questões de saúde em geral², dos quais 817.539 tramitavam normalmente (tramitação líquida³) (Brasil, 2025a).

O tempo médio para a conclusão dos processos de saúde também é um dado importante para a análise do sistema judiciário. Em 31 de dezembro de 2005, os processos relacionados à saúde, em média, demoraram 656 dias para serem resolvidos, com o tempo médio para a resolução de processos líquidos⁴ sendo de 520 dias (Brasil, 2025a). Esse longo tempo de tramitação indica que a judicialização, embora necessária para garantir o acesso à saúde, sobrecarrega o sistema judiciário, tornando-se um fator de lentidão no atendimento e aumentando o congestionamento de casos.

² Saúde Pública e Saúde Suplementar

³ Segundo o CNJ, nesta categoria se incluem os processos que tramitam normalmente, isto é, os processos que não estão suspensos, sobrestados ou em arquivo provisório (Brasil, 2023a).

⁴ O Tempo Médio do Pendente Líquido (TMPL) para o CNJ é um indicador de desempenho que mede quantos dias, em média, um processo leva para ser julgado, descontando os períodos em que ele ficou parado (suspensão, sobrestado ou arquivado provisoriamente), mostrando assim a eficiência da tramitação "real" em andamento, sem os "tempos mortos", com foco na efetividade da prestação jurisdicional (Brasil, 2023a).

Com efeito, a taxa de congestionamento⁵ ainda é significativa, com uma taxa bruta⁶ de 57% e uma taxa líquida⁷ de 54,8% (Brasil, 2025a). Esses índices indicam que uma grande parte dos processos permanece pendente de resolução, evidenciando a dificuldade do Judiciário em lidar com a quantidade de casos que chegam ao sistema de forma eficiente e dentro de um prazo razoável. Esse congestionamento impacta diretamente a qualidade do atendimento à população e a eficácia das decisões judiciais.

Além disso, os dados demonstram um crescimento constante na quantidade de novos processos relacionados à saúde ao longo dos anos. Em 2020, foram registrados 351.010 novos casos, número que aumentou significativamente até 2025, quando 682.468 novos casos foram registrados (Brasil, 2025a). Esse aumento indica que a judicialização da saúde continua a se expandir, o que coloca uma pressão adicional sobre o sistema de saúde e sobre o Judiciário.

A distribuição dos casos por diferentes tribunais também mostra um padrão de concentração de processos. A Justiça Estadual continua a ser o principal campo de atuação, com 606.997 novos casos, enquanto a Justiça Federal e os Tribunais Superiores lidam com números menores, 56.449 e 19.022 novos casos, respectivamente (Brasil, 2025a). Essa concentração na Justiça Estadual pode ser explicada pela maior quantidade de processos originados do SUS, que é um sistema de saúde público e regionalizado, com maior incidência de ações judiciais em níveis estaduais.

O índice de atendimento à demanda⁸, que está em 98,9%, indica que o sistema judiciário tem cumprido uma boa parte da sua função ao atender à demanda de processos relacionados à saúde (Brasil, 2025a). No entanto, a alta taxa de

⁵ A taxa de congestionamento mede a efetividade do tribunal em um período, levando-se em conta o total de casos novos que ingressaram, os casos baixados e o estoque pendente ao final do período anterior ao período base. Um percentual alto dessa taxa indica a retenção de processos na fila de julgamentos e dificuldades do tribunal em lidar com o estoque de processos (Brasil, 2023a).

⁶ A taxa de congestionamento bruta mede o percentual de casos que permanecem pendentes de solução em relação ao total tramitado no período de um ano, incluídos os processos que estão suspensos, sobrestados ou em arquivo provisório (Brasil, 2023a).

⁷ A taxa de congestionamento líquida mede o percentual de casos que permanecem pendentes de solução no Judiciário brasileiro em relação ao total tramitado no período de um ano, excluídos os processos que dependem de algumas condições jurídicas específicas para terem a tramitação concluída (suspensos, sobrestados ou em arquivo provisório) (Brasil, 2023a).

⁸ O Índice de Atendimento à Demanda (IAD) para o CNJ é um indicador de desempenho que mede a capacidade de um tribunal de julgar processos em relação à quantidade de novos casos que chegam, buscando garantir que os processos baixados (encerrados ou remetidos) sejam, no mínimo, iguais aos novos, idealmente superando 100% para evitar acúmulo (Brasil, 2023a).

congestionamento ainda reflete que o Judiciário está enfrentando dificuldades para resolver a quantidade crescente de casos de maneira eficiente (Brasil, 2025a).

Em resumo, os dados de 2025 demonstram um quadro de crescimento da judicialização da saúde no Brasil, o que traz desafios significativos para o Judiciário.

A judicialização da saúde pública, enfoque desta pesquisa, tem sido um tema central de estudos e debates, especialmente desde os anos 2000. Desde então, diversas publicações e produções têm sido disseminadas sobre o tema, abordando as contradições e desafios gerados pela judicialização, principalmente com o crescimento das demandas individuais e a predominância de decisões favoráveis, que têm aumentado a pressão sobre o orçamento e a infraestrutura do SUS.

Ferraz (2011) analisou dados do Ministério da Saúde sobre demandas judiciais entre 2003 e 2009 e concluiu que as maiores concentrações de processos estavam nos estados mais desenvolvidos das regiões Sul e Sudeste, onde residia a maior parte da população. Por outro lado, os estados mais pobres das regiões Norte e Nordeste registraram um número muito menor de ações judiciais. O autor argumenta que a judicialização não beneficia os mais vulneráveis socioeconomicamente, evidenciando um gradiente social nas demandas judiciais no SUS. Isso reforça a ideia de que o modelo atual de judicialização da saúde tem impactos negativos sobre a equidade no acesso a esses direitos.

Oliveira et al. (2015) analisaram pesquisas sobre judicialização da saúde pública realizadas entre 2009 e 2013, observando que a hipossuficiência econômica e o estado de urgência são os principais fatores que levam à judicialização. A pesquisa também revelou que a maioria das demandas envolvia o acesso a medicamentos, especialmente aqueles de alto custo ou que ainda não estavam disponíveis nas listas do SUS.

Wang (2015), no entanto, aponta as limitações da judicialização, observando que ele desconsidera os critérios de priorização de tecnologias no SUS, resultando em decisões que autorizam o fornecimento de medicamentos e tratamentos não incorporados ao sistema. Ele argumenta que a judicialização, ao priorizar tratamentos individuais, pode tornar o sistema de saúde mais desigual e ineficiente.

Essas conclusões foram corroboradas por Bittencourt (2016), que encontrou duas correntes de pensamento sobre a judicialização: uma que vê nela um mecanismo de ampliação da cidadania e da democracia, e outra que considera a judicialização um fator de reprodução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde.

Lopes et al. (2019) também verificaram em Minas Gerais que a maioria das decisões judiciais não beneficiou os residentes nos municípios mais vulneráveis. Isso reforça a tese de que a judicialização da saúde pública não promove a equidade no acesso à saúde, como era esperado.

Nesse mesmo sentido, Vieira (2020) aponta que a judicialização da saúde pode reproduzir desigualdades no acesso aos serviços de saúde, uma vez que, embora a justiça desempenhe um papel essencial ao garantir o acesso aos avanços tecnológicos nos tratamentos, essa atuação deve ser conduzida dentro dos parâmetros de universalidade definidos pelas políticas públicas. Costa, Silva e Ogata (2020) também destacam as polarizações sobre o impacto da judicialização, sugerindo que ela pode corrigir distorções no acesso aos bens e serviços de saúde, mas também sobrecarrega o orçamento público e exige um aumento na alocação de recursos pelos entes federados. As autoras recomendam a criação de comitês especializados e a adoção do princípio da "reserva do possível" nas decisões judiciais, distinguindo a viabilidade técnica e financeira das demandas.

Por outro lado, autores como Borges (2018) observam que a judicialização contribui para o desenvolvimento de processos envolvendo a avaliação de tecnologias em saúde (ATS) e a governança do SUS. Ela também resultou em avanços como a criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) e o Fórum Permanente da Saúde do Conselho Nacional de Justiça, que facilitam o diálogo entre os poderes Executivo e Judiciário. Gebran Neto (2019) por sua vez, destaca os aspectos positivos e negativos desse processo. Ele aponta que a judicialização pode fomentar a revisão de políticas públicas e garantir tratamentos urgentes, como no caso do câncer, mas também pode resultar em desorganização do SUS, aumento das finanças públicas e fragilização da isonomia.

Pesquisa realizada pelo Ipea sobre a judicialização dos medicamentos no SUS entre 2019 e 2023 revela que 58,7% dos municípios participantes declararam fornecer medicamentos por ações judiciais, com essa frequência atingindo 100% nos municípios com mais de 500 mil habitantes, e 100% dos estados e do Distrito Federal (Ipea, 2025b). O estudo afirma que a judicialização tem contribuído fortemente para a fragilização das políticas de saúde, gerado perda da capacidade estatal de gestão das compras públicas e desorganização da oferta de serviços. Esse cenário impede o planejamento orçamentário racional, força gestores a desviar o foco de suas atividades-fim e, paradoxalmente, compromete a eficácia das políticas voltadas para

a saúde pública universal, muitas vezes resultando na falta de medicamentos essenciais já incorporados ao SUS, o que retroalimenta o problema (Ipea, 2025b).

Em síntese, o debate sobre a judicialização da saúde no Brasil revela um cenário de polarização, com visões contraditórias sobre seus efeitos. Por um lado, ela pode fortalecer a cidadania e garantir acesso a tratamentos, mas, por outro, pode gerar desigualdades no acesso e sobrecarregar o SUS. A solução para esse problema, como sugerido por diversos estudiosos, passa pela reformulação do modelo de judicialização, com o desenvolvimento de novas estratégias que integrem os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, além de promover soluções extrajudiciais de conflitos.

Nesse contexto, o presente estudo tem como objeto a desjudicialização da saúde pública com foco específico na atuação da Câmara de Mediação em Direito da Saúde da Justiça Federal da 3ª Região (Cameds JF3R), boa prática do Gabinete da Conciliação do Tribunal Regional Federal da 3ª Região em curso perante a Central de Conciliação (Cecon) da Subseção Judiciária de Guarulhos-SP.

A questão central desta pesquisa é: Como as ferramentas de desjudicialização da saúde, especialmente a Cameds JF3R, contribuem para a celeridade na prestação judicial em comparação à solução adjudicada tradicional na Justiça Federal da 3ª Região? O foco principal está na análise do impacto da Cameds JF3R, que busca transformar o modelo tradicional de adjudicação judicial para um modelo mais ágil e colaborativo. O objetivo é avaliar de que maneira essa ferramenta contribui para a redução do tempo de resolução de conflitos, garantindo um atendimento mais eficiente ao direito à saúde.

A hipótese principal deste estudo é que as ferramentas de desjudicialização da saúde, como a Cameds JF3R, têm o potencial de aumentar a celeridade na prestação judicial, promovendo uma desjudicialização que confere efetividade ao direito à saúde sem comprometer sua substancialidade, beneficiando tanto os cidadãos quanto o sistema público de saúde.

A celeridade é priorizada como métrica de análise por constituir, hoje, o principal gargalo da judicialização da saúde.

Este estudo, portanto, tem como objetivo geral analisar o impacto das ferramentas de desjudicialização na celeridade da prestação judicial, com ênfase na comparação entre os métodos de mediação e conciliação e o modelo tradicional de adjudicação. Para tanto, será investigada a eficácia da Cameds JF3R na redução do

tempo de resolução dos conflitos de saúde comparativamente à solução processual e a outras soluções mediadas. Nesse escopo, serão identificadas e analisadas outras iniciativas de desjudicialização da saúde, com o intuito de propor recomendações para o aprimoramento e ampliação da Cameds JF3R.

A metodologia adotada traduziu-se numa abordagem mista, combinando elementos quantitativos e qualitativos para compreender o fenômeno da desjudicialização da saúde. Quanto aos seus objetivos, o estudo caracterizou-se como descritivo e empírico, uma vez que buscou detalhar o funcionamento e os fluxos da Cameds JF3R, proporcionando uma análise aprofundada sobre este mecanismo específico de autocomposição.

O cenário da pesquisa constituiu-se na própria estrutura da Cameds JF3R, escolhida por seu pioneirismo na gestão de conflitos sanitários na Justiça Federal da 3ª Região. Para a operacionalização da coleta de dados, foram utilizados registros administrativos primários, obtidos mediante solicitação formal à Cecon de Guarulhos-SP por meio do e-mail cameds@trf3.jus.br, com fundamento na Lei de Acesso à Informação (Lei 12.527/2011). O instrumento de coleta baseou-se em planilhas eletrônicas estruturadas fornecidas pela administração judiciária, as quais abrangeram o volume de demandas, a tipologia dos pedidos — incluindo medicamentos e tratamentos — e os desfechos dos casos, discriminando os índices de acordos celebrados e as tentativas infrutíferas. Ressalta-se que os dados foram recebidos já anonimizados, sem qualquer identificação das partes, garantindo a proteção da privacidade dos jurisdicionados.

Quanto aos procedimentos metodológicos, a pesquisa operou em duas frentes lógicas complementares. Pelo método indutivo, interpretaram-se os dados quantitativos da Cameds JF3R: a partir da observação particular das frequências estatísticas e métricas jurimétricas, inferiram-se as conclusões gerais sobre a eficiência da câmara. As informações brutas foram processadas para apurar indicadores como tempo médio e taxas de atendimento, além de aplicar ferramentas como o Ponto Ótimo de Pareto, Ponto de Saturação e Correlação de Pearson, consolidando o Benchmarking Jurimétrico. Concomitantemente, a análise qualitativa fundamentou-se em revisão bibliográfica, cuja seleção de obras obedeceu a critérios de relevância temática e atualidade, priorizando doutrina processual, artigos científicos em bases de dados jurídicas e normativas do Conselho Nacional de Justiça a respeito da judicialização da saúde pública e dos métodos alternativos de resolução

de conflitos (MARC). Por fim, o método dedutivo foi empregado para interpretar os dados empíricos à luz das teorias do acesso à justiça, sobre os MARC e do direito à saúde.

Por fim, foram identificadas e consideradas as limitações metodológicas inerentes ao desenho da pesquisa. A análise restringiu-se aos dados documentais tabulados, não contemplando variáveis subjetivas, como a percepção de satisfação dos usuários ou a complexidade clínica individual de cada caso, uma vez que não foram realizadas entrevistas qualitativas com as partes. Em relação aos aspectos éticos, o estudo observou rigorosamente as normas vigentes; a utilização de dados secundários anonimizados e de acesso público, franqueados pela própria instituição judiciária, dispensou a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, assegurando-se a transparência e a integridade científica em todas as etapas do processo investigativo.

A dissertação está organizada de maneira a apresentar, de forma clara e progressiva, o problema central da pesquisa, suas hipóteses, objetivos, metodologia e, finalmente, os resultados e discussões pertinentes ao impacto da Cameds JF3R na celeridade do atendimento das demandas de saúde. Buscou-se, assim, averiguar como um modelo de desjudicialização da saúde funciona na prática na tentativa de fornecer subsídios para eventual expansão nacional.

A seguir, descreve-se a estrutura de cada capítulo que compõe a dissertação:

O primeiro capítulo, intitulado “Acesso à Justiça e a Necessidade de Desjudicialização da Saúde”, aborda os conceitos fundamentais de acesso à justiça, com base nas teorias de Cappelletti e Garth e de Souza Santos, faz uma análise das implicações desse conceito no contexto brasileiro, trata da situação atual da judicialização da saúde no Brasil e apresenta as críticas e limitações do Poder Judiciário no enfrentamento dos problemas relacionados ao Direito da Saúde.

O capítulo dois explora o modelo do Tribunal Multiportas de Frank Sander, suas aplicações no sistema judicial brasileiro e como ele contribui para a diversificação dos meios de resolução de conflitos. São discutidos os MARC na área da saúde, com ênfase na mediação e conciliação, suas vantagens, desafios e as contribuições de autores contemporâneos sobre o uso desses métodos no Brasil.

No capítulo três, investiga-se o papel da mediação como ferramenta de desjudicialização da saúde, apresentando contribuições teóricas e práticas, incluindo a humanização do atendimento em saúde. São analisadas as práticas de mediação e

conciliação no Brasil, seus benefícios para a redução da litigiosidade e para a eficiência processual, além dos desafios na implementação dessas ferramentas, como a necessidade de capacitação de mediadores especializados e a resistência das partes em buscar soluções extrajudiciais.

O capítulo quatro dedica-se ao estudo e análise da Cameds JF3R, sua estrutura e funcionamento. E, a partir dos resultados verificados entre os anos de 2020 e 2025, discute-se a eficácia da Cameds JF3R na prevenção da judicialização e resolução de litígios, procedendo-se, ainda, à comparação entre outras soluções mediadas, citadas no capítulo três, e aos parâmetros da solução adjudicada mencionados no capítulo primeiro.

As considerações finais sintetizam os resultados encontrados, discutindo suas implicações para a Cameds JF3R. São apresentadas também recomendações para futuras pesquisas sobre o tema e as limitações do estudo, que podem servir como base para aprofundamento acadêmico e melhorias nas iniciativas de desjudicialização da saúde.

Esta dissertação se insere na área de concentração de Direito da Saúde, nas dimensões individual e coletiva.

No âmbito da linha de pesquisa "Estado e Planejamento Social da Saúde", investiga especificamente as ferramentas estatais de tutela sanitária, com ênfase na mediação e conciliação como alternativas ao modelo litigioso tradicional. Para tanto, a pesquisa examina empiricamente o funcionamento da Cameds JF3R, avaliando sua eficácia na redução da sobrecarga judicial, na promoção da celeridade processual e na racionalização dos recursos públicos destinados à saúde. Ao fazê-lo, conecta-se aos objetivos mais amplos de aprimoramento das políticas públicas sanitárias, contribuindo para o debate nacional sobre a desjudicialização da saúde e a construção de sistemas mais eficientes de acesso aos direitos fundamentais.

No âmbito da linha de pesquisa "Saúde e Proteção do Indivíduo", investiga especificamente duas dimensões fundamentais: (a) o ambiente institucional das responsabilidades públicas estatais, analisando a historicidade das escolhas normativas que conduziram à desjudicialização como resposta à judicialização da saúde; e (b) os instrumentos estabelecidos, examinando empiricamente a mediação e conciliação implementadas pela Cameds JF3R como mecanismos políticos e regulatórios que afetam diretamente a efetivação do direito fundamental à saúde de cada indivíduo demandante.

Nesse contexto, a pesquisa conecta-se aos objetivos mais amplos de compreender como as estruturas institucionais e os procedimentos de resolução de conflitos impactam a proteção concreta dos direitos sanitários individuais, contribuindo para a construção de instrumentos mais céleres e eficazes de tutela individual.

1 ACESSO À JUSTIÇA E A NECESSIDADE DE DESJUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

1.1 O Conceito de Acesso à Justiça segundo Cappelletti e Garth

A efetivação da justiça permanece uma questão central e atemporal, mobilizando gerações e movimentos sociais ao longo da história. Não é à toa que o acesso à justiça foi elevado à categoria de direito humano fundamental, reconhecido em instrumentos internacionais emblemáticos.

Como garantia de acesso aos tribunais, esse direito está consagrado nos principais documentos internacionais de direitos humanos. A Declaração Universal dos Direitos Humanos (Organização das Nações Unidas, 1948), por exemplo, estabelece em seu Artigo VIII: "Toda pessoa tem direito a um recurso efetivo perante os tribunais nacionais competentes, que a proteja contra violações de seus direitos fundamentais reconhecidos pela constituição ou pela lei".

Além disso, a Convenção Europeia dos Direitos Humanos (Conselho da Europa, 1950), o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos de 1966 (Brasil, 1992) e a Convenção Americana de Direitos Humanos ("Pacto de San José da Costa Rica") de 1969 (Brasil, 1999) reforçam o acesso à justiça como pilar das liberdades fundamentais.

O conceito de acesso à justiça frequentemente é restringido à ideia de acesso ao Poder Judiciário, como revelam expressões reducionistas ("direito de ação" ou "acesso aos tribunais"). Essa visão limitada, contudo, ignora a complexidade do princípio, que engloba não apenas a via judicial, mas também mecanismos extrajudiciais de resolução de conflitos, garantia de direitos sociais e igualdade material, como observam Urquiza e Correia (2018).

Apesar de avanços recentes na redefinição do acesso à justiça – que buscam superar a associação exclusiva com o Judiciário –, o paradigma reducionista ainda predomina nos sistemas jurídicos. Essa persistência expõe a dificuldade de conceituar um princípio tão abrangente, cuja essência transcende a mera formalidade processual para abarcar a efetiva realização dos direitos em sua plenitude.

No ordenamento jurídico brasileiro, o acesso à justiça é um direito fundamental consagrado no artigo 5º, inciso XXXV, da CR/1988, que estabelece que "a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito". Esse princípio assegura a todos os cidadãos a possibilidade de buscar a tutela judicial para a

proteção de seus direitos, sendo essencial para a efetivação da cidadania e para a manutenção do Estado Democrático de Direito.

Cappelletti e Garth (1978), que conduziram um dos mais importantes estudos sobre o tema, o Projeto Florença (*Florence Project*), e cujo relatório deu origem à obra traduzida para o português com título "Acesso à justiça", também entendem que o acesso à justiça deve ser compreendido como um direito fundamental, essencial para garantir que as pessoas possam reivindicar seus direitos dentro de um sistema jurídico.

Segundo discorrem os citados autores, o conceito de acesso à justiça evoluiu significativamente ao longo do tempo, refletindo mudanças sociais e políticas. Nos séculos XVIII e XIX, nos estados liberais, o direito ao acesso à proteção judicial era essencialmente formal, permitindo ao indivíduo propor ou contestar uma ação. A teoria predominante acreditava que os direitos naturais não necessitavam de intervenção estatal, mas apenas de proteção contra infrações. O Estado permanecia passivo, e a justiça era acessível apenas para quem pudesse arcar com seus custos, resultando em um acesso formal, porém não efetivo.

Com o crescimento das sociedades do *laissez-faire*, o conceito de direitos humanos passou por uma transformação. Sociedades modernas passaram a reconhecer os direitos e deveres dos governos, comunidades e indivíduos. Novos direitos, como o direito ao trabalho, saúde, segurança material e educação, foram considerados essenciais para efetivar os direitos previamente proclamados, como indicado no preâmbulo da Constituição Francesa de 1946.

O direito ao acesso efetivo à justiça ganhou importância à medida que as reformas do *welfare state* procuraram garantir direitos substanciais aos indivíduos. O acesso efetivo à justiça passou a ser reconhecido como um direito fundamental, visto que a titularidade de direitos é sem sentido sem mecanismos que permitam sua efetiva reivindicação. Assim, o acesso à justiça tornou-se essencial para um sistema jurídico moderno e igualitário.

O estudo do processo civil também evoluiu, reconhecendo que as técnicas processuais servem a funções sociais. As cortes passaram a não ser a única forma de solução de conflitos, e qualquer regulamentação processual passou a ter impacto sobre a forma como a lei substantiva opera. A pesquisa processual foi ampliada para além dos tribunais, incorporando métodos de análise de sociologia, política, psicologia e economia.

1.2 As "Três Ondas" de Reformas para o Acesso à Justiça

Para Cappelletti e Garth (1978), todavia, o acesso à justiça não se resume apenas ao direito de acessar o sistema judicial, mas abrange também as condições necessárias para que as pessoas possam efetivamente utilizar esse sistema, ou seja, que elas tenham a capacidade de envolver-se no processo judicial de maneira efetiva.

Cappelletti e Garth (1978) identificam três fases ou "ondas" de reformas que, ao longo do tempo, buscaram ampliar o acesso à justiça. Cada uma dessas ondas representa uma resposta a um conjunto de problemas identificados nos sistemas jurídicos, com o objetivo de torná-los mais acessíveis, inclusivos e eficientes.

A primeira onda, ocorrida no século XIX, focou na assistência judiciária aos pobres, com o objetivo de reduzir as barreiras econômicas que impediam o acesso de populações carentes ao Judiciário. As principais dificuldades enfrentadas eram as elevadas custas judiciais e os honorários advocatícios, que tornavam o processo formal inacessível, especialmente em pequenas causas. Além disso, fatores socioculturais como a falta de educação jurídica e a desigualdade de recursos entre litigantes habituais e eventuais também eram obstáculos significativos. Para superar essas barreiras, foram implementados modelos de assistência jurídica, como o *Judicare*, em que advogados particulares eram pagos pelo Estado, e a contratação de advogados públicos. Também houve a isenção de custas e a adoção da oralidade processual para simplificar os procedimentos. No entanto, essa onda não conseguiu resolver problemas como a morosidade do sistema judicial e a complexidade dos litígios coletivos.

A segunda onda, que se desenvolveu no século XX, concentrou-se na representação de interesses difusos, como meio ambiente e direitos do consumidor. As principais barreiras enfrentadas foram a fragmentação de interesses e a ineficácia das ações individuais em tratar problemas coletivos, como a poluição ambiental. Para lidar com essas questões, foram implementadas ações coletivas, inspiradas nas *class actions* norte-americanas, permitindo que grupos se unissem para buscar soluções judiciais conjuntas. Além disso, organizações não governamentais (ONGs) e associações foram legitimadas para representar esses interesses difusos em juízo. Contudo, a dispersão geográfica e a falta de coordenação entre os afetados ainda dificultavam a mobilização coletiva.

A terceira onda, na segunda metade do século XX, focou na superação das barreiras processuais e na ampliação do acesso à justiça por meio de métodos alternativos ao Judiciário tradicional. As dificuldades enfrentadas nesta fase foram a morosidade e o formalismo excessivo dos processos, além da sobrecarga do sistema judicial devido ao grande número de demandas e à falta de gestão eficiente. Para superar essas questões, foram adotados Métodos Alternativos de Resolução de Conflitos (MARC), como a mediação e conciliação, que priorizam soluções negociadas e preservação de relações, e a arbitragem, uma opção ágil e técnica para disputas mais complexas. Além disso, houve uma democratização da justiça com a criação de juizados especiais e centros de mediação comunitária. A prevenção de litígios também foi incentivada por meio de educação jurídica e políticas públicas. Essa onda não substitui as anteriores, mas as complementa. Por exemplo, a assistência jurídica (primeira onda) pode ser combinada com a mediação (terceira onda) para uma resolução mais eficiente dos conflitos.

Especificamente sobre as vantagens da utilização dos MARC, em especial a conciliação, Cappelletti (1981) alerta que, embora a judicialização possa ser necessária para garantir a efetividade dos direitos sociais e coletivos, como o direito à saúde, essa abordagem tradicional acaba por sobrecarregar o sistema judiciário. Nesse sentido, ele destaca o papel das associações, como sindicatos e ONGs, na negociação direta com empresas e governos, proporcionando soluções mais equilibradas. Para o citado autor, a conciliação, em casos versando sobre direitos coletivos e sociais, aparece como uma solução mais flexível, capaz de ajustar os direitos a contextos específicos, algo que é difícil de alcançar por meio de decisões judiciais (Cappelletti, 1981).

Na visão de Cappelletti e Garth (1978), a utilização dos MARC se afigura uma alternativa eficiente e humanizada à justiça tradicional. Ela oferece vantagens como a redução de custos e tempo no Judiciário, a preservação de relações e a adaptabilidade para resolver conflitos complexos. Além disso, fortalece as comunidades e promove uma participação democrática, agindo de forma preventiva, não apenas reparatória. Embora não substitua a justiça tradicional, a conciliação complementa-a, especialmente em sociedades interdependentes e em contextos onde a convivência é inevitável, transformando conflitos em oportunidades de diálogo e coesão social.

Em conclusão, as três ondas representaram avanços significativos na democratização da justiça: a primeira onda reduziu as desigualdades econômicas, a segunda ampliou a representação de interesses coletivos e a terceira flexibilizou os procedimentos e descentralizou as soluções. No entanto, ainda persistem desafios, como a falta de acesso à informação jurídica e a resistência cultural a métodos alternativos. A efetivação plena do acesso à justiça requer a articulação entre políticas públicas, educação cidadã e inovação institucional, como enfatizado por Cappelletti e Garth (1978).

1.3 Implicações das Teorias de Cappelletti e Garth para o Contexto Brasileiro

É importante destacar que a judicialização da saúde no Brasil tem gerado um debate sobre os limites e as implicações de uma justiça excessivamente centrada na litigiosidade⁹. O sistema judicial, ao se tornar o principal meio para garantir o acesso à saúde, pode, por vezes, criar um ambiente de insegurança jurídica, com decisões contraditórias que podem prejudicar a uniformidade e a equidade no acesso aos serviços de saúde. Nesse sentido, as propostas de Cappelletti e Garth (1978), ao enfatizar a simplificação do processo e a criação de soluções mais inclusivas, podem contribuir para uma abordagem mais eficaz e menos adversarial na defesa do direito à saúde no Brasil.

Embora inicialmente concebidos como alternativas à adjudicação, os MARC passaram a ser legalmente incentivados, inclusive no âmbito judicial. O atual Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), em seu art. 3º, §§ 2º e 3º, estabelece que o "Estado promoverá, sempre que possível, a solução consensual dos conflitos" e que "a conciliação, a mediação e outros métodos de solução consensual de conflitos deverão ser estimulados por juízes, advogados, defensores públicos e membros do Ministério Público, inclusive no curso do processo judicial". Essas disposições legais reforçam a política pública de incentivo à solução consensual de controvérsias, seja fora ou no curso do processo judicial.

A limitação do modelo adjudicatório estatal é acentuada pela natureza fluida dos conceitos de justiça e injustiça, que não operam em um esquema de soma zero. Galanter (2015) observa que a justiça não é estática, mas dinâmica e instável. A busca por justiça implica a correção de injustiças; contudo, à medida que o conhecimento

⁹ A respeito, confira-se o Item 1.5 desta dissertação.

humano avança e as expectativas por bem-estar e segurança aumentam, a percepção do que constitui injustiça também se expande.

Conforme Galanter (2015), o progresso tecnológico e científico redefine a fronteira entre infortúnio inevitável e injustiça evitável. Por exemplo, doenças anteriormente consideradas incuráveis eram vistas como infortúnios imutáveis; hoje, a falta de esforços na busca por curas ou na distribuição de tratamentos pode ser percebida como uma injustiça. Essa ampliação da esfera de injustiças percebidas gera um aumento correspondente na demanda por soluções judiciais. Entretanto, o sistema judiciário estatal enfrenta dificuldades para acompanhar a velocidade e a complexidade desses novos conflitos, evidenciando a necessidade de métodos alternativos e mais eficazes de resolução de disputas (Jayme; Dutra, 2021).

Nesse contexto atual, de reinterpretação do direito de acesso à justiça e do papel da jurisdição, o movimento de desjudicialização tem ganhado relevância, trazendo novos atores para o cenário jurídico, com o objetivo de garantir a efetivação da justiça, num cenário em que gestores de saúde enfrentam desafios para cumprir as decisões judiciais e os magistrados se deparam com a dificuldade de decidir sobre questões urgentes e complexas sem o conhecimento técnico necessário (Vasconcelos, 2021).

Com efeito, há uma premente necessidade de expandir a garantia constitucional do acesso à justiça para além do acesso exclusivo à justiça estatal, buscando a inclusão e o incentivo à participação de novos protagonistas nesse processo democrático de acesso ao direito, a exemplo dos servidores ligados à administração pública, da Defensoria Pública, do Ministério Público e o próprio cidadão. Com efeito, segundo Bortz (2009, p. 106), "A participação de outros agentes jurídicos, qualificados para realizar intervenções seguras, estáveis e preventivas nos litígios, é essencial para assegurar o fluxo jurídico em um mundo cada vez mais dinâmico".

Essa transformação no sistema de proteção jurídica brasileiro está em sintonia com a nova perspectiva de acesso à justiça apresentada por Cappelletti e Garth (1978), especialmente em consonância com a concepção de Boaventura de Souza Santos (2011), que adota uma abordagem pluralista e democrática para a resolução de conflitos, mais alinhada com as exigências da sociedade moderna, fundamentada no acesso a uma ordem jurídica justa, pluralista, democrática e acessível a todos.

1.4 Interconexões das Teorias de Cappelletti e Garth (1978) com as Ideias de Boaventura de Souza Santos (2011)

Boaventura de Souza Santos, em sua obra "Para uma Revolução Democrática da Justiça" (Santos, 2011), oferece uma visão transformadora para o sistema jurídico, com implicações diretas para o contexto brasileiro. Suas ideias centram-se em três pilares principais: pluralismo jurídico, repolitização do direito e inclusão de novos atores no processo jurídico.

Para Santos (2011), o pluralismo jurídico é fundamental para democratizar o acesso à justiça, pois reconhece a existência de múltiplos sistemas jurídicos dentro de uma mesma sociedade, incluindo os de grupos marginalizados, como comunidades indígenas e quilombolas. Ele define o pluralismo jurídico como a coexistência de diferentes ordens legais que interagem e se influenciam mutuamente, promovendo o que chama de "interlegalidade" (Santos, 2011, p. 113-118). Essa abordagem desafia o monopólio do Estado sobre o direito, permitindo que grupos marginalizados utilizem suas próprias normas e práticas para buscar justiça, tornando o sistema mais acessível e culturalmente apropriado. No contexto brasileiro, onde a diversidade cultural e as desigualdades sociais são pronunciadas, o pluralismo jurídico pode facilitar a resolução de conflitos de maneira mais inclusiva e equitativa, especialmente em disputas relacionadas à saúde, em que as necessidades locais podem variar significativamente.

Santos (2011) enfatiza a necessidade de repolitizar o direito, ou seja, torná-lo um instrumento ativo na luta contra as injustiças sociais. Ele argumenta que o sistema jurídico deve ir além de soluções técnicas e individuais, promovendo mudanças estruturais que abordem as causas profundas das desigualdades (Santos, 2011, p. 33-40, e p. 102-112). No caso da judicialização da saúde, isso implica que as decisões judiciais não devem apenas garantir o acesso individual aos serviços de saúde, mas também pressionar por políticas públicas que combatam as desigualdades estruturais, como a falta de infraestrutura em áreas rurais ou periféricas. Essa perspectiva é particularmente relevante no Brasil, onde a judicialização frequentemente reflete falhas sistêmicas no sistema de saúde pública¹⁰.

Santos (2011) destaca a importância de inovações institucionais, como tribunais especiais e programas de justiça comunitária, para tornar a justiça mais

¹⁰ A respeito, vide o item 1.5 dessa dissertação.

próxima e responsiva às necessidades da população (Santos, 2011, p. 71-77). No Brasil, iniciativas como os juizados especiais e os programas de mediação comunitária são exemplos de esforços para criar mecanismos alternativos de resolução de conflitos, alinhados com a visão de uma justiça mais democrática e acessível. Esses mecanismos podem aliviar a sobrecarga do sistema judicial.

A inclusão de novos atores no processo jurídico é outro aspecto central da proposta de Santos (2011). Ele defende a capacitação de cidadãos e líderes comunitários em conhecimentos jurídicos para empoderar as comunidades a buscar e defender seus direitos (Santos, 2011, p. 62-64). Da mesma forma, a Defensoria Pública desempenha um papel vital em fornecer assistência jurídica gratuita e educação legal às populações vulneráveis, ajudando a superar a demanda reprimida por justiça, ou seja, a barreira enfrentada por aqueles que se sentem intimidados ou excluídos do sistema legal (Santos, 2011, p. 50-55).

Assim, enquanto Cappelletti e Garth (1978) fornecem um arcabouço prático para simplificar processos e promover soluções consensuais, Santos (2011) enriquece a discussão com uma visão pluralista e democrática, que valoriza a diversidade cultural, combate as injustiças estruturais e empodera novos atores. Em conjunto, essas perspectivas permitem compreender que, na judicialização da saúde, o Judiciário pode atuar tanto como via de efetivação de direitos sociais quanto como espaço de reprodução de assimetrias e disputas por recursos públicos, a depender de como se organizam seus mecanismos decisórios e suas formas de articulação com a administração pública.

A partir desse referencial, a judicialização da saúde deve ser analisada não apenas como um fenômeno jurídico, mas como um problema de governança pública e governança judicial, no qual se entrelaçam acesso a direitos, capacidade estatal, coordenação federativa e racionalidade decisória baseada em evidências. Por isso, para além do plano normativo-teórico, torna-se necessário examinar como essas dinâmicas se expressam empiricamente no Brasil, identificando padrões de litigiosidade, pressões sobre a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e desafios de eficiência e uniformidade decisória no sistema de justiça.

1.5 Situação Atual da Judicialização da Saúde Pública no Brasil

1.5.1 Dados do Conselho Nacional de Justiça (Datajud)¹¹

A situação atual da judicialização da saúde pública no Brasil evidencia a centralidade do Judiciário na regulação prática do acesso a bens e serviços de saúde e, simultaneamente, expõe limites relevantes de capacidade institucional para responder de forma tempestiva, uniforme e sustentável a esse tipo de demanda. Nesse contexto, indicadores como estoque de processos, volume de casos novos e taxas de congestionamento tornam-se métricas essenciais para avaliar a eficiência do sistema e os riscos de decisões fragmentadas que, embora voltadas à tutela de direitos fundamentais, podem gerar efeitos sistêmicos sobre a governança do Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com os dados mais recentes do Conselho Nacional de Justiça (CNJ)¹², o sistema judiciário registrava um total de 495.685 processos pendentes de decisão, dos quais 451.658 estavam em curso e 44.027 estavam suspensos, sobrestados ou em arquivo provisório.

O tempo médio de tramitação dos processos, isto é, a média de dias que um processo fica em andamento sem solução definitiva — incluídos os períodos em que esteve suspenso ou sobrestado —, é de 686 dias, quase 2 anos. Na Justiça Federal, o tempo médio do primeiro julgamento é de 363 dias, e na Justiça Estadual, de 305 dias.

A taxa de congestionamento, que mede a efetividade do tribunal em um período, levando-se em conta o total de casos novos que ingressaram, os casos baixados e o estoque pendente ao final do período anterior ao período base (Brasil, 2023a) é um indicador importante de como os tribunais estão lidando com a quantidade de processos em cada área do direito. Por exemplo, na Justiça Federal, essa taxa é de 57%, enquanto na Justiça Estadual é ligeiramente maior, 57,5%.

As taxas de congestionamento variam significativamente entre os tribunais. O Tribunal Regional Federal da 1ª Região (TRF1) apresenta a maior taxa de congestionamento bruta, com 71,6%, seguido de perto pelo Tribunal de Justiça da Bahia (TJBA), com 70,3%, e pelo Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro (TJRJ), com

¹¹ Os dados desse item têm como fonte as estatísticas de processuais de Direito à Saúde disponibilizados pelo CNJ (Brasil, 2025a).

¹² Atualizado até 31 de dezembro de 2025.

69,2%. O Tribunal de Justiça de Mato Grosso (TJMT) apresenta a menor taxa de congestionamento, correspondente a 32,4%.

Tabela 1 - Casos Pendentes, Tempo Médio de Julgamento e Taxas de Congestionamento (dez 2025)

Métrica	Valor
Casos Pendentes (Total)	495.685
Casos Pendentes Líquidos	451.658
Tempo Médio do Pendente (Total)	686 dias
Tempo Médio do Pendente Líquido	551 dias
Casos Julgados em 2025	375.147
Tempo Médio do Primeiro Julgamento	311 dias
Casos Baixados em 2025	372.768
Tempo Médio da Primeira Baixa	434 dias
Novos Casos em 2025 (até dezembro)	353.934
Índice de Atendimento à Demanda	105,3%
Taxa de Congestionamento Bruta	57,1%
Taxa de Congestionamento Líquida	54,8%

Fonte: Brasil, 2025a

Tabela 2 - Taxa de Congestionamento Bruta por Grau de Jurisdição (dez 2025)

Grau	Taxa de Congestionamento
1º Grau	55,9 %
2º Grau	44 %

Fonte: Brasil, 2025a

A diferença nas taxas de congestionamento entre 1º Grau (55,9%) e 2º Grau (40%) sugere que as demandas tendem a se acumular nas instâncias inferiores, possivelmente devido à necessidade de produção de provas em razão da complexidade dos casos.

Os novos casos anuais mostram um crescimento consistente, conforme detalhado na tabela abaixo:

Tabela 3 - Número de Casos Novos por Ano (dez 2025)

Ano	Novos Casos
2020	205.037
2021	251.409
2022	290.413
2023	335.625
2024	377.056
2025	353.934

Fonte: Brasil, 2025a.

O volume de novos processos relacionados à saúde pública apresentou crescimento expressivo no período analisado. Entre 2020 e 2024, o número saltou de 205.037 para 377.056 casos, registrando uma redução para 353.934 em 2025. No acumulado de cinco anos, o aumento foi de 72,61%, com uma taxa de crescimento anual média de aproximadamente 11,5%.

Além disso, entre os cinco maiores temas de saúde pública judicializados, destacam-se: (i) o fornecimento de medicamentos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) mas não padronizados; (ii) consulta médicas; (iii) cirurgias de urgência; (iv) fornecimento de medicamentos em geral e, ainda, (v) o fornecimento de medicamentos registrados na Anvisa e padronizados.

Tabela 4 - Distribuição por Assunto (dez 2025)

Assunto	Casos Novos
Medicamentos Registrados e Não Padronizados	47.434
Consultas	44.926
Cirurgias de Urgência	42.696
Medicamentos em Geral	39.847
Medicamentos Registrados e Padronizados	38.048

Fonte: Brasil, 2025a

Tabela 5 - Distribuição por Tribunal na Justiça Estadual (dez 2025)

Tribunal	Casos Novos
TJRS	49.965
TJSP	35.098
TJMG	33.108
TJRJ	23.810
TJMT	18.397

Fonte: Brasil, 2025a**Tabela 6 - Distribuição por Tribunal da Justiça Federal (dez 2025)**

Tribunal	Casos Novos
TRF4	20.635
TRF1	9.838
TRF5	7.551
TRF3	5.131
TRF2	5.099
TRF6	5.025

Fonte: Brasil, 2025a

1.5.2 Análise dos Dados do Conselho Nacional de Justiça

A análise dos dados compilados pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) demonstra que a judicialização da saúde pública no Brasil tem se intensificado nas últimas décadas, com uma crescente quantidade de processos judiciais voltados ao fornecimento de medicamentos, tratamentos médicos e acesso a serviços de saúde. Essa demanda tem gerado uma série de debates sobre os impactos dessa prática no Judiciário, na gestão pública e na efetividade das políticas públicas de saúde.

A judicialização da saúde pública, especialmente no que se refere ao fornecimento de medicamentos, tem gerado um impacto orçamentário significativo nos orçamentos estaduais e municipais. Segundo dados do CNJ, em 2020, 49,3% das secretarias municipais relataram que até 10% de seus orçamentos foram destinados ao cumprimento de decisões judiciais relacionadas à saúde (Brasil, 2021a). Esse percentual foi ainda mais elevado em algumas secretarias, com 5,6% delas indicando que mais de 30% de seus orçamentos foram comprometidos com a execução de decisões judiciais, afetando diretamente a capacidade de implementação de políticas públicas de saúde (Brasil, 2021a).

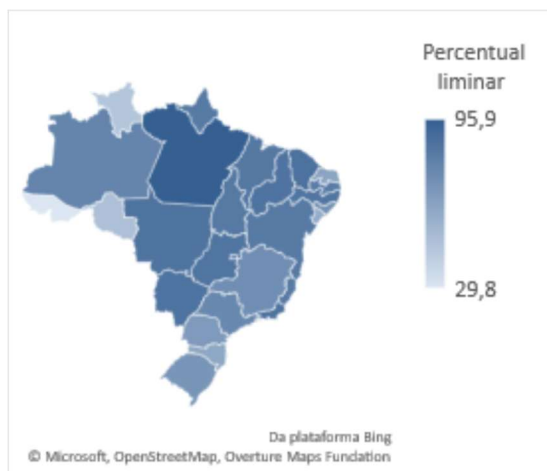
Segundo apurado pelo CNJ em 2020, aproximadamente 50% das secretarias estaduais e municipais relataram que as decisões judiciais raramente ou nunca consideram as políticas públicas existentes. Apenas 2,6% das secretarias municipais afirmaram que as políticas são sempre consideradas, enquanto 9,6% disseram que nunca são. Um total de 83% das respostas sugeriu que a consideração das políticas públicas é esporádica (Brasil, 2021a).

Todavia, cerca de 46% dos magistrados entrevistados pelo CNJ em 2020 admitiram que as decisões judiciais geralmente consideram as políticas públicas de saúde, sugerindo uma percepção de desalinhamento entre o Judiciário e as políticas do Executivo. Além disso, 70,6% concordaram que as partes frequentemente não apresentavam provas suficientes para decisões criteriosas, com percentuais semelhantes na Justiça Estadual (69,9%) e Federal (74,4%) (Brasil, 2021a). Ainda, 49,3% dos magistrados concordaram que, na maioria dos processos, não há um ato administrativo concreto de recusa por parte da Administração Pública, o que traria dificuldades ao processo judicial (Brasil, 2021a). Esses dados sugerem desafios na instrução processual, que podem impactar a qualidade das decisões judiciais e a efetivação do direito à saúde.

Os resultados do CNJ em 2020 já apontavam uma desconexão significativa entre as decisões judiciais e as políticas públicas de saúde, com muitas secretarias relatando que tais políticas são raramente consideradas. Os magistrados enfrentam desafios devido à insuficiência de provas, o que pode comprometer a qualidade das decisões. Os tempos processuais, embora variáveis, são consideráveis, impactando a eficiência do sistema judicial.

Por sua vez, a análise dos dados coletados pelo CNJ em 2025 revela uma alta propensão à concessão de tutelas de urgência na maioria das cortes estaduais. Em 13 tribunais, a taxa de deferimento de liminares supera 80%, com destaque para Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Pará, Pernambuco, Piauí e Rio de Janeiro, que ultrapassam a marca de 85% (Brasil, 2025b). O Tribunal de Justiça do Pará apresenta o índice mais elevado, aproximando-se da totalidade de deferimentos. Em contrapartida, observa-se uma discrepância significativa no Acre, que registra a menor taxa do país (cerca de 30%), situando-se bem abaixo de Roraima, o penúltimo colocado, que apresenta índice de 46% (Brasil, 2025b).

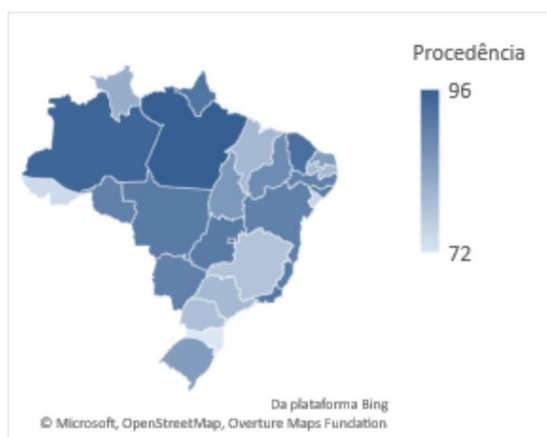
Figura 1 - Distribuição das unidades da federação por percentual de liminares deferidas no assunto saúde pública



Fonte: Brasil, 2025b

De acordo com o CNJ, a Justiça Estadual registrou uma média de 86% de decisões favoráveis aos autores. As extremidades desse espectro são representadas por Santa Catarina, que lidera o índice de indeferimentos (28%), e pelo Pará, que possui a menor taxa de rejeição (4%). O grupo com procedência superior a 90% inclui unidades como Alagoas, Amazonas, Distrito Federal, entre outros. Já a faixa intermediária, entre 80% e 90%, abrange treze estados, incluindo Maranhão, Mato Grosso, Paraíba e Rio de Janeiro (Brasil, 2025b).

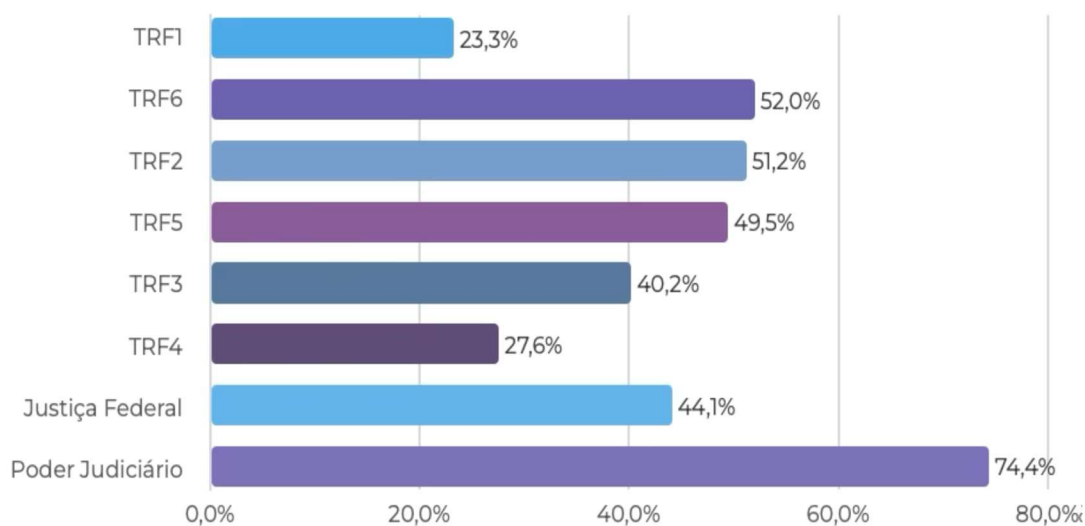
Figura 2 - Distribuição das unidades da federação por percentual de procedência da ação no assunto saúde pública



Fonte: Brasil, 2025b

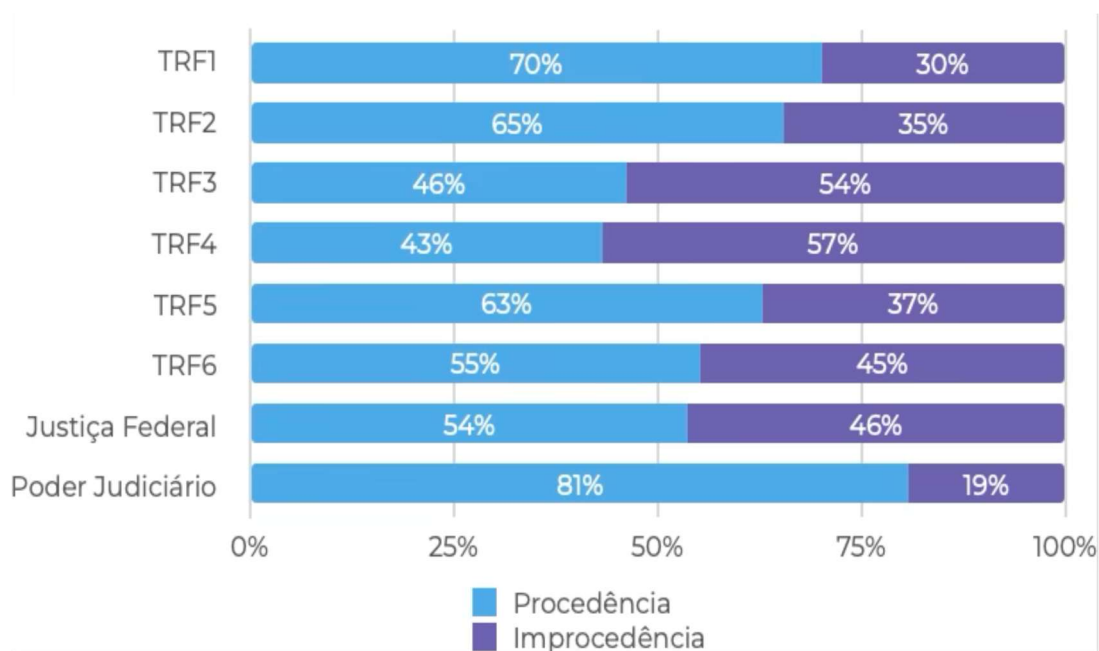
O cenário da Justiça Federal é distinto, como mostram as figuras a seguir:

Figura 3 - Percentual de liminares deferidas do assunto saúde pública – Justiça Federal (agosto/2024 - julho/2025)



Fonte: Brasil, 2025b

Figura 4 - Percentual de procedências e improcedências do assunto saúde pública – Justiça Federal (agosto/2024-julho/2025)



Fonte: Brasil, 2025b

Os dados revelam uma forte coerência entre as decisões provisórias e as definitivas na esfera federal. Nos TRF1, TRF2, TRF5 e TRF6, observa-se uma tendência de acolhimento tanto das liminares quanto do mérito da ação. Em contrapartida, o TRF3 e o TRF4 adotam uma postura mais restritiva em ambas as

fases processuais. Em uma análise comparativa ampla, a Justiça Federal demonstra ser mais rigorosa que a Estadual, apresentando índices inferiores tanto na concessão de tutelas de urgência quanto na procedência final dos pedidos (Brasil, 2025b).

Entre os tribunais, o do Distrito Federal destaca-se pela celeridade, liderando nos três indicadores de tempo: liminares em cerca de três dias, sentenças em 60 dias e julgamento de mérito em 130 dias. Em contraste, o Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco (TJPE) figura entre os mais lentos, levando 30 dias para liminares e 138 para sentenças. Na comparação entre esferas, a Justiça Federal é mais morosa na fase inicial, levando em média 35 dias para apreciar liminares — quase o dobro da média estadual (17 dias) — assemelhando-se aos estados mais lentos como Sergipe (43 dias) e Alagoas (35 dias) (Brasil, 2025b).

Quanto às sentenças, a média federal de 110 dias alinha-se à estadual. O TRF6, o mais lento (139 dias), equipara-se aos tribunais do Paraná e Pernambuco. Já os TRF mais ágeis (TRF2 e TRF4) aproximam-se do desempenho de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul (cerca de 100 dias). No cômputo final do mérito, a Justiça Federal leva 371 dias em média, superando em 78 dias o tempo da Justiça Estadual (293 dias), mesmo esta última lidando com um volume de processos significativamente maior devido à sua competência residual (Brasil, 2025b).

O fornecimento de medicamentos é um dos temas recorrentes quando se trata da judicialização da saúde pública, afetando municípios de todos os portes e regiões, e universalmente presente nos Estados. Nos municípios, a prevalência aumenta com o porte populacional, indicando uma "interiorização" do fenômeno que, antes, era mais concentrado em grandes centros (Ipea, 2025b).

O fornecimento de medicamentos é um dos temas recorrentes quando se trata da judicialização da saúde pública, afetando municípios de todos os portes e regiões, e universalmente presente nos estados. Nos municípios, a prevalência aumenta com o porte populacional, indicando uma "interiorização" do fenômeno que, antes, era mais concentrado em grandes centros (Ipea, 2025b).

Tabela 7 - Frequência de Municípios com Fornecimento de Medicamentos Judicializados por Região do Brasil

Região	Municípios Respondentes (A)	Municípios com Ações Judiciais sobre o Fornecimento de Medicamentos (B)	Frequência (B/A)
Centro-Oeste	164	132	80,5%
Nordeste	643	298	46,3%
Norte	200	98	49,0%
Sudeste	457	335	73,3%
Sul	401	231	57,6%
Total	1.865	1.094	58,7%

Fonte: Ipea, 2025b

Conforme se observa da tabela acima, a região Centro-Oeste apresentou a maior frequência (80,5%), enquanto Nordeste e Norte tiveram as menores.

A prevalência da judicialização aumenta significativamente com o porte populacional dos municípios.

Tabela 8 - Frequência do Fornecimento de Medicamentos Judicializados por Porte Populacional

Porte Populacional	Municípios Respondentes (A)	Municípios com Ações Judiciais (B)	Frequência (B/A)
Grupo I (Até 5.000 hab.)	386	141	36,5%
Grupo II (5.001 a 10.000 hab.)	368	197	53,5%
Grupo III (10.001 a 20.000 hab.)	465	256	55,1%
Grupo IV (20.001 a 50.000 hab.)	389	268	68,9%
Grupo V (50.001 a 100.000 hab.)	126	111	88,1%
Grupo VI (100.001 a 500.000 hab.)	113	103	91,2%
Grupo VII (Acima de 500.000 hab.)	18	18	100,0%
Total	1.865	1.094	58,7%

Fonte: Ipea, 2025b

Municípios de diversos portes reportaram o fornecimento de medicamentos para indicação terapêutica, dosagem ou faixa etária não aprovadas pela Anvisa (*off label*) por determinação judicial e a frequência de fornecimento desses tipos de medicamentos aumenta com o porte populacional.

Tabela 9 - Fornecimento de Medicamentos Sem Registro na Anvisa e *Off Label* por Municípios

Porte Populacional	Freq. Medicamentos Sem Registro	Freq. Medicamentos Off
	Anvisa	Label
Grupo I (Até 5.000 hab.)	5,7%	5,0%
Grupo II (5.001 a 10.000 hab.)	5,1%	3,0%
Grupo III (10.001 a 20.000 hab.)	5,5%	4,7%
Grupo IV (20.001 a 50.000 hab.)	7,8%	12,7%
Grupo V (50.001 a 100.000 hab.)	10,8%	15,3%
Grupo VI (100.001 a 500.000 hab.)	16,5%	33,0%
Grupo VII (Acima de 500.000 hab.)	27,8%	27,8%
Total	8,0%	10,5%

Fonte: Ipea, 2025b

Para os 271 municípios com informações consistentes ao longo dos cinco anos, houve um crescimento notável nos gastos totais com medicamentos (GTM), nas despesas com recursos próprios (DRP) e nos gastos em medicamentos judicializados (GMJUD).

Tabela 10 - Gasto em Medicamentos Judicializados (GMJUD) nos Municípios nos anos de 2019 a 2023

Ano	GTM (R\$ de 2023)	DRP (R\$ de 2023)	GMJUD (R\$ de 2023)	Participação Média GMJUD no GTM	Participação Média GMJUD na DRP
2019	683.329.487	531.805.048	70.650.944	9,7%	13,5%
2020	767.638.683	614.026.707	69.863.639	8,5%	11,2%
2021	818.211.864	675.842.706	76.260.464	8,3%	10,6%
2022	819.189.011	688.777.396	82.247.861	8,3%	10,2%
2023	888.135.571	763.858.332	86.457.048	8,4%	10,1%

Fonte: Ipea, 2025b

Conforme se observa da tabela, o GMJUD aumentou em 22% no período, enquanto o GTM subiu 30% e a DRP 44%. Em 2023, o GMJUD representou, em média, 8,4% do GTM e 10,1% da DRP.

Em 2023, embora a média do GMJUD sobre o GTM tenha sido de 8,37%, a amplitude dessa participação variou consideravelmente entre os municípios, muito embora o porte populacional não tenha sido estatisticamente significativo na distribuição desse indicador.

Tabela 11 - Variação da Participação do GMJUD nos Gastos Municipais no ano de 2023

Métrica (2023)	Mínimo	Médio	Mediana	Máximo
Participação GMJUD no GTM	0,02%	8,37%	4,69%	39,80%
Participação GMJUD na DRP	0,02%	10,11%	5,26%	53,35%

Fonte: Ipea, 2025b

Também segundo o Ipea, todos os Estados reportaram o fornecimento de medicamentos por ações judiciais, indicando uma universalidade do fenômeno nessa esfera. E, assim como nos municípios, o fornecimento de medicamentos sem registro e *off label* é uma realidade para a maioria dos estados (Ipea, 2025b).

Tabela 12 - Fornecimento de Medicamentos Sem Registro na Anvisa e *Off Label* pelos Estados

Região	Freq. Medicamentos Sem Registro Anvisa	Freq. Medicamentos Off Label
Centro-Oeste	100,0%	75,0%
Nordeste	75,0%	100,0%
Norte	50,0%	66,7%
Sudeste	50,0%	75,0%
Sul	100,0%	100,0%
Total	72,0%	84,0%

Fonte: Ipea, 2025b

Conforme se depreende da tabela acima, a prevalência do fornecimento de medicamentos nessas condições é muito alta nos estados, especialmente naqueles do Centro-Oeste e Sul para produtos sem registro na Anvisa, e Nordeste e Sul para produtos *off label*.

O Ipea verificou que, para 10 estados com informações consistentes ao longo dos cinco anos pesquisados, o impacto financeiro do GMJUD é bastante pronunciado. O GMJUD nesses estados cresceu 41% no período, superando o crescimento do GTM (16%) e da DRP (21%). Em 2023, o GMJUD representou, em média, 32,9% do GTM e 37,4% da DRP, significativamente mais alto que nos municípios. Cinco dos dez estados comprometeram mais de 40% das despesas com recursos próprios com medicamentos judicializados, conforme pode ser visualizado na tabela abaixo:

Tabela 13 - Gasto em Medicamentos Judicializados (GMJUD) nos Estados nos anos de 2019 a 2023

Ano	GTM (R\$ de 2023)	DRP (R\$ de 2023)	GMJUD (R\$ de 2023)	Participação Média GMJUD no GTM	Participação Média GMJUD na DRP
2019	3.634.779.788	2.950.802.093	1.222.659.237	25,2%	30,1%
2020	3.678.007.904	3.110.944.130	1.275.285.058	26,8%	30,9%
2021	3.873.372.035	3.457.756.978	1.291.289.049	25,2%	28,0%
2022	4.137.335.757	3.666.061.796	1.537.733.631	27,5%	30,8%

Ano	GTM (R\$ de 2023)	DRP (R\$ de 2023)	GMJUD (R\$ de 2023)	Participação Média GMJUD no GTM	Participação Média GMJUD na DRP
2023	4.201.063.512	3.557.268.900	1.721.278.445	32,9%	37,4%

Fonte: Ipea, 2025b

Segundo o Ipea, a amplitude da participação do GMJUD nos orçamentos estaduais é considerável, evidenciando o alto impacto da judicialização em alguns estados (Ipea, 2025b).

Tabela 14 - Variação da Participação do GMJUD nos Gastos Estaduais no ano de 2023

Métrica (2023)	Mínimo	Médio	Mediana	Máximo
Participação GMJUD no GTM	5,79%	32,90%	36,61%	64,45%
Participação GMJUD na DRP	6,21%	37,43%	39,75%	66,37%

Fonte: Ipea, 2025b

Tabela 15 - Gasto em Medicamentos Judicializados por Região no ano de 2023

Região	Número de Estados	GTM (R\$ de 2023) em milhões	DRP (R\$ de 2023) em milhões	GMJUD (R\$ de 2023) em milhões	Participação Média GMJUD no GTM	Participação Média GMJUD na DRP
Centro-Oeste	1	131,828	123,358	54,018	41,0%	43,8%
Nordeste	4	1.204,300	1.116,515	491,303	32,4%	34,3%
Norte	1	143,058	136,794	13,790	9,6%	10,1%
Sudeste	3	2.200,698	1.809,036	959,939	36,6%	42,9%
Sul	1	521,178	371,563	202,227	38,8%	54,4%
Total	10	4.201,063	3.557,268	1.721,278	32,9%	37,4%

Fonte: Ipea, 2025b

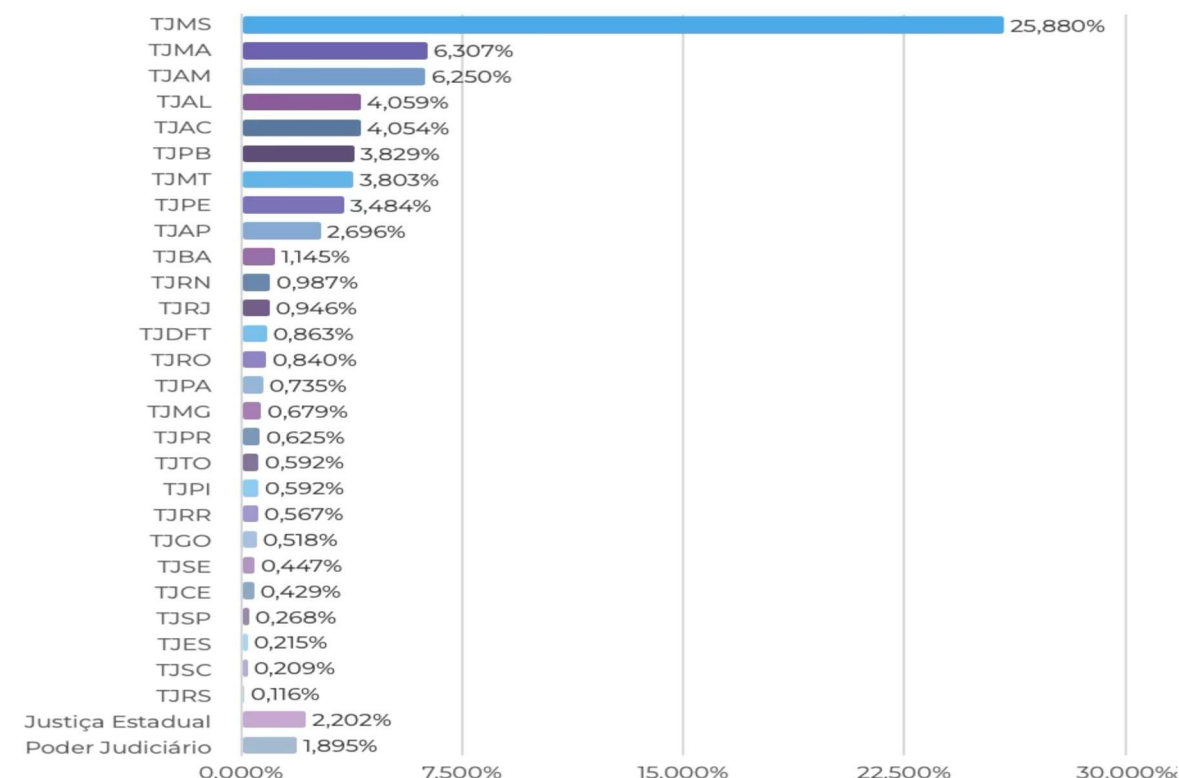
Em 2024, o Ministério da Saúde registrou um gasto de R\$ 1,9 bilhão com despesas relacionadas a ordens judiciais para o fornecimento de medicamentos, conforme dados de execução orçamentário-financeira do governo federal (Ipea, 2025b). Embora houvesse uma expectativa de que as secretarias de saúde fossem

ressarcidas pelos custos com medicamentos judicializados no mesmo período, os registros públicos de execução orçamentária (Brasil, 2023a) não permitem identificar essas despesas de forma específica.

1.5.3 Dados sobre Conciliação

Segundo o CNJ (2025b), embora os índices de conciliação na saúde pública superem os da saúde suplementar, o cenário nacional é heterogêneo. O Mato Grosso do Sul desponta como referência positiva, alcançando cerca de 26% de acordos. Em contrapartida, o Rio Grande do Sul, apesar de liderar em volume de novos casos, apresenta a menor taxa do país (apenas 0,1%). O fato de 17 estados registrarem índices inferiores a 1% evidencia a inexistência de uma cultura de conciliação consolidada, fenômeno que pode ser atribuído à alta facilidade de obtenção de liminares, conforme observado na seção anterior.

Figura 5 - Índice de conciliação do assunto saúde pública – Justiça Estadual (agosto/2024-julho/2025)

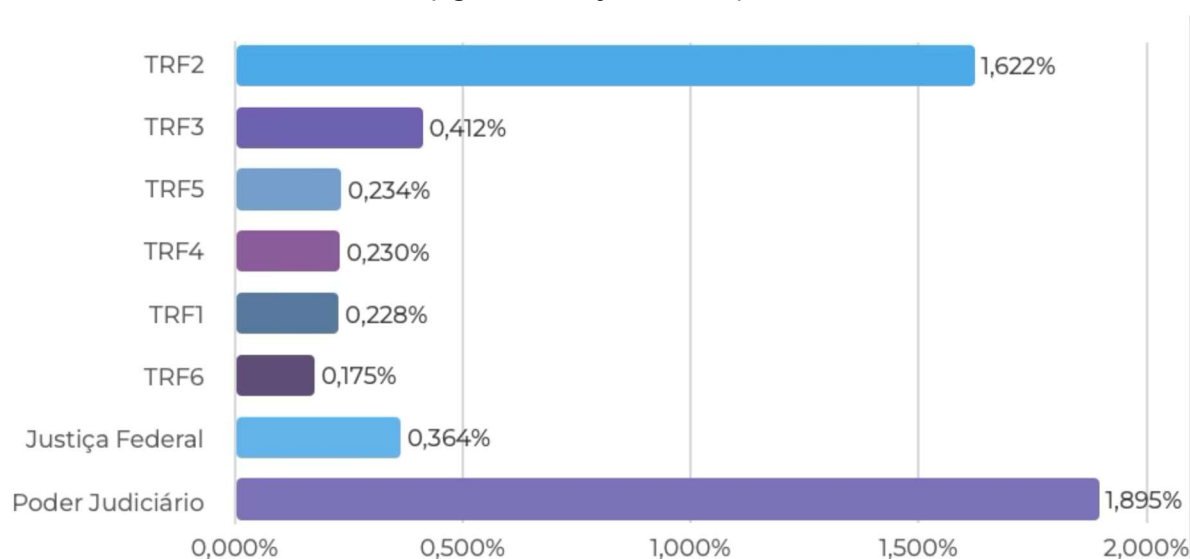


Fonte: Brasil, 2025b

Por sua vez, os indicadores de autocomposição na Justiça Federal são inexpressivos, com a quase totalidade dos tribunais — ressalvada a 2ª Região —

registrando taxas inferiores a 1%. Essa baixa adesão à conciliação decorre intrinsecamente da natureza das demandas e da competência específica da União no fornecimento de tratamentos. A consolidação jurisprudencial, especialmente após os precedentes do STF no final de 2024, delimitou rigidamente as obrigações federais, reduzindo a margem para transações processuais (Brasil, 2025b).

**Figura 6 - Índice de conciliação do assunto saúde pública – Justiça Federal
(agosto/2024-julho/ 2025)**



Fonte: Brasil, 2025b

1.5.4 Os Temas 6 e 1234 do Supremo Tribunal Federal: Governança Colaborativa e Organização Federativa das Demandas

O julgamento do Tema 1.234 (RE 1.366.243) e do Tema 6 (RE 566.471) representa um ponto de inflexão na governança judicial da judicialização da saúde no Brasil. Mais do que resolver casos individuais, o STF passou a atuar como indutor de coordenação institucional ao fixar parâmetros que conectam: (i) direito fundamental à saúde, (ii) sustentabilidade do SUS, (iii) competências federativas, e (iv) racionalidade decisória baseada em evidências. Trata-se de uma tentativa explícita de migrar de uma judicialização predominantemente casuística para uma judicialização governada por regras, fluxos e mecanismos de monitoramento, reduzindo assimetrias decisórias e incentivando previsibilidade administrativa (Brasil, 2024a; 2024c).

O Tema 1.234, julgado no RE 1.366.243, consolidou-se como marco por combinar tese de repercussão geral com a homologação de acordos interfederativos, desenhando uma arquitetura de governança voltada a: uniformizar procedimentos,

distribuir responsabilidades de custeio e ordenar a competência jurisdicional nas demandas de medicamentos, especialmente os não incorporados ao SUS (Brasil, 2024a).

O caso subjacente envolveu ação proposta contra o Estado de Santa Catarina para fornecimento de medicamentos destinados ao tratamento de epilepsia refratária, incluindo fármacos registrados na Anvisa, porém fora das listas do SUS (Brasil, 2024a). A relevância do precedente, entretanto, deriva menos do caso concreto e mais do seu efeito sistêmico: o STF buscou estabelecer um “modelo decisório replicável”, reduzindo a fragmentação que historicamente marcou a judicialização da saúde.

Como elemento estruturante, os acordos homologados definiram, para fins de governança e fluxos, o conceito de medicamentos não incorporados, abrangendo medicamentos:

- ausentes da política pública do SUS, isto é, não constantes da Rename;
- previstos em PCDTs para outras finalidades (situações em que a indicação judicial diverge do protocolo vigente);
- sem registro na Anvisa;
- utilizados *off label* sem PCDT ou fora das listas do SUS (Brasil, 2024a).

Essa tipologia tem relevância para a governança porque reduz a ambiguidade que alimenta a judicialização: ao explicitar categorias, o STF reforça a necessidade de tratamento institucional diferenciado conforme o grau de aderência do pedido às políticas públicas e ao sistema regulatório.

Outro eixo do Tema 1.234 foi a fixação de critérios objetivos de competência, com impacto direto sobre a governança do Judiciário e a coordenação federativa:

- Para medicamentos sem registro na Anvisa, a competência é da Justiça Federal, com ações propostas contra a União (Brasil, 2024a).
- Para medicamentos não incorporados e oncológicos, a competência será da Justiça Federal quando o custo anual do tratamento superar 210 salários mínimos, aferido pelo PMVG (Preço Máximo de Venda ao Governo) (Brasil, 2024a).
- Para medicamentos incorporados, a competência deve observar os fluxos do Anexo I, que organizam responsabilidades e rotas administrativas entre União, Estados e Municípios (Brasil, 2024a).

Do ponto de vista de governança, esses critérios buscam:

1. reduzir conflitos de competência e decisões dispersas;

2. alocar litígios de maior impacto financeiro na esfera federal, aproximando a decisão judicial do ente com maior capacidade de coordenação orçamentária; e
3. promover padronização e isonomia, mitigando o risco de “geografias da judicialização”, em que o resultado depende do foro e não do direito aplicável.

Os acordos homologados estabeleceram, como regra, que as ações de fornecimento de medicamentos inseridas na competência da Justiça Federal serão integralmente custeadas pela União, com ressarcimento nos casos em que Estados ou Municípios tenham suportado despesas (Brasil, 2024a). Também se fixou a vedação de pagamentos acima do PMVG, o que atende à lógica de disciplina fiscal, padronização de preços e prevenção de distorções de mercado geradas por compras judiciais emergenciais.

Sob a ótica da governança pública, esse desenho responde a um problema recorrente: a judicialização pode produzir desorganização do planejamento (compras fora da programação, descontinuidade de estoques e competição por preços), comprometendo tanto a eficiência quanto a equidade do sistema.

Entre as inovações do Tema 1.234, destaca-se a determinação de criação de uma Plataforma Nacional de Medicamentos, concebida como instrumento de governança colaborativa e accountability. A plataforma centralizará informações sobre demandas administrativas e judiciais, possibilitando:

- monitoramento de solicitações e do cumprimento das decisões;
- acompanhamento de pacientes beneficiários;
- mitigação de fraudes e duplicidades;
- maior transparência e rastreabilidade do gasto público (Brasil, 2024a).

A implementação foi estruturada com projeto-piloto em Goiás, seguido de expansão nacional (Brasil, 2024a). Ademais, prevê-se integração por prescrições eletrônicas certificadas e fornecimento de relatórios periódicos sobre a evolução clínica, o que conecta a atuação judicial à necessidade de avaliação de efetividade terapêutica e de aderência à Medicina Baseada em Evidências (MBE).

Na perspectiva da governança do Judiciário, a plataforma sinaliza uma mudança relevante: decisões deixam de ser apenas comandos individuais e passam a integrar um ecossistema de monitoramento, aprendizagem institucional e melhoria

regulatória, aproximando o controle jurisdicional de uma lógica de gestão pública orientada por evidências.

A modulação dos efeitos foi tratada como mecanismo de gestão da transição institucional. Inicialmente, o marco temporal incidia sobre ações ajuizadas após a publicação da ata de julgamento; posteriormente, por força de embargos de declaração, passou a considerar as ações ajuizadas após a publicação do resultado no Diário de Justiça Eletrônico (Brasil, 2024a). A alteração reforça a preocupação do STF com estabilidade processual e redução de litígios paralelos sobre competência e fluxos, o que é essencial em uma política judicial de escala nacional.

A modulação também passou a abarcar, de forma mais ampla, demandas envolvendo medicamentos (inclusive incorporados e oncológicos), consolidando um tratamento mais uniforme e orientado por fluxos e responsabilidades previamente definidos (Brasil, 2024a). Esse aspecto é central para a governança: sem regras de transição, a implementação tende a ser caótica, gerando incentivos oportunistas (como “corridas ao ajuizamento”) e decisões conflitantes.

O Tema 6, por sua vez, fixou requisitos para a concessão judicial de medicamentos registrados na Anvisa, mas não incorporados ao SUS, consolidando a ideia de que a judicialização deve operar com “janela de excepcionalidade” e não como regra substitutiva da política pública (Brasil, 2024c).

Os requisitos estabelecidos incluem, entre outros elementos: negativa administrativa prévia, demonstração de ilegalidade na não incorporação (especialmente no âmbito da Conitec), impossibilidade de substituição por alternativas do SUS e comprovação de eficácia, efetividade e segurança segundo a MBE, além da imprescindibilidade terapêutica e da incapacidade financeira do autor (Brasil, 2024c).

Do ponto de vista do direito administrativo e da governança pública, o Tema 6 reforça uma diretriz-chave: o Judiciário não deve substituir o gestor, mas pode — e deve — controlar legalidade, racionalidade e aderência a evidências do processo decisório administrativo. Com isso, busca-se evitar que a tutela jurisdicional produza:

- captura do orçamento por demandas individuais, com prejuízo à equidade;
- desorganização das filas e critérios de priorização do SUS;
- incentivo a estratégias privadas de acesso (litigância repetitiva, prescrição direcionada, assimetrias informacionais).

1.5.5 As Súmulas Vinculantes 60 e 61: Padronização, Integridade e Governança Judicial Colaborativa

No contexto dos julgamentos dos Temas 1.234 e 6, o STF aprovou as Súmulas Vinculantes (SV) nº 60 e nº 61, reforçando a pretensão de transformar teses e acordos em parâmetros obrigatórios de conduta para a administração e para o sistema de justiça (Brasil, 2024b; 2024d).

A Súmula Vinculante nº 60 dispõe:

O pedido e a análise administrativos de fármacos na rede pública de saúde, a judicialização do caso, bem ainda seus desdobramentos (administrativos e jurisdicionais) devem observar os termos dos 3 (três) acordos interfederativos (e seus fluxos) homologados pelo Supremo Tribunal Federal, em governança judicial colaborativa, no tema 1234 da sistemática da repercussão geral (RE 1.366.243) (Brasil, 2024b).

Seu conteúdo explicita que a judicialização não deve operar “fora do sistema”: ela passa a ser condicionada a fluxos e compromissos interfederativos homologados, reforçando a noção de governança judicial colaborativa. Em termos práticos, a SV 60 procura reduzir a fragmentação decisória e elevar o grau de integridade institucional, exigindo que a atuação judicial esteja acoplada a rotinas administrativas padronizadas e a regras de competência e ressarcimento.

A Súmula Vinculante nº 61 estabelece:

A concessão judicial de medicamento registrado na ANVISA, mas não incorporado às listas de dispensação do Sistema Único de Saúde, deve observar as teses firmadas no julgamento do Tema 6 da Repercussão Geral (RE 566.471) (Brasil, 2024d).

A SV 61 reforça, portanto, que a intervenção judicial em pedidos de medicamentos não incorporados deve obedecer aos critérios de excepcionalidade e evidência fixados no Tema 6, afastando decisões baseadas apenas em alegações genéricas de necessidade clínica. Na chave da governança, isso opera como mecanismo de:

- redução de variabilidade decisória;
- valorização do processo administrativo (negativa fundamentada, avaliação técnica, regulação);
- alinhamento do Judiciário à MBE como parâmetro de racionalidade pública.

A adoção conjunta das Súmulas Vinculantes 60 e 61 tende a produzir quatro efeitos estruturais relevantes (Brasil, 2024b; 2024d):

- Uniformização decisória e segurança jurídica: diminui divergências entre órgãos judiciais e reduz incentivos à litigância estratégica.
- Racionalização da judicialização: reforça a necessidade de observância de fluxos e prévia tramitação administrativa, o que pode reduzir judicialização desnecessária e melhorar triagem de casos.
- Fortalecimento da coordenação federativa: estabiliza regras de competência, custeio e ressarcimento, mitigando conflitos e promovendo previsibilidade orçamentária.
- Governança baseada em dados e evidências: a plataforma nacional e a exigência de fundamentação técnico-científica favorecem transparência, monitoramento e aprendizagem institucional.

Em síntese, os Temas 1.234 e 6 — reforçados pelas Súmulas Vinculantes 60 e 61 — expressam um movimento do STF no sentido de governar a judicialização, e não apenas reagir a ela. Ao impor fluxos, critérios, limites de custeio e instrumentos de informação, o Tribunal procura compatibilizar a tutela jurisdicional do direito à saúde com legalidade administrativa, coordenação federativa, eficiência alocativa e sustentabilidade do SUS, reposicionando a atuação judicial como parte integrante — e responsabilizada — da governança pública da saúde (Brasil, 2024a; 2024b; 2024c; 2024d).

1.5.6 Percepções sobre a Decisão do Supremo Tribunal Federal no Tema 1.234

A decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) no Tema 1.234 é percebida como um marco estruturante para a atuação do Poder Judiciário no campo da saúde pública. Entrevistas realizadas pelo CNJ (2025b) revelam três eixos centrais de impacto, além de desafios na sua implementação

Diretriz Normativa e Segurança Jurídica: Os entrevistados destacam que o Tema 1.234 oferece um norte argumentativo para o trabalho jurisdicional. Conforme afirmou o Entrevistado 22, a decisão fornece uma "diretriz" clara, mesmo que alguns esperassem "balizas mais objetivas". Essa jurisprudência consolida-se como fonte primária de argumentação, com as Súmulas Vinculantes nº 60 e 61 do STF sendo frequentemente invocadas para fundamentar decisões.

Amadurecimento da Cultura Jurisdicional: A decisão é vista como um catalisador para o amadurecimento técnico e psicológico dos magistrados. Um dos entrevistados pelo CNJ (2025b) observou que as exigências estabelecidas pelo STF

contribuem para que os juízes internalizem a necessidade de ponderar a eficácia clínica e o custo-efetividade das tecnologias de saúde, reconhecendo que nem todas as intervenções, mesmo que eficazes, são sustentáveis financeiramente para o sistema público.

Desafios Operacionais e Resistências: A implementação do Tema 1.234 foi descrita como um processo complexo que exigiu a readequação de fluxos e padrões decisórios em primeira instância. Um dos entrevistados caracterizou o impacto inicial como uma "bola de neve", que demandou adaptação em "todos os padrões" de trabalho. Apesar do estrito cumprimento declarado em primeira instância ("se o ministro mandou julgar daquele jeito, tenho que julgar do jeito que ele mandou"), identificam-se resistências no segundo grau. Outro entrevistado, por sua vez, apontou a existência de "muita decisão que não está seguindo os temas do STF", expressando ceticismo sobre a capacidade do precedente de, por si só, racionalizar a judicialização, dado o fenômeno de "decisões do segundo grau fugindo do tema".

Contexto Histórico e Marcos Precedentes: Os entrevistados situam o Tema 1.234 dentro de uma linha evolutiva de racionalização jurisprudencial. A Suspensão de Tutelas de 2009 é citada como o "marco inicial" desse processo. Da mesma forma, o julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) sobre a Fosfoetanolamina (a chamada "pílula do câncer") é mencionado como um paradigma de mudança, por ter estabelecido a exigência de evidência científica robusta como condição para a concessão de tratamentos pelo Judiciário, um ponto de inflexão que "demorou para ter efeito, [mas] foi muito importante", segundo um dos entrevistados pelo CNJ (2025b).

1.5.7 Críticas e Limitações da Judicialização da Saúde Pública

Conforme se infere dos itens anteriores, a judicialização da saúde no Brasil, embora represente uma via importante para o acesso aos direitos fundamentais, apresenta uma série de desafios e limitações que comprometem a eficiência e a sustentabilidade do sistema de saúde pública. O aumento substancial do número de processos judiciais relacionados à saúde e a sobrecarga do sistema judiciário, conforme demonstrado pelos dados do CNJ e do Ipea, são indicativos de que a judicialização pode estar além do que seria ideal para garantir a efetivação do direito à saúde sem prejudicar outras áreas da gestão pública.

Embora a judicialização da saúde seja uma resposta importante às falhas no sistema de saúde, ela apresenta uma série de críticas e limitações que precisam ser

abordadas. O considerável número de demandas sobre saúde pública — que aumentou consideravelmente nos últimos anos —, a desconexão com as políticas públicas, o impacto orçamentário e a falta de coordenação entre os diferentes níveis de governo geram ineficiência, aumentam os custos e comprometem a qualidade dos serviços de saúde.

No cerne desta discussão encontra-se a atuação do Judiciário sobre as políticas públicas. Marques (2016) aponta que, no Brasil, o controle judicial de políticas públicas ainda está em fase inicial, mesmo com o reconhecimento jurídico da importância das políticas públicas para assegurar o direito à saúde.

Para além do controle das políticas públicas, a judicialização da saúde levanta outras preocupações significativas. Uma delas é a possível colaboração entre médicos e advogados, influenciada pela indústria farmacêutica, em ações judiciais para obter medicamentos que não estão nas listas oficiais do SUS (Chieffi; Barata, 2010; Campos Neto et al., 2012). Essa dinâmica pode ser benéfica para a indústria, pois os gestores do SUS acabam adquirindo esses medicamentos a preços mais altos, especialmente quando não estão registrados na Anvisa ou incorporados ao sistema. Silva (2025) aponta que, em busca de maiores lucros nessas situações, algumas empresas chegam a atrasar o pedido de registro sanitário no Brasil e a solicitação de incorporação ao SUS na Conitec.

Outro problema relevante é o risco de uso ineficaz de recursos, decorrente de prescrições médicas de medicamentos sem comprovação científica de eficácia (Lopes et al., 2010). Essa situação é agravada por falhas na formação médica, que frequentemente não capacita os profissionais sobre o funcionamento do SUS e, em particular, sobre a política farmacêutica de incorporação e dispensação de medicamentos (Gariolli; Loureiro; Bezerra, 2024).

Diante da complexidade da judicialização da saúde e seus múltiplos impactos no SUS, algumas estratégias têm sido propostas para enfrentá-la em diversas frentes (Floriano et al., 2023):

- Apoio científico: Disponibilizar serviços de respostas rápidas para embasar decisões sobre tecnologias em saúde com as melhores evidências científicas.
- Educação jurídica: Implementar programas de educação continuada para operadores do direito, visando aprofundar seu conhecimento e compreensão do SUS.

- Mediação: Oferecer serviços de mediação entre as partes envolvidas, buscando resolver conflitos antes ou durante a tramitação dos processos judiciais.
- Ferramentas de suporte: Adotar plataformas online de apoio à decisão e intervenções mediadas por pacientes para aprimorar a prática clínica.

Nos próximos capítulos, investigaremos como a mediação e outros métodos alternativos de resolução de conflitos (MARC) podem auxiliar na efetivação mais equânime e célere das demandas sobre direito à saúde envolvendo as prestações constitucionalmente impostas ao SUS.

2 O TRIBUNAL MULTIORTAS E AS ALTERNATIVAS AO LITÍGIO TRADICIONAL

2.1 O Modelo do Tribunal Multiportas de Frank Sander

2.1.1 Introdução

O Capítulo 1 evidenciou que a judicialização da saúde no Brasil deixou de ser apenas um fenômeno de acesso individual a prestações estatais e passou a constituir um problema de governança do sistema de justiça e do SUS, que demanda mecanismos capazes de compatibilizar a tutela jurisdicional do direito fundamental à saúde com legalidade administrativa, coordenação federativa, racionalidade decisória baseada em evidências e sustentabilidade orçamentária. Nesse cenário, os Temas 1.234 e 6 — reforçados pelas Súmulas Vinculantes 60 e 61 — indicam um movimento do STF de estruturar a judicialização por meio de fluxos, critérios, limites de custeio e instrumentos de informação, sem eliminar, contudo, críticas relevantes sobre fragmentação decisória, ineficiências alocativas e assimetrias produzidas por um modelo excessivamente litigioso.

A crescente insatisfação com a morosidade e ineficiência dos sistemas judiciais em diversos países levou ao desenvolvimento de métodos alternativos de resolução de conflitos (ADR, do inglês *Alternative Dispute Resolution*). Entre essas inovações, destaca-se o Sistema de Múltiplas Portas (*Multi-door Courthouse System*), proposto em 1976 pelo professor Frank E. A. Sander, da Universidade de Harvard, como uma resposta à crise do Poder Judiciário norte-americano. Este sistema oferece várias opções de resolução de conflitos, como mediação, arbitragem e conciliação, adaptando o procedimento à natureza do conflito. Tal modelo encontra-se em consonância com o sugerido na terceira onda de Cappelletti e Garth (1978), ou seja, de expansão das formas de manifestação do acesso à justiça.

2.1.2 A Crise Judicial e o Surgimento do Sistema Multiportas nos Estados Unidos

Menkel-Meadow (2005) aponta que várias transformações históricas, como o movimento operário, a Grande Depressão, o *New Deal* e a Segunda Guerra Mundial, impulsionaram mudanças significativas nas instituições nacionais e internacionais, alterando a maneira como os conflitos eram resolvidos. O "realismo jurídico" surgiu como uma reação cética à ideia de que apenas a legislação e a doutrina poderiam fornecer respostas adequadas aos problemas sociais, econômicos e políticos. Os

esforços dessa escola estavam focados na reforma das instituições jurídicas tradicionais, buscando transformá-las em ferramentas de "engenharia social" capazes de enfrentar questões como concorrência econômica e a distribuição de recursos limitados. Através da análise da sociedade por meio da aplicação da lei (*law in action*), muitos realistas jurídicos desenvolveram legislações mais alinhadas às práticas sociais, como o *Uniform Commercial Code*.

Menkel-Meadow (2005) ressalta a influência seminal de Lon Fuller, professor de Harvard e expoente da escola do *Legal Process* na década de 1950. Fuller sistematizou uma taxonomia de métodos — incluindo mediação, arbitragem, adjudicação e legislação — atribuindo a cada um uma racionalidade funcional e uma moralidade intrínseca específicas. Em sua visão, a mediação vocaciona-se a conflitos inseridos em relações de trato sucessivo (como as familiares e laborais), enquanto a arbitragem legitima-se na autonomia privada, onde as partes definem suas próprias normas. A adjudicação, por outro lado, reserva-se às hipóteses em que a intervenção exegética do Estado é imperativa para a segurança jurídica social. Fuller consolidou, assim, o "pluralismo processual", defendendo que tais institutos não são excludentes, mas sim componentes de um ecossistema jurídico complementar e adequado à complexidade das disputas contemporâneas (Menkel-Meadow, 2005).

Essas contribuições teóricas foram fundamentais para o desenvolvimento das ADRs.

Na década de 1970, o Poder Judiciário dos Estados Unidos enfrentava uma crise marcada por congestionamento de processos, morosidade e ineficiência, especialmente nas cortes estaduais, que detinham a maior parte da jurisdição. A intensa oralidade e o incentivo à negociação, características culturais do sistema judicial norte-americano, facilitaram a adoção de métodos alternativos de resolução de conflitos. Nesse contexto, começaram a ser desenvolvidos sistemas de justiça comunitária voltados para a resolução de conflitos. Exemplos notáveis incluem programas promovidos pela *American Arbitration Association (AAA)* e o *Prosecutor's Office* de Ohio, que, em 1971, implementou um programa de mediação no qual voluntários buscavam resolver casos relacionados a infrações tidas como menos graves (Bergamaschi, 2015).

Em 1976, Frank E. A. Sander apresentou, durante a Conferência "Pound", o conceito do *Multi-door Courthouse System* ("Tribunal Multiportas"), ao palestrar sobre *Varieties Of Dispute Processing* (Sander, 1978). A proposta foi no sentido de que as

cortes se transformassem num "centro abrangente de justiça", onde o interessado teria acesso ao método de resolução mais apropriado às especificidades do caso, incluindo mediação, arbitragem, conciliação e avaliação preliminar, além do método técnico-judicial tradicional.

A palestra de Sander foi posteriormente publicada por uma das revistas da *American Bar Association* (ABA) como "Tribunal Multiportas", e assim ficou mundialmente conhecida (Sander; Crespo, 2012).

De acordo com John Barton, em um artigo publicado um ano antes da Conferência Pound, se o ritmo de novos recursos na Justiça americana se mantivesse como na década de 1960, até 2010 haveria mais de um milhão de novos casos por ano. Essa situação exigiria a presença de cinco mil juízes federais para processá-los, um dado que gerou grande preocupação na época. Em resposta, Sander centrou sua abordagem em soluções proativas, visando prevenir a realidade antecipada por Barton (Leal Júnior; Penha, 2024).

Ao propor o sistema de Tribunal Multiportas, Sander (1978) criticou a visão reducionista que enxergava os tribunais como únicos solucionadores de conflitos, defendendo um modelo pluralista baseado em dois pilares:

- Diagnóstico do Conflito: Triagem inicial para identificar a natureza da disputa (ex.: relações continuadas, questões policêntricas, valores em jogo).
- Direcionamento Adequado: Encaminhamento para o método mais eficaz (mediação, arbitragem, adjudicação), conforme critérios como custo, celeridade e preservação de relações.

A essência do sistema reside na flexibilidade, ou seja, no reconhecimento de que conflitos complexos exigem soluções personalizadas, não cabíveis em um processo judicial padronizado. A proposta de Sander parte de uma premissa fundamental: a uniformização absoluta no tratamento de conflitos com características substancialmente distintas resulta em sua inadequação às especificidades dos casos.

2.1.3 Funcionamento

Sander apresentou diversas "portas" ou opções para o tratamento de disputas, dentre as quais se destacam: mediação, conciliação, arbitragem, procedimentos híbridos como o *Med-Arb* e o *Arb-Med*, *Mini-Trial*, *Summary Jury Trial*, *Early Neutral Evaluation* ou *Case Evaluation*, *Court-Annexed Arbitration*, *Ombudsman* e adjudicação (Oliveira et al., 2013; Calmon, 2015; Gimenez, 2022).

A primeira porta, a mediação, é definida como um processo voluntário de gestão de conflitos, no qual um terceiro imparcial — o mediador — facilita a comunicação entre as partes para que, por meio de diálogo estruturado, alcancem juntas uma solução que atenda aos seus interesses e necessidades (Spengler, 2010 e 2016). Mais do que simplesmente encontrar um acordo, a mediação promove a responsabilização dos envolvidos sobre o litígio, buscando restaurar a comunicação, compreender emoções subjacentes e, sobretudo, construir consensos que promovam a paz social (Mantovani; Spengler, 2024). Segundo Muller (2006), a mediação transforma o confronto em cooperação, estimulando o entendimento mútuo e a construção conjunta de compromissos.

A segunda porta, a conciliação, distingue-se pela atuação mais ativa do terceiro — o conciliador — que, além de facilitar o diálogo, pode sugerir propostas de solução para o conflito. Trata-se, portanto, de um método que combina a autocomposição com sugestões externas (Calmon, 2015). Tradicionalmente mais utilizado nos fóruns de múltiplas portas, a conciliação não impõe decisões, o que permite a ventilação de emoções e favorece a pacificação social (Barbosa, 2003). Entre suas vantagens, destaca-se a racionalização do sistema de Justiça, com a redução do congestionamento de processos, o fortalecimento da autonomia dos cidadãos na resolução de suas disputas e o aumento da legitimidade do Poder Judiciário (Gimenez, 2022).

A terceira porta apresentada é a arbitragem, na qual as partes escolhem um árbitro — terceiro independente e imparcial — para decidir o conflito com autoridade equivalente à uma sentença judicial (Oliveira et al., 2013). Ao recorrer à arbitragem, as partes afastam a jurisdição estatal e optam por uma via privada de solução, que, embora regulamentada pelo Estado, garante mais celeridade, confidencialidade, especialização técnica, informalidade e, geralmente, menores custos (Goldberg et al., 2012).

A quarta porta, a avaliação preliminar neutra (*Early Neutral Evaluation*), consiste em uma análise imparcial realizada por um especialista (juiz, advogado ou promotor), que oferece um parecer técnico sobre as chances de êxito das teses apresentadas pelas partes. Essa avaliação, embora não vinculativa, orienta as partes quanto à viabilidade de seus argumentos e pode fomentar uma negociação mais realista e eficiente (Calmon, 2015).

O *Summary Jury Trial* configura-se como um procedimento resumido diante de um júri consultivo. Nesse modelo, os jurados, sem saber inicialmente que seu veredito será apenas opinativo, são convidados a tratar a causa com seriedade, o que permite às partes avaliar as reações do júri e ajustar estratégias de negociação ou julgamento, especialmente em litígios complexos e de alto valor (Goldberg et al., 2012).

O *Mini-Trial* é outro método híbrido, no qual advogados apresentam resumos de seus casos a um painel composto por executivos das partes e um conselheiro neutro. O objetivo é que, a partir dessa exposição concentrada, os próprios gestores, conhecendo melhor os riscos e a dinâmica do conflito, possam negociar diretamente um acordo. Se não houver consenso, o conselheiro pode sugerir uma previsão do resultado provável em eventual processo judicial (Gimenez, 2022).

Já a *Court-Annexed Arbitration* refere-se a um modelo em que a arbitragem é integrada aos programas judiciais, encorajada pelo Poder Judiciário em parceria com instituições privadas, para desafogar os tribunais tradicionais e oferecer uma via mais célere de resolução (Gimenez, 2022).

Os procedimentos *Med-Arb* e *Arb-Med* representam modalidades híbridas que combinam mediação e arbitragem. No *Med-Arb*, inicia-se com a mediação; caso não haja acordo, o mesmo terceiro assume a função de árbitro e profere a decisão. Esse modelo confere grande segurança processual às partes, pois, de um jeito ou de outro, terão o conflito resolvido (Calmon, 2015). No *Arb-Med*, ocorre primeiro a arbitragem, cujo laudo permanece reservado enquanto se tenta a mediação; caso esta não tenha êxito, o laudo arbitral é então revelado (Oliveira et al., 2013).

Por fim, a porta do *Ombudsman* (ouvidoria) é representada pela figura de um agente indicado por uma instituição para receber reclamações, investigar denúncias de mau funcionamento ou abuso, e formular recomendações corretivas. Embora não tenha poder de decisão vinculativa, o *ombudsman* exerce um importante papel de mediação institucional, reforçando a transparência e a responsabilidade organizacional (Calmon, 2015).

2.1.4 Critérios para Seleção de Mecanismos de Resolução de Disputas

O sistema do Tribunal Multiportas idealizado por Sander reconhece que cada disputa exige métodos específicos de resolução e, com o aumento das opções disponíveis, a escolha do processo mais adequado pode se tornar um desafio. Nesse

contexto, o sistema atua como um ponto central onde as disputas são analisadas e direcionadas para o método alternativo mais apropriado. As partes, então, são orientadas a seguir pela "porta" mais indicada para sua situação (Sales; Sousa, 2011).

Embora o sistema multiportas forneça todos os serviços de resolução de conflitos em um único local, as partes ainda podem ser orientadas a buscar soluções fora do âmbito judicial. No entanto, o sistema funciona essencialmente como um centro único para resolver disputas, fornecendo informações sobre as alternativas e ajudando as partes a escolher o mecanismo mais adequado para cada caso. A adoção desse sistema pode ser voluntária ou compulsória, conforme a regulamentação vigente (Sales; Sousa, 2011).

Quando as partes não concordam sobre o método a ser utilizado, um especialista será responsável por decidir qual processo será o mais adequado. Além disso, é importante destacar que, para a efetividade da mediação, é fundamental que as partes se envolvam de boa-fé, pois sem essa disposição, é muito difícil alcançar um diálogo sincero e produtivo. Da mesma forma, é crucial garantir que ambas as partes estejam em igualdade de condições durante o processo, para evitar manipulações ou coerções, o que resultaria em um acordo fragilizado, com grandes chances de ser descumprido (Sales; Sousa, 2011).

Sander (1978) identifica cinco critérios-chave para orientar a alocação de disputas a processos alternativos, enfatizando que nenhum mecanismo único serve a todos os conflitos. Veja-se cada uma delas:

1. Natureza da Disputa: A complexidade e a repetitividade de uma disputa determinam sua adequação à adjudicação. Conflitos policêntricos — aqueles com questões interconectadas sem precedentes legais claros, como a divisão de uma coleção de arte compartilhada — são mal adaptados a resultados judiciais do tipo "ganha-perde". Em vez disso, mediação ou negociação permite que as partes criem soluções mutuamente aceitáveis (Sander, 1978, p. 191). Por outro lado, casos repetitivos regidos por princípios consolidados, como divórcios sem culpa, beneficiam-se de processos administrativos simplificados em vez de escrutínio judicial completo (Sander, 1978, p. 191).
2. Relação Entre as Partes: Relações de longo prazo (ex.: vizinhos, parceiros comerciais ou famílias) exigem mecanismos que preservem interações futuras. Por exemplo, o programa de mediação do Tribunal Distrital de

Dorchester resolveu um conflito entre vizinhos ao abordar tensões subjacentes, em vez de apenas punir uma agressão (Sander, 1978, p. 193). Da mesma forma, procedimentos de reclamação trabalhistas priorizam negociação antes da arbitragem, promovendo comunicação e reduzindo polarização (Sander, 1978, p. 194).

3. Valor em Disputa: As "pequenas causas", inicialmente vistas como acessíveis para conflitos menores, frequentemente falham com litigantes marginalizados devido à informalidade processual e desequilíbrios de poder. Sander defende etapas preliminares de conciliação conduzidas por mediadores leigos para filtrar casos, reservando tribunais para disputas genuínas de fato ou direito (Sander, 1978, p. 196-124). Assim, mais que o valor patrimonial envolvido, a novidade ou a complexidade das questões em jogo podem ser um bom indicador do método de resolução mais indicado, assim como no que tange aos custos envolvidos.
4. Considerações de Custo: Enquanto a adjudicação é subsidiada publicamente, arbitragem e mediação transferem custos às partes. Sander questiona se o financiamento social de mecanismos alternativos poderia melhorar o acesso sem incentivar demandas frívolas (Sander, 1978, p. 198). Ainda segundo Sander, no caso da aplicação dos métodos alternativos no sistema das múltiplas portas, se todos os fatores forem equânimes, o custo deve ser o mais baixo possível (Sales; Sousa, 2011).
5. Velocidade: A arbitragem é geralmente mais rápida que a litigância, mas comparações empíricas permanecem escassas. Sander destaca o sistema de mediação de Michigan, em que painéis avaliam danos precocemente, penalizando partes que rejeitam acordos razoáveis e prolongam julgamentos (Sander, 1978, p. 202).

2.1.5 Implicações de um Sistema Diversificado

A adoção do sistema pluralista de solução de conflitos proposto por Sander exige reformas estruturais e inovação institucional. Veja-se, a seguir, cada uma delas:

- Centros Integrados de Resolução de Disputas: Sander concebe "Centros de Resolução de Disputas" oferecendo processos personalizados sob um mesmo teto — mediação para conflitos relacionais, arbitragem para disputas contratuais e tribunais especializados para questões como

reclamações de consumo (Sander, 1978, p. 203). O Conselho de Reclamações Públicas da Suécia exemplifica esse modelo, combinando mediação com advocacia legislativa para resolver problemas sistêmicos (Sander, 1978, p. 192).

- Modelos Híbridos (*Med-Arb, Arb-Med*): Segundo Sander, procedimentos sequenciais, a exemplo dos comitês de reclamações prisionais que mesclam mediação entre detentos e funcionários com arbitragem externa, equilibram eficiência e justiça. Dados iniciais mostram altas taxas de acordo, reduzindo polarização e violência institucional (Sander, 1978, p. 196).
- Reformas Legislativas e Educacionais: Legisladores devem redigir leis que incentivem métodos alternativos, como cláusulas de arbitragem obrigatória ou leis de divórcio sem culpa. A educação jurídica deve expandir-se além da litigância, capacitando advogados em negociação e mediação (Sander, 1978, p. 200).

2.1.6 Implementação e Resultados

Em 1984, a *American Bar Association* (ABA) iniciou a implementação de centros experimentais de resolução de conflitos com múltiplas opções em várias cidades dos Estados Unidos, incluindo Tulsa (Oklahoma), Houston (Texas) e o Distrito de Columbia (Sales; Sousa, 2011).

Em 1991, a Escola de Direito de Harvard, em colaboração com a *American Bar Association* e o *CPR Legal Program*, organizou a *National Conference on Emerging ADR Issues* nas cortes federais e estaduais, com o propósito de compartilhar experiências sobre o uso de métodos alternativos de resolução de disputas (ADRs) no contexto do sistema judiciário dos Estados Unidos. Este evento foi realizado no âmbito da implementação do *Civil Justice Reform Act* de 1990, que determinava que todos os Tribunais Federais no país criassem planos para reduzir os custos e a morosidade do sistema judiciário, considerando a adoção das práticas de ADR como uma alternativa viável (Goldberg et al., 2012, p. 4-8).

Em 1998, o *Alternative Dispute Resolution Act* formalizou a obrigatoriedade de adoção de mecanismos alternativos de resolução de disputas nos Tribunais Federais para todas as ações cíveis. Esse ato estabeleceu que todos os tribunais deveriam, no mínimo, oferecer um mecanismo de resolução de conflitos às partes envolvidas, sendo que a participação neles seria opcional, embora a análise do mecanismo fosse

obrigatória. Além disso, cada tribunal passou a contar com um funcionário responsável por divulgar os métodos alternativos, além de recrutar e treinar mediadores neutros que atuariam como facilitadores.

Em agosto de 2001, a *American Bar Association*, em parceria com a *National Conference of Commissioners on Uniform State Laws*, publicou o *Uniform Mediation Act (UMA)*, com o objetivo de uniformizar as normas sobre mediação nos Estados Unidos, substituindo as legislações estaduais existentes e regulamentando os métodos consensuais de resolução de conflitos de forma mais integrada e nacional (Luchiari, 2012).

O *UMA* abrange regras sobre mediação em mais de 2.500 estatutos estaduais e federais, abordando especialmente questões de confidencialidade e privilégios, com mais de 250 disposições que tratam desses aspectos. A complexidade desses regulamentos poderia gerar incertezas, dificultando o uso da mediação, mas o *UMA* oferece uma única legislação que define claramente os privilégios e a confidencialidade envolvidos na mediação. Um dos objetivos centrais do *UMA* é garantir a confidencialidade do processo de mediação, proibindo que as informações compartilhadas nas sessões de mediação sejam usadas posteriormente em um processo judicial. No entanto, o *UMA* também define exceções a essa confidencialidade, como casos de ameaças de danos corporais, envolvimento em crimes, alegações de abuso infantil ou negligência, e denúncias de má-conduta de um mediador (Gimenez, 2022).

Além disso, o *UMA* protege os participantes da mediação, estabelecendo que, em caso de má conduta ou conflito de interesse por parte do mediador, ele será descredenciado e substituído. A lei também assegura a autonomia das partes na construção do acordo, excluindo o uso da mediação em processos coletivos de relações de trabalho, conferências de liquidação judicial e casos envolvendo menores de idade (Gimenez, 2022).

Como destaca Menkel-Meadow (2013), graças à legislação federal, incluindo o *Civil Justice Reform Act* de 1990 e o *Alternative Dispute Resolution Act* de 1998, praticamente todos os Tribunais Federais dos EUA passaram a incorporar algum tipo de método alternativo de resolução de conflitos.

Em 2003, foi promulgado o *Mediation Act* com o propósito de regular as interações entre as partes envolvidas na mediação, bem como entre estas e o mediador ou terceiros. O principal objetivo deste ato é proteger a confidencialidade

das comunicações durante o processo de mediação, considerando que cada participante detém a exclusividade sobre suas próprias comunicações. O ato também estabelece a participação de advogados ou representantes das partes na mediação e integra a Lei Modelo da *Uncitral* sobre mediação comercial internacional, de 28 de junho de 2002, nos casos de mediação comercial internacional (Fernandes, 2021).

Os dados sobre acordos mediados nos Estados Unidos variam por jurisdição, com informações detalhadas disponíveis principalmente para o Distrito de Colúmbia e Oklahoma. Abaixo, apresentamos uma tabela com os números mais recentes:

Tabela 16 - Dados sobre acordos mediados nos EUA nos anos de 2023-24

Jurisdição	Ano	Casos Mediados	Acordos Totais	Taxa de Resolução	Fonte
Distrito de Colúmbia (Civil)	2023	707	201	34%	DCC, 2023.
Distrito de Colúmbia (Familiar)	2023	1.185	178 (129 totais, 49 parciais)	37%	DCC, 2023.
Oklahoma	2024	4.100	Mais de 70% resolvidos	>70%	Oklahoma Bar Association, 2025.

Observações:

- Para o Distrito de Colúmbia, a taxa de resolução é calculada como acordos (totais e parciais) divididos pelo número de mediações concluídas, menos adiamentos.
- Em Oklahoma, a taxa de resolução de 70% inclui casos familiares, com mais de 2.100 mediados, e reflete o sucesso do programa “Early Settlement”.
- Para outras jurisdições como Colorado, Flórida, Washington e Nova York, dados específicos sobre acordos não foram encontrados em fontes públicas recentes, embora os programas existam.

A obtenção de estatísticas nacionais é desafiadora devido à descentralização. O *Court Statistics Project*, do *National Center for State Courts (NCSC)*, coleta dados de casos, mas não inclui detalhes sobre mediação (NCSC, 2025). Estudos mais antigos, como uma análise de 1996 de 449 casos por quatro provedores de *ADR*, indicaram taxa de resolução de 78%, mas não refletem os tribunais estaduais atuais (Brett; Barsness; Goldberg, 1996). A falta de relatórios padronizados e a natureza local dos tribunais estaduais contribuem para lacunas nos dados sobre as taxas de sucesso do Sistema Multiportas nos Estados Unidos.

2.1.7 Inovações Recentes

O modelo idealizado por Sander evoluiu para incorporar técnicas híbridas e setoriais:

- *Collaborative Law*: Usado em divórcios, em que as partes se comprometem a evitar tribunais, focando em acordos consensuais (Sales; Sousa, 2011).
- *Parenting Coordination*: Mediação especializada em custódia de menores, reduzindo conflitos pós-divórcio. O método busca auxiliar os pais no cumprimento da decisão judicial, bem como educar os pais na observação do impacto do conflito no seu filho (Sales; Sousa, 2011)
- *Online Dispute Resolution (ODR)*: Plataformas digitais para resolver disputas de consumo, que utilizam a tecnologia para facilitar processos como mediação online e arbitragem eletrônica, diversificando os métodos de resolução de conflitos pelos consumidores, contribuindo, assim, para melhorar a eficiência e acessibilidade da justiça (*LiveLaw News Network*, 2024).

2.1.8 Desafios e Críticas

O próprio Sander (1978; 2012) admitiu que o sistema de multiportas estava sujeito às seguintes críticas e desafios

- **Acessibilidade**: Garantir que todos os cidadãos, especialmente os marginalizados, tenham acesso aos métodos alternativos é um obstáculo. A falta de conscientização ou recursos financeiros pode limitar a participação.
- **Justiça Processual**: Críticos argumentam que métodos informais podem coagir partes vulneráveis a acordos injustos, especialmente em contextos criminais.
- **Resistência Profissional**: Alguns advogados e juízes, acostumados ao litígio tradicional, mostram ceticismo em relação aos métodos alternativos.

2.1.9 ADRs no cenário internacional

Sobre os métodos alternativos de resolução de conflitos, internacionalmente, é importante destacar o progresso realizado durante a 68ª sessão do Grupo de Trabalho II (*Dispute Settlement*) da *Uncitral*, em fevereiro de 2018. Na ocasião, foram finalizados os preparativos para instrumentos jurídicos que conferem eficácia às

resoluções obtidas por meio da mediação. Esse trabalho, iniciado em 2015, resultou em dois documentos importantes: uma Lei Modelo e uma Convenção.

A Lei Modelo reformulou a anterior Lei sobre Conciliação Comercial Internacional, substituindo o termo "conciliação" por "mediação" e agora sendo chamada de Lei Modelo sobre Mediação Comercial Internacional e Acordos Resultantes de Mediação. A convenção, por sua vez, visa proporcionar à mediação o mesmo apoio dado à arbitragem pela Convenção de Nova Iorque, que regula o reconhecimento e a execução de sentenças arbitrais estrangeiras (Fernandes, 2021).

Após sua aprovação pela ONU, em 7 de agosto de 2019, a Convenção de Singapura sobre Mediação foi aberta para assinatura, com mais de 50 países-membros da ONU, incluindo o Brasil, aderindo ao tratado. A ratificação do Brasil, embora tardia, reflete sua consonância com a Política Pública de Tratamento Adequado de Conflitos e com a legislação nacional que incentiva a implementação da mediação¹³.

A Convenção de Singapura sobre Mediação promove a aceitação de termos uniformes para acordos internacionais obtidos por mediação, buscando harmonizar diferentes sistemas jurídicos e econômicos entre países, o que deverá contribuir significativamente para o desenvolvimento das relações comerciais internacionais. Espera-se que, com a adoção desses dois instrumentos, especialmente a Convenção de Cingapura, a mediação seja amplamente incentivada e se torne um método eficaz de resolução de conflitos internacionais (Fernandes, 2021).

No âmbito da América Latina, a Argentina foi pioneira na institucionalização da mediação nos anos 90 como instituto autônomo. A partir do Decreto 1.480 de 1992, que declarou a mediação como um interesse nacional, e da Lei 24.573 de 1995, que tornou a mediação obrigatória antes do ajuizamento de uma ação judicial, o país estabeleceu um sistema robusto de mediação (Fernandes, 2021).

Na Europa, a Comissão Europeia, em 2002, apresentou um *Green Paper* sobre resolução extrajudicial de disputas, excluindo a arbitragem, e iniciou a elaboração de uma diretiva sobre mediação, culminando na Diretiva 2008/52/CE. Essa diretiva visa

¹³ O Brasil assinou a Convenção de Singapura sobre Mediação em 4 de junho de 2021. A assinatura foi um passo importante para o reconhecimento e a promoção da mediação como método de resolução de conflitos internacionais, alinhando o Brasil às práticas globais e às tendências de desjudicialização que vêm sendo adotadas em diversos países. A Convenção foi ratificada pelo Brasil em julho de 2025, com a publicação do Decreto Legislativo 181, de 07 de julho de 2025 (Brasil, 2025c).

promover a mediação em litígios civis e comerciais transfronteiriços, assegurando um equilíbrio entre mediação e processo judicial (Fernandes, 2021).

O grupo de trabalho da Comissão Europeia para Eficiência da Justiça (CEPEJ) também contribuiu, avaliando as recomendações sobre mediação, com um relatório atualizado em 2017, que propôs ajustes nas práticas de mediação nos Estados-membros. Em alguns países, como a Itália, houve uma reforma legal significativa, estabelecendo a mediação judicial como obrigatória (Fernandes, 2021).

Além disso, a Diretiva 2013/11/EU promoveu a adoção de métodos alternativos de resolução de conflitos (*ADR*) no setor de consumo, especialmente por meio de plataformas *online*, facilitando o acesso dos consumidores a mecanismos de resolução de disputas (Fernandes, 2021).

Esses esforços globais e regionais têm como objetivo não apenas a regulamentação da mediação, mas também a promoção de uma cultura de solução consensual de conflitos, alinhada com as necessidades e especificidades do contexto jurídico e econômico de cada país.

2.1.10 Síntese

e partirmos do entendimento de que a justiça — aqui compreendida como a resolução adequada de conflitos jurídicos — não se esgota na jurisdição estatal, mas pode ser alcançada por múltiplas vias (como mediação, arbitragem ou conciliação), surge uma redefinição do próprio sistema de justiça. Nessa perspectiva, mecanismos alternativos de solução de disputas deixam de ser periféricos e passam a integrar, de forma estrutural, o campo de estudo e atuação dos processualistas, que agora devem considerar não apenas o processo judicial, mas todo o espectro de possibilidades de tutela de direitos.

O modelo de Sander, ao propor a diversificação de caminhos para a solução de conflitos (como mediação para questões interpessoais e arbitragem para litígios repetitivos), alinha-se à premissa de que a justiça transcende a jurisdição estatal. Essa abordagem, exemplificada pelo Tribunal Multiportas, materializa o princípio da adaptabilidade do procedimento, teorizado por Dinamarco (2009) como essencial para harmonizar celeridade e efetividade processual. Ao permitir que o método de resolução seja ajustado às especificidades do caso concreto — como defende Calamandrei (1999) ao preconizar que as partes podem escolher entre as formas que

a lei disponibiliza —, o sistema garante que a busca pela equidade não seja sufocada por rigidez formal.

Com efeito, a visão de Calamandrei (1999) sobre o princípio da adequação reforça a ideia de que a flexibilidade procedural não significa desrespeito à legalidade, mas sim um equilíbrio entre normatividade e pragmatismo. Esse entendimento é fundamental para legitimar modelos como o de Sander e o Tribunal Multiportas, pois demonstra que a pluralidade de vias para a justiça não é uma ruptura com o sistema legal, mas uma evolução necessária para enfrentar desafios contemporâneos, como a sobrecarga judiciária e a demanda por soluções personalizadas.

2.2 Aplicabilidade do Modelo Multiportas no Sistema Judicial Brasileiro

2.2.1 Fundamentos Constitucionais

O modelo de Tribunal Multiportas foi acolhido pela Constituição da República de 1988 (CR/1988). O preâmbulo da Constituição destaca a harmonia social e a solução pacífica das controvérsias como valores fundamentais. O artigo 4º, inciso VII, reforça essa ideia ao prever a solução pacífica dos conflitos como um princípio que rege as relações internacionais do Brasil. Já o artigo 5º, inciso XXXV, que garante que “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito”, foi reinterpretado para abarcar qualquer forma legítima de resolução de conflitos, incluindo métodos extrajudiciais (Brasil, 2026). Essa nova interpretação é condizente com a evolução legislativa e doutrinária das últimas décadas, que reconhece o Judiciário como uma opção residual, privilegiando a consensualidade (Cabral, 2024).

Outros dispositivos constitucionais também promovem meios alternativos de solução de conflitos. O artigo 98 prevê a criação de juizados especiais e justiças de paz, com competência para conciliação. O artigo 114 prioriza a negociação coletiva e a arbitragem em conflitos trabalhistas, enquanto o artigo 217, §1º, condiciona o acesso ao Judiciário em questões desportivas ao esgotamento das instâncias da justiça desportiva. Além disso, o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias inclui previsões de acordos e arbitramentos, como na demarcação de linhas territoriais litigiosas (Cabral, 2024).

A constitucionalização da justiça multiportas é evidente na pulverização de métodos e ambientes de resolução de conflitos ao longo do texto constitucional. Dois princípios merecem destaque: a dignidade da pessoa humana (artigo 1º, III), que

orienta um tratamento humanizado e adequado às disputas, e a eficiência (artigo 37, caput), que busca otimizar a resolução de controvérsias com rapidez e eficácia. Esses princípios foram reconhecidos no artigo 8º do Código de Processo Civil de 2015 (CPC/2015), reforçando sua relevância para o sistema de justiça (Cabral, 2024).

O novo paradigma estatuído pela CR/1988 reforça a desjudicialização, entendida como a transferência para instâncias não estatais de atividades antes exclusivas do Poder Judiciário. A doutrina (Theodoro Júnior; Andrade, 2021) emprega o termo em três sentidos distintos:

1. Resolução extraestatal de conflitos: qualquer mecanismo que solucione disputas fora da jurisdição estatal;
2. Intervenção de terceiros: uso de métodos como conciliação, mediação ou arbitragem, mediados por um facilitador;
3. Autotutela: exercício direto de direitos pelo credor, sem interferência de terceiros.

Embora distintas, essas modalidades coexistem como alternativas viáveis à judicialização tradicional.

Outro conceito relevante é a extrajudicialização, frequentemente confundida com a desjudicialização. A diferença reside no contexto:

- A extrajudicialização refere-se a métodos já consolidados fora do Judiciário, operando em ambientes públicos, privados, presenciais ou virtuais (ex.: acordos em câmaras de mediação);
- A desjudicialização, por sua vez, envolve transferência de conflitos originalmente jurisdicionais para a esfera extrajudicial, seja por lei ou acordo das partes (ex.: divórcios consensuais ou resolução de disputas após o ajuizamento da ação);
- Já a desestatização implica a retirada da solução de conflitos da esfera estatal como um todo, não apenas do Judiciário (Cabral, 2024).

Essas nuances foram sintetizadas pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ) em decisão paradigmática:

A Nova Jurisdição fundamenta-se na desjudicialização, extrajudicialização ou desestatização da solução de conflitos [...] abrangendo desde procedimentos em cartórios (inventários, divórcios) até mecanismos privados formais (Tribunais Arbitrais)

ou informais (feirões da Serasa), com iniciativas estatais (CADE) ou particulares (Câmaras de Conciliação).¹⁴

Assim, atividades antes dependentes do Judiciário passaram a ser delegadas ao campo extrajudicial. Esse movimento, iniciado na década de 1980, mantém-se em constante evolução, expandindo-se para temas diversos e consolidando um modelo pluralista de acesso à justiça.

2.2.2 Fundamentos Infraconstitucionais

No cenário processual brasileiro, a autocomposição consolidou-se como mecanismo relevante a partir da instituição dos Juizados Especiais Cíveis (originados pela Lei 7.244/1984, conhecida como Juizados de Pequenas Causas, posteriormente substituída pela Lei 9.099/1995). Essa estrutura introduziu a audiência de conciliação obrigatória como etapa preliminar ao trâmite processual. Apesar da resistência inicial, os resultados efetivos consolidaram o modelo, permitindo que grande parte dos conflitos seja resolvida nessa fase, sem necessidade de decisão judicial impositiva (Grinover; Watanane; Lagrasta Neto, 2015).

A Lei 8.951/1994 inovou ao permitir consignações em pagamento de dinheiro por via extrajudicial, disposição mantida no artigo 539 do CPC/2015. Na mesma linha, a Lei 9.703/1998 regulamentou depósitos de tributos federais, enquanto a Lei 9.514/1997 introduziu mecanismos extrajudiciais no financiamento imobiliário, consolidando práticas descentralizadas (Cabral, 2024).

Um marco significativo foi a Lei de Arbitragem (Lei 9.307/1996), que rompeu com o monopólio estatal da jurisdição ao reconhecer decisões de árbitros escolhidos pelas partes, dotadas de eficácia de coisa julgada. Embora a arbitragem já constasse no Código Civil de 1916 e no Código de Processo Civil de 1973, sua consolidação como instituto autônomo ocorreu com a legislação específica de 1996, posteriormente atualizada pela Lei 13.129/2015. Apesar de seu potencial, sua aplicação prática ainda é limitada, possivelmente devido aos custos envolvidos, mesmo estando prevista na Lei dos Juizados Especiais (Lei 9.099/1995) (Tartuce, 2019).

A Lei 10.931/2004 transferiu para o âmbito extrajudicial conflitos sobre retificação de registros imobiliários, alterando a Lei de Registros Públicos (Lei 6.015/1973). Além disso, dispensou a homologação judicial para habilitações de

¹⁴ REsp 1.361.869/SP, rel. Ministro Raul Araújo, Segunda Seção, julgado em 25/05/2022, DJe de 24/10/2022 (Brasil, 2022c).

registro civil de casamento (art. 1.526 do Código Civil de 2002). Já a Lei 11.101/2005 instituiu a recuperação extrajudicial, facilitando negociações diretas entre credores e devedores (Cabral, 2024).

A Lei 11.441/2007 desjudicializou inventários, partilhas, separações e divórcios consensuais, permitindo sua formalização via administrativa. Essa mudança foi reforçada pela Resolução CNJ 35/2007, que padronizou procedimentos cartorários, e pela Emenda Constitucional 66/2010, que constitucionalizou o divórcio direto por escritura pública, desde que cumpridos requisitos legais (ex.: filhos maiores e capazes) (Cabral, 2024).

Um ano após, a Lei 11.790/2008 ampliou a autonomia extrajudicial ao autorizar o registro tardio de nascimento diretamente em serventias competentes, simplificando burocracias. Neste mesmo ano (2008), o movimento global pela desjudicialização de conflitos ganhou força com a Diretiva 52/2008 do Conselho da União Europeia, reforçando a preferência por soluções não adversariais (Cabral, 2024).

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ), reconhecendo a urgência em modernizar a resolução de conflitos no país, publicou em 2010 a Resolução 125, que estabeleceu a Política Judiciária Nacional para tratamento consensual de disputas. Essa medida atribuiu ao Poder Judiciário a responsabilidade de reformular o modelo tradicional de Justiça, incentivando debates sobre métodos alternativos. Embora a iniciativa não tenha gerado imediato entusiasmo devido aos desafios estruturais, ela catalisou propostas legislativas que impulsionaram uma mudança ideológica no sistema, priorizando a consensualidade – conceito ainda em processo de assimilação pela cultura jurídica nacional (Grinover; Watanane; Lagrasta Neto, 2015).

O CPC/2015 consolidou a tendência de desjudicialização ao incorporar mecanismos que transferem atividades antes exclusivas do Judiciário para outras esferas. Assim, o artigo 3º, §§ 1º, 2º, e 3º, e o artigo 4º, ambos do CPC/2015, devem ser entendidos dentro da perspectiva de um sistema de justiça multiportas, que assegura não apenas o direito à solução do litígio em tempo razoável, mas também a busca por uma resolução integral da questão jurídica. Esse entendimento transcende a simples articulação entre os princípios da duração razoável do processo e da primazia da decisão de mérito, ampliando sua interpretação para incluir a abrangência de alternativas de resolução de disputas, como os métodos consensuais e as soluções extrajudiciais (Didier Jr., 2021). Nesse sentido, destacam-se:

- Artigo 725, VIII: Homologação de acordos extrajudiciais via jurisdição voluntária;
- Artigo 784, IV: Reconhecimento da transação como título executivo extrajudicial (Didier Jr., 2021).

Além disso, o CPC/2015 absorveu a Política Judiciária Nacional de Tratamento Adequado de Conflitos (Resolução CNJ 125/2010), reforçando métodos consensuais de solução de disputas (Didier Jr, 2021; Cabral 2024).

O artigo 190 do CPC/2015 inovou ao introduzir uma cláusula geral de convenções processuais atípicas, permitindo que as partes criem regras personalizadas para seus processos, inclusive extrajudiciais, desde que respeitados limites legais. Essa flexibilidade inclui a disposição sobre ônus, poderes e deveres processuais, até mesmo antes da propositura da ação (Cabral, 2024).

Outros avanços no CPC/2015:

- Artigo 455: Delegação aos advogados da comunicação de audiências às testemunhas, reduzindo a carga do Judiciário;
- Procedimentos extrajudiciais: Inventários e usucapião realizados em serventias extrajudiciais, simplificando trâmites burocráticos (Didier Jr, 2021; Cabral 2024).

A consolidação do novo marco da desjudicialização inaugurada pelo CPC/2015 foi ampliada pela Lei 13.129/2015, que modernizou a arbitragem, e pela Lei 13.140/2015, que regulamentou a mediação pública e privada, formando um microssistema de solução adequada de disputas (Tartuce, 2019).

Em 2018 foi editado pelo Corregedor Nacional de Justiça o Provimento 67 que autorizou mediação e conciliação em cartórios. A iniciativa, alinhada ao CPC/2015 e à Resolução 125/2010, foi posteriormente integrada ao Código Nacional de Normas da Corregedoria Nacional pelo Provimento 149/2023, padronizando práticas no foro extrajudicial (Brasil, 2018a e 2023b).

Na esfera pública, o Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) emitiu a Recomendação 54/2017, incentivando o Ministério Público a priorizar soluções extrajudiciais sempre que mais eficientes (Brasil, 2017). Paralelamente, o Acordo de Desjudicialização da Previdência Social (2019), firmado entre Judiciário, Governo e Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, criou um Comitê Executivo para gerir dados e reduzir litígios previdenciários, com apoio do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e Conselho da Justiça Federal (CJF) (Brasil, 2019a).

Também o ambiente digital de resolução de disputas (*ODRs*) tem se consolidado no Brasil como um marco inovador e transformador na gestão de litígios. Ao substituir o ambiente físico pelas plataformas online, as *ODRs* oferecem uma solução mais ágil e acessível para a resolução de conflitos, proporcionando maior autonomia às partes envolvidas. Essas ferramentas, regulamentadas pela Resolução CNJ 358/2020, não só otimizam a eficiência do sistema judiciário, mas também promovem uma experiência mais eficiente e conveniente, tanto no âmbito privado – como nas disputas consumeristas – quanto público. Ao fazer uso da tecnologia, as *ODRs* se consolidam como uma inovação civilizatória, oferecendo novas alternativas para a resolução de conflitos sem a necessidade de recorrer ao Judiciário de forma tradicional tanto entre particulares quanto entre particulares e entes públicos, como é o caso da plataforma “Consumidor.gov.br” (Didier Jr.; Fernandez, 2023).

Na esfera administrativa, a Lei 14.133/2021, também conhecida como a Nova Lei de Licitações, introduziu os Comitês de Resolução de Disputas (CRDs) nos artigos 138, inciso II, e 151 a 154. Inspirados nos “Dispute Boards” internacionais, esses comitês foram implementados para atuar em contratos de longo prazo. Sua função principal é monitorar a execução contratual e resolver controvérsias em tempo real, evitando o escalonamento de problemas, custos excessivos e atrasos. Além disso, os CRDs preservam o relacionamento entre as partes envolvidas, promovendo uma solução colaborativa e eficaz que minimiza a necessidade de intervenção judicial (Didier Jr.; Fernandez, 2023).

No âmbito legislativo, o Projeto de Lei 890/2022 propõe a regulamentação das Práticas Colaborativas como um método extrajudicial de prevenção e gestão de conflitos, reforçando a cultura consensual. Esse projeto visa incorporar práticas mais eficazes e colaborativas para a resolução de disputas, fortalecendo ainda mais o movimento em direção à desjudicialização e à promoção da pacificação social por meio de soluções consensuais (Brasil, 2022d).

Além disso, a regulamentação da união estável também passou por importantes atualizações. A Lei 14.382/2022, originada da Medida Provisória 1.085/2021, modernizou o Sistema Eletrônico de Registros Públicos (SERP) e introduziu mudanças significativas na Lei de Registros Públicos (LRP), especialmente no que se refere à formalização das uniões estáveis (Brasil, 2022e). O Provimento CNJ 141/2023, por sua vez, atualizou o Provimento 37/2014, permitindo a certificação eletrônica das uniões estáveis nos cartórios, com a definição da data de início ou

duração do vínculo com base nas provas apresentadas pelas partes. Embora seja um procedimento facultativo, essa mudança amplia as opções de formalização, reforçando a autonomia da vontade e contribuindo para a desburocratização do processo (Brasil, 2023c).

Também a evolução da desjudicialização da execução no Brasil remonta a décadas passadas, sendo regulamentada desde a década de 1960. A Lei 4.591/1964, que trata do regime de incorporação imobiliária, já apresentava uma forma de execução extrajudicial. Nesse contexto, o artigo 63 da referida lei permite que, em caso de inadimplemento de três prestações, o leilão de frações ideais de um imóvel seja realizado sem a necessidade de ajuizamento de ação judicial, bastando para isso a notificação do comprador inadimplente e o cumprimento de um prazo para purgação da mora. Dessa maneira, a execução ocorre de forma extrajudicial, ou seja, sem intervenção do Poder Judiciário (Brasil, 1964).

O Decreto-lei 70/1966, que regulamenta o Sistema Financeiro de Habitação (SFH), também institui uma modalidade de execução hipotecária extrajudicial, permitindo que, após o não pagamento de três prestações, o devedor seja notificado para regularizar a situação, sob pena de o imóvel ser levado a leilão público, sem necessidade de autorização judicial (Brasil, 1966).

Adicionalmente, a Lei 9.514/1997, que regula a alienação fiduciária de bens imóveis, consolida a propriedade do credor fiduciário em caso de inadimplência, sem a necessidade de ação judicial. O procedimento ocorre por meio de uma notificação de pagamento enviada ao devedor, sendo possível, após o não cumprimento, a venda do imóvel em leilão, com o credor podendo até participar do leilão como licitante, mas sem poder reter o bem (Brasil, 1997).

Outro avanço importante ocorreu com o Decreto-lei 911/1969, que trata da alienação fiduciária de bens móveis, permitindo que o credor, em caso de inadimplemento, possa proceder à venda do bem para saldar a dívida, sem a necessidade de intervenção judicial ou extrajudicial (Brasil, 1969).

No campo dos loteamentos urbanos, a Lei 6.766/1979 estabelece que, em caso de inadimplemento do promissário comprador, o Oficial de Registro de Imóveis pode proceder ao cancelamento do registro de promessa de compra e venda, resultando na rescisão do contrato, sem a necessidade de judicialização (Brasil, 1979).

O CPC/2015 também introduziu a possibilidade de atos executivos realizados por agentes privados, como a adjudicação pelo exequente, com a venda de bens penhorados em processos de execução (Didier Jr, 2021; Cabral 2024).

No âmbito da execução fiscal, a Lei 13.606/2018 trouxe inovações significativas, permitindo à União proceder à averbação de bens móveis e imóveis do devedor tributário sem a necessidade de autorização judicial prévia (Brasil, 2018b). Adicionalmente, o Projeto de Lei 4.257/2019 propõe a utilização da arbitragem tributária, ampliando a possibilidade de desjudicialização na resolução de conflitos fiscais, especialmente no que diz respeito à cobrança de débitos tributários (Brasil, 2019b).

A tendência de desjudicialização da execução também se reflete no Projeto de Lei 6.204/2019, que tramita no Senado Federal, e que propõe a transferência de atos e procedimentos executivos para tabeliães de protesto, na tentativa de descentralizar e agilizar o processo de execução (Brasil, 2019c).

Dessa forma, observa-se que a legislação brasileira já contempla diversas possibilidades de resolução de conflitos extrajudiciais, cada uma com características e procedimentos próprios, contribuindo para a ampliação do sistema de Justiça Multiportas, que oferecem alternativas para a solução de disputas, levando em conta as especificidades de cada caso.

2.2.3 Principais Métodos de Solução de Conflitos

A resolução de conflitos de interesse pode ser alcançada por meio de diferentes abordagens, que se dividem em três principais categorias: a) autocomposição; b) composição impositiva; e c) modelos híbridos ou mistos (Cabral, 2024).

No âmbito da autocomposição unilateral, as partes podem optar pela desistência da ação, pela renúncia à pretensão do autor ou pelo reconhecimento do pedido pelo réu. Por outro lado, a autocomposição bilateral ou multilateral envolve a negociação, que pode ocorrer de forma judicial ou extrajudicial, com ou sem a presença de advogados, mas sem a intermediação de um terceiro facilitador. Quando o processo envolve um conciliador, seja no âmbito judicial ou extrajudicial, temos a conciliação, que é indicada para situações de conflitos sem vínculo continuado, visando principalmente à obtenção de um acordo. Já a mediação, também podendo ser judicial ou extrajudicial, é particularmente eficaz em conflitos com vínculo contínuo,

pois busca tratar a relação entre as partes e restaurar suas interações sociais (Cabral, 2024).

Outro mecanismo importante de resolução de conflitos é o Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), um acordo firmado entre as partes com o objetivo de proteger direitos de natureza transindividual. Além disso, a Justiça Restaurativa, regulamentada pela Resolução CNJ 225/2016, constitui-se como um conjunto de princípios, métodos e atividades destinadas a promover a conscientização sobre os fatores relacionais, institucionais e sociais que geram conflitos e violência, proporcionando uma resolução estruturada para conflitos que causam danos concretos ou abstratos (Cabral, 2024).

Em relação aos métodos impositivos, destaca-se a arbitragem, uma forma de jurisdição privada extrajudicial, onde um terceiro imparcial, dotado de poderes decisórios, emite uma decisão vinculante para as partes. O método impositivo mais amplamente utilizado, porém, é o processo judicial, de caráter público, em que um terceiro imparcial, com autoridade decisória e executiva, emite uma sentença que resolve a disputa entre as partes (Cabral, 2024).

Além dessas abordagens, existem também os processos híbridos ou mistos, que combinam características de diversos métodos. Exemplos disso são a mediação-arbitragem e os *dispute boards*, nos quais, à medida que as tratativas avançam, a ineficácia de um método pode levar ao escalonamento para outro mais adequado e eficiente (Cabral, 2024).

Embora essa classificação ainda se mostre relevante, no contexto atual do sistema Multiportas, pode-se observar que os modelos realmente "puros" são, em sua maioria, os autocompositivos, já que mesmo os métodos impositivos tendem a incluir uma fase ou, ao menos, a possibilidade de celebração de acordos parciais (Cabral, 2024).

Em última análise, com a correta identificação das especificidades do conflito e uma análise atenta de seu desenvolvimento, é possível optar por uma via proporcional que resolva ou trate adequadamente a controvérsia, proporcionando uma solução mais eficiente e ajustada às necessidades das partes envolvidas.

2.2.4 Livre Trânsito entre Técnicas e Portas

Os artigos 3º, 15, 327 e § 2º, 926 e 1.049, parágrafo único, do CPC/2015 podem ser interpretados conjuntamente como base normativa para o livre trânsito de técnicas

entre diferentes portas de acesso à justiça. Esse trânsito permite a integração e a aplicação flexível de métodos processuais, como técnicas previstas na Lei 13.140/2015, ou mesmo de outras disciplinas, como aquelas estabelecidas por agências reguladoras, desde que compatíveis com a natureza do caso (Didier Jr.; Fernandez, 2023).

Como exemplo, pode-se aplicar no processo judicial ou arbitral as práticas recomendadas em comitês de resolução de disputas, conhecidos por sua abordagem multifacetada e flexível. Esses comitês se destacam na resolução de processos estruturais, que envolvem questões de grande complexidade e multipolaridade, e que demandam um acompanhamento contínuo ao longo do tempo. No contexto do Judiciário, as equipes de trabalho remoto, instituídas pela Resolução CNJ 375/2021, podem atuar como consultores especializados, realizando a análise contínua das condições fáticas e jurídicas dos processos e propondo recomendações ao juiz (Didier Jr.; Fernandez, 2023).

Além disso, os Centros de Inteligência do Poder Judiciário, estabelecidos pela Resolução CNJ 349/2020, podem auxiliar na identificação das causas estruturais dos litígios, criando estratégias eficazes para sua resolução. Tais centros devem colaborar, conforme indicado pela Resolução CNJ 227/2016, especialmente nas demandas repetitivas e de grande impacto social. A atuação do Núcleo de Apoio Técnico ao Judiciário (NatJus), criado pela Resolução CNJ 238/2016, também é um exemplo de como equipes técnicas podem apoiar os juízes em áreas como o direito à saúde e questões ambientais (Didier Jr.; Fernandez, 2023).

Essa colaboração multidisciplinar e interinstitucional, que lembra a função dos comitês de adjudicação (*Dispute Adjudication Board*), facilita a cooperação entre diferentes entidades do sistema de justiça, promovendo uma abordagem mais integrada e eficaz para tratar problemas estruturais (Didier Jr.; Fernandez, 2023).

Por sua vez, o trânsito entre as portas de acesso à justiça pode ser possibilitado por meio de negócios jurídicos, nos quais as partes acordam previamente sobre a maneira de solucionar o conflito. Exemplos disso são as cláusulas de *med-arb* ou *arb-med*, em que as partes podem, conforme a evolução do caso, transitar entre os processos de mediação e arbitragem. Esse modelo proporciona um procedimento híbrido, no qual as partes podem buscar uma solução consensual inicialmente e, caso não a alcancem, seguir para um julgamento formal realizado por um árbitro (Didier Jr.; Fernandez, 2023).

Além disso, é possível visualizar o encaminhamento das partes para outras portas de acesso à justiça a partir de um juízo de adequação, em que o Judiciário, por exemplo, pode encaminhar as partes para a tentativa de resolução do conflito por mediação extrajudicial ou outro mecanismo mais apropriado, dependendo do contexto do caso. Essa medida pode ser tomada em qualquer momento do processo, não necessariamente na fase inicial, e pode ser facilitada pelo uso de sistemas informatizados ou não, que integram as diferentes portas de acesso, permitindo que as partes se movam entre elas de acordo com a evolução do conflito (Didier Jr.; Fernandez, 2023).

Didier Jr. e Fernandez (2023) citam os seguintes exemplos práticos do trânsito entre portas:

1. Encaminhamento para autocomposição via plataforma “Consumidor.gov.br”: Após a provocação do Judiciário, em um processo em que não houve tentativa prévia de autocomposição, as partes podem ser direcionadas para a plataforma Consumidor.gov.br, um meio extrajudicial de resolução de disputas entre consumidores e empresas. Essa plataforma facilita a mediação e busca a solução amigável do conflito.
2. Suspensão de processos de família para mediação extrajudicial ou atendimento multidisciplinar: Em ações de família, o juiz pode determinar, a requerimento das partes, a suspensão do processo judicial enquanto as partes se submetem a mediação extrajudicial ou a um atendimento multidisciplinar. Essa alternativa pode ser aplicada, por exemplo, em disputas sobre guarda de filhos ou pensão alimentícia, buscando uma solução mais rápida e satisfatória para ambas as partes (art. 694, parágrafo único, CPC/2015).
3. Resolução administrativa de conflitos entre entes públicos: Em casos de grande complexidade técnica envolvendo entes públicos, pode ser vantajoso que as partes envolvidas no litígio, ainda que com um processo judicial pendente, busquem a solução do conflito por meio de uma câmara de prevenção e resolução administrativa de conflitos. Essa câmara é composta por agentes especializados, que podem atuar com o acompanhamento das partes, possibilitando uma solução mais técnica e adequada à natureza do litígio, como nos casos envolvendo questões ambientais ou de saúde pública.

4. Suspensão de processo judicial ou arbitral para tentativa de mediação: De acordo com a Lei 13.140/2015, em determinadas situações, é possível suspender um processo judicial ou arbitral para que as partes tentem resolver a controvérsia por meio de mediação. Esse procedimento, além de ser mais rápido, pode ser uma alternativa mais eficiente para disputas que envolvem interesses comuns, como questões familiares ou contratuais.
5. Regulamentação e atuação conjunta de agências reguladoras: A Lei 13.848/2019 prevê a regulamentação e atuação conjunta de agências reguladoras no tratamento de litígios, como, por exemplo, nas áreas de telecomunicações ou saúde. Essas agências, além de poderem atuar na mediação de disputas, também podem interagir com o Poder Judiciário, adotando soluções consensuais ou decisórias conforme o caso.
6. Transferência de execução para outras entidades do sistema de justiça: A utilização de protocolos institucionais pode possibilitar a transferência de execuções para outras entidades, como as serventias extrajudiciais, especialmente quando o caso se adequa ao perfil desses órgãos. Por exemplo, a execução de um título de crédito pode ser transferida para uma serventia extrajudicial, proporcionando maior agilidade no cumprimento da sentença.

Além desses exemplos, o sistema de justiça multiportas também possibilita a interação entre diferentes instâncias, permitindo que os conflitos sejam abordados de forma mais personalizada e eficaz. Essa interação pode ocorrer, por exemplo, no contexto das ações de improbidade administrativa, em que a Advocacia-Geral da União pode atuar como uma porta de acesso à justiça, promovendo a autocomposição ou, caso não seja bem-sucedida, realizando a heterocomposição (Didier Jr.; Fernandez, 2023).

No caso das questões envolvendo povos indígenas, a interação entre o Poder Judiciário e as instâncias deliberativas dessas comunidades também é um exemplo de como o trânsito entre portas pode ocorrer, levando em consideração as normas culturais e as práticas próprias de resolução de conflitos desses povos, conforme a Resolução CNJ 287/2019 (Didier Jr.; Fernandez, 2023).

2.2.5 Principais Ambientes do Sistema

No contexto judicial, o processo pode resultar em uma solução imposta pelo juiz ou em uma solução autocompositiva, estabelecida pelas próprias partes. Nesse cenário, três ambientes se destacam: a) os Juizados Especiais, que possuem uma fase obrigatória de conciliação e uma de julgamento; b) as unidades judiciárias especializadas e residuais (como as varas cíveis, penais, de Fazenda Pública, entre outras); e c) os Cejuscs (na Justiça Estadual) e Cejuscons (na Justiça Federal), que atuam tanto na fase pré-processual quanto na fase judicial (Cabral, 2024).

Além disso, com o avanço tecnológico e a digitalização dos processos, surgiram espaços virtuais de resolução de conflitos, como as plataformas online, os Cejuscs virtuais, os Núcleos 4.0 e até mesmo as vias tradicionais de comunicação, como e-mails e WhatsApp, que têm sido utilizados para buscar soluções para controvérsias, inclusive em conflitos transnacionais, nos quais se utilizam de videoconferências para tentar alcançar uma composição com partes em diferentes países (Cabral, 2024).

No âmbito extrajudicial, o número de entidades dedicadas à resolução de disputas fora do Judiciário tem aumentado significativamente. Os escritórios de advocacia, por exemplo, têm se especializado em promover negociações colaborativas entre as partes, buscando evitar que o conflito chegue ao Poder Judiciário. Essa é uma tendência relativamente recente no Brasil, que historicamente priorizava a judicialização dos conflitos (Cabral, 2024).

A Administração Pública, especialmente após a implementação da Lei de Mediação e o artigo 26 da Lei de Introdução ao Direito Brasileiro, tem se empenhado em promover soluções adequadas para conflitos, o que tem se intensificado ao longo dos anos. A Advocacia-Geral da União, por sua vez, oferece diversos serviços de resolução de conflitos, abrangendo não apenas a atuação judicial, mas também programas de negociação, conciliação, mediação e arbitragem. Da mesma forma, a Defensoria Pública tem incentivado a negociação, conciliação e mediação para os indivíduos atendidos, com diversas iniciativas de resolução de conflitos em temas como saúde, povos indígenas, questões trabalhistas, desapropriação, entre outros (Cabral, 2024).

O Ministério Público, tanto em sua esfera federal quanto estadual, tem desenvolvido uma sólida política de incentivo aos métodos alternativos de resolução

de conflitos, aprimorando sua atuação extrajudicial com o objetivo de desafogar o Judiciário. As procuradorias municipais e estaduais também têm se empenhado na prevenção e resolução de conflitos. A Prefeitura de São Paulo, por exemplo, criou a Câmara de Solução de Conflitos da Administração de Prevenção e Resolução Administrativa de Conflitos, conforme o artigo 33 do Decreto Municipal 57.263/2016 (Cabral, 2024).

Outros estados, como o Espírito Santo, também estão avançando nessa área, com a criação de políticas de consensualidade, como a Câmara de Prevenção e Resolução Administrativa de Conflitos do Espírito Santo, instituída pela Lei Complementar 1.011/2022. Além disso, tribunais administrativos, como os Tribunais Administrativos Fiscais e as Comissões de Conciliação Prévia, desempenham um papel importante na resolução de disputas, assim como os serviços dos órgãos de proteção e defesa do consumidor (Procons), que mediam conflitos relacionados ao consumo (Cabral, 2024).

Câmaras privadas de conciliação, mediação e arbitragem também desempenham um papel significativo nesse cenário, oferecendo serviços de resolução de disputas com qualidade. As ouvidorias, tanto públicas quanto privadas, são outro mecanismo importante para a resolução extrajudicial de conflitos. A política pública de consensualidade, inclusive, pode ser aplicada no âmbito dos Centros de Referência da Assistência Social (Cras) (Cabral, 2024).

As empresas privadas, especialmente as entidades bancárias, têm investido cada vez mais na solução de conflitos relacionados às suas atividades, oferecendo opções de negociação direta com os clientes, o que promove a cultura da consensualidade e da desjudicialização (Cabral, 2024).

Por fim, é importante considerar o impacto do ambiente digital. A tecnologia tem potencializado todas as formas de resolução de controvérsias, com o aumento das plataformas online de resolução de disputas (ODR). Essa evolução tecnológica está transformando a maneira como os conflitos são resolvidos, permitindo a utilização de ferramentas digitais tanto para conflitos locais quanto transnacionais (Cabral, 2024).

2.2.6 Atores

O funcionamento eficaz da Justiça Multiportas está diretamente ligado à compreensão e adesão dos diversos atores envolvidos na resolução de conflitos (Cabral, 2024).

Os juízes desempenham um papel fundamental na disseminação e aplicação desse sistema, sendo responsáveis por mudar a concepção tradicional sobre o papel do Poder Judiciário. Apesar de avanços, ainda é recorrente o encontro com magistrados que, de maneira descomprometida, priorizam a solução adjudicada, sem considerar as particularidades do conflito em questão. Tal postura pode ser explicada por diversos fatores, que vão desde a formação acadêmica até a desconfiança nos métodos alternativos de resolução de disputas. No entanto, a evolução legislativa e a nova compreensão do acesso à justiça exigem uma postura mais aberta, que fomente a autocomposição e, quando necessário, a indicação cooperativa da arbitragem como a solução mais adequada para determinadas controvérsias. Além disso, o uso de plataformas digitais deve ser incentivado pelos juízes, permitindo que as partes se familiarizem com outras alternativas de resolução de conflitos, seja para resolver o litígio ou com um caráter pedagógico (Cabral, 2024).

Os advogados, geralmente os primeiros a serem consultados em um caso, têm a responsabilidade não apenas de conhecer as diversas alternativas disponíveis, mas também de orientar seus clientes para as soluções mais adequadas à situação. Quando o cliente optar por métodos consensuais para resolver o litígio, o advogado não deve dificultar o acesso a essas vias em função de interesses financeiros, como os honorários advocatícios. Embora a remuneração dos profissionais seja importante, ela não deve prejudicar valores superiores, como o acesso à Justiça Multiportas, a eficiência dos métodos escolhidos e a satisfação das partes envolvidas (Cabral, 2024).

Da mesma forma, advogados públicos, defensores públicos e membros do Ministério Público desempenham um papel crucial na implementação da política nacional de tratamento adequado de conflitos. Conciliadores e mediadores devem ser devidamente capacitados e motivados para a função, aplicando as melhores técnicas de resolução de disputas com respeito, ética, paciência e competência (Cabral, 2024).

Os árbitros também precisam de treinamento especializado, dado que sua função envolve a resolução de questões processuais complexas, como tutelas de urgência, produção de provas e a imposição de soluções vinculantes às partes. Essa tarefa exige alta responsabilidade e uma abordagem técnica adequada. Contudo, é importante notar que muitos árbitros, embora especializados, continuam exercendo a advocacia, o que pode levar a uma abordagem tendenciosa se não forem plenamente imparciais. Por isso, é essencial que os árbitros se abstenham de qualquer

preconceito jurídico, político ou social, garantindo a imparcialidade necessária para um julgamento justo (Cabral, 2024).

Outros auxiliares da justiça, como os servidores das serventias e os oficiais de justiça, também contribuem para o sucesso da Justiça Multiportas, realizando funções de triagem e ajudando na coleta de propostas de acordo, conforme estipulado pelo artigo 154 do CPC/2015 (Cabral, 2024).

Sujeitos privados, como associações e partidos políticos, têm a possibilidade de resolver conflitos por meio de processos internos, os quais mantêm uma natureza privada, podendo inclusive envolver a aplicação de medidas disciplinares, conforme estabelecido pelo Código Civil (artigo 57) e pela Lei 9.096/1995 (artigo 23). Esse fenômeno também se aplica, por exemplo, às assembleias de condomínio, como estipulado no artigo 1.337 do Código Civil. Nesses casos, tais entidades podem ser entendidas como mecanismos de acesso à justiça. Importa destacar que, embora as decisões dessas instâncias possam ser contestadas judicialmente, isso não impede que elas sejam reconhecidas como espaços adequados para a resolução de questões jurídicas (Didier Jr.; Fernandez, 2023).

Além disso, os professores universitários têm um papel significativo na promoção dessa cultura de resolução alternativa de conflitos. A consensualidade deve ser abordada em diversas disciplinas, possibilitando que futuros profissionais do direito desenvolvam as habilidades necessárias para tratar adequadamente os conflitos que lhes forem confiados (Cabral, 2024).

Por fim, a sociedade como um todo deve buscar entender essas ferramentas e ambientes, empoderando-se na busca por soluções mais adequadas e eficientes para os seus problemas, com a participação ativa no processo de resolução de disputas.

2.2.7 A Interação entre os Atores

No contexto do sistema de justiça brasileiro, a interação entre seus atores não foi inicialmente desenhada com regras predefinidas, ocorrendo de forma indireta ou direta, dependendo das circunstâncias e das particularidades envolvidas. A solução de problemas complexos pode exigir, de modo concomitante ou sucessivo, subsídios provenientes de diferentes entes, como aproveitamento das respectivas capacidades institucionais.

A interação direta pode ser realizada de duas formas: sem coordenação ou com coordenação. Quando ocorre sem coordenação, a aproximação entre os sujeitos do

sistema se dá pela participação de um ente em processos conduzidos por outro, sem um planejamento ou articulação prévia. Esse tipo de interação ocorre quando um sujeito intervém em um processo que se desenvolve dentro de outro, muitas vezes aproveitando as capacidades institucionais de cada um para qualificar a decisão a ser tomada e, em alguns casos, minimizar a manipulação indevida das instâncias decisórias. Por exemplo, a agência reguladora pode participar de um processo no tribunal de contas, ou uma câmara arbitral pode intervir em um processo do tribunal de contas. Outro exemplo é a intervenção de uma agência reguladora em um processo arbitral envolvendo a Administração Pública ou até mesmo em um processo judicial, como é comum em situações em que há sobreposição de competências entre diferentes centros decisórios (tribunais, agências reguladoras e órgãos de controle) (Didier Jr.; Fernandez, 2023).

Esse tipo de interação direta ajuda a reduzir o risco de “forum shopping”, onde litigantes tentam manipular o sistema judiciário para obter decisões favoráveis de forma indevida. A participação ativa de diferentes entes, como tribunais e agências reguladoras, contribui para a maior transparência e equidade nos processos decisórios (Didier Jr.; Fernandez, 2023).

A interação direta também pode ocorrer com coordenação, quando os sujeitos do sistema trabalham de maneira mais integrada, de forma articulada e, por vezes, planejada para atingir objetivos institucionais. Nesse caso, a interação se dá de maneira mais sistemática, com ações colaborativas para alcançar as finalidades de cada parte envolvida. Exemplos dessa interação coordenada incluem a comunicação entre tribunais e agências reguladoras para garantir a execução de normas e decisões, como visto no caso de decisões em incidentes de resolução de demandas repetitivas, quando as informações sobre decisões são compartilhadas com as agências responsáveis pela regulamentação de setores específicos. Outro exemplo é a cooperação para fins de prestação de informações entre diferentes entidades, como quando um tribunal envia informações sobre um caso a uma agência reguladora para garantir que as normas aplicáveis sejam observadas (artigo 69, III, do CPC/2015; artigo 6º, II, Resolução do CNJ 350/2020) (Didier Jr.; Fernandez, 2023).

Além disso, a introdução de inovações normativas pode criar condições para modelos mais complexos de articulação, promovendo uma interação mais coordenada entre os sujeitos do sistema. Exemplos de interação coordenada mais complexa incluem: a integração da plataforma “Consumidor.gov.br” com o sistema PJe, para

facilitar a comunicação entre as diversas portas de acesso à justiça; a decisão administrativa coordenada (Lei 14.210/2021), que permite que diferentes órgãos do sistema de justiça atuem em conjunto para solucionar questões de maneira mais eficiente; e a cooperação interinstitucional, onde tribunais e agências reguladoras trabalham juntos para experimentar soluções de desjudicialização de execuções em parceria com agentes privados e serventias extrajudiciais (Didier Jr.; Fernandez, 2023).

Por fim, as interações entre os sujeitos do sistema de justiça, seja direta ou indireta, com ou sem coordenação, formam a espinha dorsal do sistema de justiça multiportas. A complexidade e a eficácia dessas interações vão crescendo conforme a cooperação entre os diversos atores do sistema, e, com o tempo, surgem novos modelos de integração e articulação que beneficiam a justiça como um todo. A experimentação e a inovação desempenham um papel crucial nesse processo, permitindo a adaptação contínua às necessidades sociais e jurídicas (Didier Jr.; Fernandez, 2023).

2.2.8 Repercussões do Caráter Integrado do Sistema sobre o Regime Jurídico Aplicável aos Sujeitos que Nele Atuam

O caráter integrado do sistema brasileiro de justiça multiportas gera impactos diretos sobre o regime jurídico aplicável aos agentes envolvidos nesse processo. O artigo 7º da Lei 13.140/2015, por exemplo, estabelece que o mediador não poderá atuar como árbitro nem como testemunha em processos judiciais ou arbitrais relacionados a um conflito no qual tenha previamente desempenhado o papel de mediador (Didier Jr.; Fernandez, 2023).

A atuação anterior como mediador pode também resultar na recusa do patrocínio de uma causa, caso o indivíduo se torne advogado das partes, uma vez que pode haver conflito de interesses, conforme disposto no artigo 22 do Código de Ética da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB). Além disso, em razão da lógica que motivou a redação do artigo 7º da Lei 13.140/2015 e da ampliação do dever de confidencialidade, previsto nos artigos 30 da mesma lei e 166, § 2º, do CPC/2015, aquele que atuou como mediador não poderá, no futuro, exercer a função de juiz do caso. Trata-se de uma hipótese de impedimento que, embora não mencionada no rol do artigo 144 do CPC/2015, possui similaridades com as causas do inciso I desse dispositivo (Didier Jr.; Fernandez, 2023).

Esse raciocínio pode ser estendido a autoridades de órgãos administrativos ou entidades controladoras, que desempenham funções de resolução de controvérsias, complementando o rol do artigo 18 da Lei 9.784/1999. No mesmo sentido, a atuação como membro de *dispute board* implica incompatibilidade para participação futura em processos judiciais ou administrativos, seja na função de julgador, advogado, testemunha ou perito, para preservar a imparcialidade, a confidencialidade (quando aplicável) e evitar potenciais conflitos de interesse (Didier Jr.; Fernandez, 2023).

Ademais, o mediador que tenha atuado em determinado caso não poderá atuar como testemunha, nem em processos judiciais ou arbitrais, nem em processos administrativos, em razão do dever de confidencialidade associado à sua função. O dever de revelar fatos que possam gerar dúvida sobre a imparcialidade do agente, previsto tanto na arbitragem (artigo 14, § 1º, da Lei 9.307/1996) quanto na mediação (artigo 5º, parágrafo único, da Lei 13.140/2015), visa assegurar a transparência e a imparcialidade nas decisões (Didier Jr.; Fernandez, 2023).

Este princípio de imparcialidade, aplicável a juízes e autoridades decisórias em contextos administrativos e controladores, pode ser compreendido como um direito passivo de todos os envolvidos, reforçando a exigência de imparcialidade nas diversas esferas de resolução de conflitos. Além disso, é comum que, ao estabelecer a função de membros de *dispute boards*, se defina expressamente a obrigação de revelar qualquer fato que possa levantar uma dúvida razoável sobre a imparcialidade desses membros, como indicado nas diretrizes da *International Bar Association (IBA)* para arbitragem internacional e outras legislações correlatas (Didier Jr.; Fernandez, 2023).

2.2.9 Síntese

O princípio da inafastabilidade do controle jurisdicional, consagrado no artigo 5º, XXXV, da Constituição da República de 1988, vai além do simples acesso formal aos órgãos judiciais, sendo fundamental para garantir um acesso qualificado à justiça. Esse acesso deve ser capaz de assegurar uma tutela jurisdicional efetiva, que seja tempestiva, adequada e alinhada com as demandas concretas das partes envolvidas. Nesse contexto, a adoção de métodos consensuais de solução de conflitos, como mediação e conciliação, é essencial para a concretização do princípio da inafastabilidade. Esses métodos não apenas ampliam as opções de resolução de disputas, mas também permitem que a solução seja adequada às peculiaridades de cada conflito, às necessidades das partes e à natureza distinta de cada caso. Dessa

forma, mais do que uma alternativa à adjudicação judicial, os meios consensuais se integram ao conceito substancial de acesso à justiça, promovendo equidade e aderência à realidade social.

Embora a redução do volume processual seja uma consequência relevante da adoção desses métodos, o ponto central reside na capacidade de prevenir judicializações desnecessárias. Ao resolver os conflitos em estágios iniciais e fora do âmbito judicial, essa abordagem preserva o sistema judicial para os casos que realmente exigem uma intervenção mais complexa ou de interesse público.

O sistema de justiça multiportas no Brasil, embora inspirado em modelos internacionais, se consolidou com características próprias, adaptadas à realidade do ordenamento jurídico nacional. Sua evolução, no entanto, exige uma série de ações estratégicas para superar as lacunas ainda existentes:

1. Infraestrutura e Capacitação Profissional:

- É fundamental investir na formação e remuneração adequada de mediadores, conciliadores e árbitros, com ênfase nas competências técnicas e na sensibilidade intercultural, a fim de promover um atendimento de qualidade.
- A ampliação das estruturas físicas e digitais em órgãos públicos e privados é essencial para garantir um acesso equânime à justiça em todas as regiões, especialmente nas áreas mais remotas ou carentes.

2. Monitoramento e Transparência:

- A criação de indicadores de qualidade é crucial para avaliar a efetividade das soluções consensuais, garantindo a credibilidade dos métodos utilizados.
- A divulgação sistemática de dados e estatísticas é necessária para ajustar políticas públicas e planejar estratégias mais eficazes.

3. Integração Educacional e Tecnológica:

- A inserção obrigatória da temática de métodos alternativos de resolução de conflitos nos currículos de Direito e em concursos públicos fomentará uma mudança cultural entre os profissionais, preparando-os para a dinâmica dos métodos consensuais.

- A adoção de tecnologias avançadas, como a inteligência artificial para triagem de casos, pode agilizar os processos, desde que observados os princípios de transparência e controle humano.

4. Inclusão Digital e Processual:

- Políticas públicas que reduzam a exclusão digital são essenciais para garantir que as populações vulneráveis também possam acessar as plataformas online de resolução de disputas.
- Incentivos processuais, como custas diferenciadas, podem estimular as partes a optarem por soluções consensuais antes de recorrer à judicialização.

A maturidade do sistema de justiça multiportas dependerá de sua capacidade de promover uma verdadeira transformação cultural, tanto no meio jurídico quanto na sociedade como um todo. Espera-se que, nos próximos anos:

- A arbitragem se torne acessível a camadas sociais além do empresariado, com a criação de modelos simplificados para demandas cotidianas, como questões de consumo, pequenas dívidas e conflitos familiares.
- Ambientes digitais, como o metaverso, sejam explorados para a realização de mediações virtuais em casos sensíveis, como violência doméstica, onde o contato físico pode ser prejudicial ou causar desconforto.
- A judicialização se concentre apenas em litígios de alta complexidade ou de impacto coletivo, enquanto a maior parte dos conflitos interpessoais seja resolvida por meios consensuais, sem a necessidade de intervenção judicial formal.

Para que isso aconteça, é fundamental que entes públicos e privados ampliem seus canais de comunicação direta com cidadãos e consumidores, priorizando respostas ágeis e preventivas. A consolidação desse modelo exigirá coordenação institucional, governança orientada por evidências e visão sistêmica, para que a multiplicidade de “portas” não fragmente o acesso à justiça, mas o fortaleça como direito fundamental, com especial relevância na área da saúde, em que a seleção do método mais adequado de resolução — judicial ou consensual — impacta diretamente a equidade, a eficiência e a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde.

3 A DESJUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E OS MÉTODOS ALTERNATIVOS DE RESOLUÇÃO DE CONFLITOS

3.1 Métodos Alternativos de Resolução de Conflitos (MARC) na área da Saúde

3.1.1 Classificação dos Métodos de Solução de Conflitos: Uma Análise Estrutural

A doutrina tradicional classifica os métodos de solução de conflitos em três categorias principais: autotutela, autocomposição e heterocomposição. Cada uma delas reflete distintas dinâmicas de interação entre as partes e o papel de terceiros na resolução de litígios, sendo essencial compreender suas nuances para uma análise crítica do sistema jurídico contemporâneo.

A autotutela consiste na resolução direta do conflito pelo próprio indivíduo, sem intervenção externa, valendo-se de ações pessoais para assegurar vantagem na disputa. Por remeter à ideia de justiça privada e potencializar práticas violentas, esse método é proibido, em regra, pelo ordenamento jurídico, conforme alinhado ao Estado Democrático de Direito. Sua admissão restringe-se a situações excepcionais, como previsto no artigo 1.433, II, do Código Civil de 2002, que autoriza a autodefesa em casos específicos de proteção possessória (Tartuce, 2019).

Com a proibição da autotutela, os sistemas jurídicos modernos privilegiam os métodos autocompositivos e heterocompositivos, que coexistem de forma complementar. A autocomposição pressupõe que as próprias partes alcancem a solução do conflito, seja por transação, renúncia ou reconhecimento do direito alheio. Essa modalidade caracteriza-se por soluções parciais, dependentes da vontade unilateral ou bilateral dos envolvidos (Cintra; Grinover; Dinamarco, 1998).

A autocomposição subdivide-se em:

- Típica: Quando as partes resolvem o conflito sem auxílio de terceiros, como na transação direta (Paumgarten, 2015).
- Atípica: Envolve a atuação de um terceiro facilitador (e.g., mediador), que promove o diálogo sem substituir a vontade das partes (Paumgarten, 2015).
- Unilateral: Ocorre quando uma parte renuncia ao direito pleiteado ou reconhece o direito da contraparte. Na esfera judicial, tal decisão extingue o processo com resolução do mérito, conforme artigos 487, III, "c", e 924, IV, do CPC/2015 (Tartuce, 2019; Pieroni, 2019).

- Bilateral: Envolve concessões recíprocas, como na transação, em que ambas as partes cedem parcialmente para alcançar um acordo (Tartuce, 2019; Pieroni, 2019).

A autocomposição pode manifestar-se em diferentes fases processuais: pré-processual (antes da ação judicial), endoprocessual (durante o trâmite) ou pós-processual (na execução da sentença) (Dinamarco, 2017).

Em contraste, a heterocomposição implica a intervenção de um terceiro imparcial que decide o conflito, substituindo a vontade das partes (Cintra; Grinover; Dinamarco, 1998). Destacam-se duas modalidades (Pieroni, 2019):

- Pura: Caracterizada pela arbitragem, em que um árbitro escolhido pelas partes profere decisão vinculante, sem participação estatal direta.
- Híbrida: Envolve a jurisdição estatal, em que o juiz togado homologa ou decide o litígio, mesclando autonomia das partes com intervenção pública.

No ordenamento jurídico brasileiro, a seleção entre métodos autocompositivos e heterocompositivos é condicionada por fatores como a natureza do conflito, a relação intersubjetiva entre as partes, os custos envolvidos e a complexidade da prova. Embora a via judicial, de caráter heterocompositivo (jurisdicional), mantenha preponderância histórica, observa-se uma mudança de paradigma no cenário contemporâneo, que privilegia os mecanismos autocompositivos em alinhamento aos princípios da eficiência e economicidade processual, consagrados pelo CPC/2015 e pela Constituição da República.

Essa transição reflete-se, inclusive, em diretrizes institucionais, como a Recomendação CNJ 100/2021, que orienta os magistrados atuantes em demandas envolvendo o direito à saúde a priorizar soluções consensuais — por meio de negociação, mediação ou conciliação —, visando à otimização do acesso à justiça e à desjudicialização de conflitos. Em sintonia com esse arcabouço normativo e doutrinário, a presente pesquisa dedicará ênfase à análise crítica desses métodos, investigando sua aplicabilidade, limites e potencial para harmonizar interesses em litígios complexos, sem descurar de sua interface com a tutela jurisdicional tradicional.

3.1.2 Mediação e Conciliação: Distinções, Natureza Jurídica e Histórico

Apesar da aparente semelhança, conciliação e mediação constituem institutos juridicamente distintos no ordenamento brasileiro, com diferenças radicais em sua finalidade, metodologia e aplicação prática. A conciliação, regulada prioritariamente

pelo CPC/2015 (artigo 165, § 3º), orienta-se para a obtenção imediata de acordos em conflitos pontuais e de natureza patrimonial, como disputas consumeristas ou indenizações por acidentes. Nela, o conciliador assume um papel ativo, podendo sugerir soluções jurídicas e pressionar por concessões, sempre respeitando a autonomia das partes. Sua estrutura é linear e objetiva, com sessões breves (20-40 minutos), focadas em propostas concretas de encerramento do litígio. Criticamente, aplica-se preferencialmente a relações sem vínculo anterior entre as partes, onde o objetivo é resolver o problema, não reconstruir laços (Cabral, 2024).

Em contraste, a mediação, definida no artigo 1º da Lei 13.140/2015, prioriza o processo dialógico sobre o resultado imediato. Seu núcleo é a restauração da comunicação e o empoderamento das partes para que gerem soluções mutuamente benéficas, especialmente em conflitos de relações continuadas – como disputas familiares, societárias ou comunitárias. O mediador atua como facilitador passivo: abstém-se de propor soluções, utilizando técnicas como perguntas abertas e escuta ativa para ajudar as partes a identificarem interesses subjacentes. Seu processo é cíclico e reflexivo, demandando sessões prolongadas (1h+) e múltiplos encontros. Aqui, a confidencialidade é absoluta (artigo 30): nada discutido nas sessões pode ser usado judicialmente, criando um espaço seguro para vulnerabilidades (Cabral, 2024).

As diferenças refletem origens teóricas opostas: enquanto a conciliação emerge do direito processual como alternativa à sentença, a mediação bebe da psicologia e sociologia, inspirando-se em modelos como a Negociação Baseada em Interesses de Harvard. Essa distinção manifesta-se pragmaticamente num conflito de vizinhança: na conciliação, resolver-se-ia a reparação de um muro danificado (custos, prazos); na mediação, discutir-se-iam padrões de convivência futura (ruídos, uso de áreas comuns) (Cabral, 2024).

A confusão entre os institutos gera riscos concretos: aplicar técnicas conciliatórias em mediações destrói a confiança ao pressionar por acordos prematuros; inversamente, a ausência de diretividade em conciliações complexas inviabiliza soluções eficientes (Cabral, 2024).

Apesar da aparente semelhança, conciliação e mediação constituem institutos juridicamente distintos no ordenamento brasileiro, com diferenças radicais em sua finalidade, metodologia e aplicação prática. A conciliação, regulada prioritariamente pelo CPC/2015 (artigo 165, § 3º), orienta-se para a obtenção imediata de acordos em conflitos pontuais e de natureza patrimonial, como disputas consumeristas ou

indenizações por acidentes. Nela, o conciliador assume um papel ativo, podendo sugerir soluções jurídicas e pressionar por concessões, sempre respeitando a autonomia das partes. Sua estrutura é linear e objetiva, com sessões breves (20-40 minutos), focadas em propostas concretas de encerramento do litígio. Criticamente, aplica-se preferencialmente a relações sem vínculo anterior entre as partes, onde o objetivo é resolver o problema, não reconstruir laços (Cabral, 2024).

Em contraste, a mediação, definida no artigo 1º da Lei 13.140/2015, prioriza o processo dialógico sobre o resultado imediato. Seu núcleo é a restauração da comunicação e o empoderamento das partes para que gerem soluções mutuamente benéficas, especialmente em conflitos de relações continuadas – como disputas familiares, societárias ou comunitárias. O mediador atua como facilitador passivo: abstém-se de propor soluções, utilizando técnicas como perguntas abertas e escuta ativa para ajudar as partes a identificarem interesses subjacentes. Seu processo é cíclico e reflexivo, demandando sessões prolongadas (1h+) e múltiplos encontros. Aqui, a confidencialidade é absoluta (artigo 30): nada discutido nas sessões pode ser usado judicialmente, criando um espaço seguro para vulnerabilidades (Cabral, 2024).

As diferenças refletem origens teóricas opostas: enquanto a conciliação emerge do direito processual como alternativa à sentença, a mediação bebe da psicologia e sociologia, inspirando-se em modelos como a Negociação Baseada em Interesses de Harvard. Essa distinção manifesta-se pragmaticamente num conflito de vizinhança: na conciliação, resolver-se-ia a reparação de um muro danificado (custos, prazos); na mediação, discutir-se-iam padrões de convivência futura (ruídos, uso de áreas comuns) (Cabral, 2024).

A confusão entre os institutos gera riscos concretos: aplicar técnicas conciliatórias em mediações destrói a confiança ao pressionar por acordos prematuros; inversamente, a ausência de diretividade em conciliações complexas inviabiliza soluções eficientes (Cabral, 2024).

A conciliação configura-se como procedimento de natureza processual. Caracteriza-se por ser um mecanismo heterocompositivo, em que o terceiro (conciliador) atua com postura ativa na sugestão de soluções, integrando a estrutura do Poder Judiciário (CPC/2015, artigo 165). Sua finalidade precípua é a extinção do processo mediante acordo, gerando eficácia de sentença homologatória (CPC/2015, artigo 515, § 2º). Já a mediação, definida como "atividade técnica" (Lei 13.140/2015, artigo 1º, parágrafo único), possui natureza pré-processual ou extraprocessual,

assentando-se na autonomia da vontade das partes. Aqui, o mediador atua como facilitador dialético sem poder decisório, visando à reconstrução relacional, o que a aproxima de um negócio jurídico assistido (Cabral, 2024).

A natureza jurídica híbrida desses institutos gera um dilema estrutural (Cabral, 2024):

- Na conciliação judicial: Predomina a lógica publicista, com controle estatal rígido (homologação por sentença).
- Na mediação extrajudicial: Vigora a lógica privatista, mas com interferência judicial posterior em direitos indisponíveis.

A capacitação técnica dos operadores está normativamente detalhada na Resolução CNJ 125/2010. A citada resolução, em seu Anexo III, exige 40 horas teóricas e 20 práticas para certificação, complementada pela exigência de graduação em qualquer área (artigo 11 da Lei 13.140/2015) e inscrição em cadastro nacional (artigo 167, CPC/2015) (Cabral, 2024).

Os procedimentos de conciliação e mediação no ordenamento brasileiro seguem parâmetros legais distintos, porém complementares, estabelecidos pelo CPC/2015 e pela Lei 13.140/2015. Na conciliação, prevista prioritariamente no artigo 334 do CPC/2015, a audiência preliminar é fase obrigatória, marcada em até 30 dias após a petição inicial, com citação do réu com antecedência mínima de 20 dias. Trata-se de um processo linear: o conciliador, atuando ativamente, pode sugerir soluções para o litígio (artigo 165, § 3º), em sessões breves (20-40 minutos). Resulta em acordo homologado por sentença (título executivo judicial) ou aplicação de multa de 2% do valor da causa em caso de ausência injustificada (artigo 334, § 8º). Já a mediação, regulada pela Lei 13.140/2015, estrutura-se em etapas complexas: sessão inicial para explicitar regras e confidencialidade (artigo 14), sessões privadas entre mediador ou conciliador e cada uma das partes (*caucus*) para discussão individual de interesses (artigo 19), e conclusão com termo final lavrado em até 60 dias. A mediação judicial ocorre preferencialmente nos Cejuscs, com designação automática pelo juízo, enquanto a extrajudicial permite escolha do mediador pelas partes (artigo 168, CPC/2015) (Cabral, 2024).

Os efeitos dos acordos variam conforme o âmbito e a natureza do conflito (Cabral, 2024):

- Acordos judiciais: Homologados por sentença, adquirem eficácia de título executivo judicial (CPC/2015, artigo 515, § 2º), com força de coisa julgada

material. Podem versar sobre direitos disponíveis ou indisponíveis transigíveis (ex.: alimentos, divisão patrimonial), desde que homologados com oitiva do Ministério Público (Lei 13.140/2015, artigo 3º, § 2º).

- Acordos extrajudiciais: Firmados por mediadores credenciados, constituem título executivo extrajudicial (CPC/2015, artigo 784, IV), equiparado a transação. Contudo, quando envolvem direitos indisponíveis, dependem de homologação judicial para produzir efeitos (Lei 13.140/2015, artigo 3º, § 2º), sob pena de nulidade.
- Exceção histórica: Transações celebradas após coisa julgada são válidas, podendo obstar execução, mas são nulas se houver má-fé ou desconhecimento da decisão transitada.

A evolução dos métodos autocompositivos no Brasil atravessou quatro fases paradigmáticas, refletindo uma transformação radical na cultura jurídica nacional. Na fase pré-moderna (1939-1988), os institutos enfrentaram invisibilidade sistêmica: o Código de Processo Civil de 1939 ignorou completamente conciliação e mediação, limitando-se à transação extraprocessual (artigos 51 e 185) como figura marginal; já o Código de Processo Civil de 1973 introduziu dispositivos esparsos (ex.: artigo 125, IV), mas manteve-os como apêndices inoperantes em um sistema adversarial moldado pelo formalismo europeu-continental (Cabral, 2024).

A fase de transição (1988-2010) iniciou-se com a CR/1988 (artigo 98, I), que pavimentou os Juizados Especiais via Lei 9.099/1995. Estes revolucionaram ao instituir a audiência conciliatória obrigatória como etapa preliminar, mas esbarraram em críticas severas: conciliadores eram frequentemente estagiários ou servidores não treinados, gerando "acordos de papel" sem efetividade. Avanços indiretos como a Lei de Arbitragem (9.307/1996) e o "II Pacto Republicano"¹⁵ (2009) prepararam o terreno para mudanças estruturais (Cabral, 2024).

A consolidação (2010-2015) emergiu com marcos legais transformadores. A Resolução CNJ 125/2010 estabeleceu a Política Nacional de Tratamento Adequado

¹⁵ O II Pacto Republicano de Estado por um Sistema de Justiça mais Acessível, Ágil e Efetivo foi assinado no dia 13 de abril deste ano pelos presidentes dos três Poderes da República. Foram estabelecidas dez metas nacionais do Judiciário para 2009, no intuito de reduzir as desigualdades entre os diversos segmentos desse poder. O objetivo do pacto foi melhorar o acesso universal à Justiça, especialmente dos mais necessitados; aprimorar a prestação jurisdicional, mediante a efetividade do princípio constitucional da razoável duração do processo e a prevenção de conflitos; e aperfeiçoar e fortalecer as instituições de Estado para uma maior efetividade do sistema penal no combate à violência e criminalidade, por meio de políticas de segurança pública combinadas com ações sociais e proteção à dignidade da pessoa humana.

de Conflitos, criando os Cejuscs e padrões mínimos de capacitação. Em 2015, a sinergia entre o CPC/2015 e a Lei de Mediação (13.140/2015) redefiniu o sistema: o primeiro impôs a audiência preliminar obrigatória (artigo 334) e estruturou princípios (artigo 166); o segundo inovou ao incluir a Administração Pública (artigos 32-40) e definir mediação como "atividade técnica imparcial" (artigo 1º) (Cabral, 2024).

Na fase contemporânea (2016-presente), os avanços convivem com desafios agudos. Novos instrumentos como mediação *online* (Lei 13.140/2015, artigo 46) e a ratificação da Convenção de Singapura, em 2025¹⁶, ampliaram o escopo, mas tensionam questões não resolvidas, tais como disparidades regionais e deficiências formativas na formação dos conciliadores e mediadores (Cabral, 2024).

3.1.3 Princípios Norteadores da Conciliação e Mediação no Direito Brasileiro: Fundamentos e Aplicação

A conciliação e a mediação, enquanto mecanismos autocompositivos de solução de conflitos, são alicerçados por princípios estruturantes que conferem identidade e eficácia a esses institutos. Tais princípios, consagrados no artigo 2º da Lei 13.140/2015 e no artigo 166 do CPC/2015, transcendem meras diretrizes procedimentais para se tornarem pilares éticos e operacionais (Cabral, 2024):

1. **Imparcialidade:** Princípio nuclear que exige do conciliador ou mediador absoluta neutralidade, vedando qualquer viés favorável às partes. Conforme o Código de Ética do CNJ (Anexo II da Resolução 125/2010), implica "agir com ausência de favoritismo, assegurando que valores pessoais não interfiram no resultado". Sua violação configura impedimento (artigo 170, CPC/2015), como vínculos anteriores ou interesses diretos no conflito, demandando afastamento imediato do facilitador. Na prática, a imparcialidade assegura que o processo não reproduza assimetrias de poder, especialmente relevante em conflitos envolvendo consumidores ou hipossuficientes.
2. **Confidencialidade:** Garante o sigilo absoluto sobre informações compartilhadas nas sessões, impedindo seu uso como prova em processos

¹⁶ O Brasil assinou a Convenção de Singapura sobre Mediação em 4 de junho de 2021. A assinatura foi um passo importante para o reconhecimento e a promoção da mediação como método de resolução de conflitos internacionais, alinhando o Brasil às práticas globais e às tendências de desjudicialização que vêm sendo adotadas em diversos países. A Convenção foi ratificada pelo Brasil em julho de 2025, com a publicação do Decreto Legislativo 181, de 07 de julho de 2025 (Brasil, 2025c).

judiciais ou arbitrais (artigo 30, Lei 13.140/2015). Este princípio cria um espaço seguro para revelação de vulnerabilidades e interesses ocultos, essencial em mediações familiares ou empresariais, funcionando como verdadeiro guardião da liberdade dialógica. A exceção – informações tributárias (artigo 31) – não enfraquece seu âmbito, que abrange todos os participantes, incluindo assessores técnicos. No CPC/2015, o § 2º do artigo 166 reforça: "o mediador não pode divulgar fatos decorrentes da mediação", sob pena de nulidade do acordo e responsabilização disciplinar.

3. Autonomia da Vontade: Tendo por função precípua o empoderamento das partes, traduz-se na liberdade em definir regras, conteúdos e desfechos do processo (artigo 2º, V, Lei 13.140/2015). No CPC/2015, o § 4º do artigo 166 explicita que "as partes podem estabelecer as regras procedimentais", rompendo com o formalismo judicial. Este princípio opera em dois planos:
 - a. Material: Decisão sobre mérito do conflito (ex.: criação de cláusulas criativas em acordos empresariais);
 - b. Procedimental: Escolha do mediador, duração das sessões e técnicas utilizadas (artigo 168, CPC/2015).

Sua limitação ocorre apenas quando ofende ordem pública (ex.: acordos que violam direitos trabalhistas).

4. Isonomia: Exige tratamento equânime entre as partes, materializado em deveres do facilitador:
 - a. Equiparação técnica: Suspensão da sessão se uma parte estiver assistida por advogado e a outra não (artigo 10, § único, Lei 13.140/2015);
 - b. Neutralidade linguística: Uso de linguagem acessível e não discriminatória;
 - c. Controle de assimetrias: Intervenção para coibir abusos de poder econômico ou psicológico.

Na Administração Pública (artigo 33, Lei 13.140/2015), a isonomia exige transparência em acordos coletivos para evitar favorecimentos.

5. Oralidade e Informalidade: Voltados à desburocratização com eficiência, manifestam-se na flexibilidade procedimental: ausência de formalismos, priorização de diálogo direto e adaptação a contextos específicos. O CPC/2015 (§ 3º, artigo 166) autoriza "técnicas negociais para ambiente

favorável", como sessões circulares ou *caucus* (encontros privados entre mediador e cada parte). Na prática, permite:

- a. Dinamismo temporal: Prazos ajustáveis conforme complexidade (ex.: 60 dias prorrogáveis em mediações públicas – artigo 28, Lei 13.140/2015);
 - b. Adaptação espacial: Sessões presenciais, *online* (artigo 46) ou híbridas.
6. Busca do Consenso: Princípio finalístico que orienta toda a arquitetura dos institutos, convertendo conflitos em oportunidades de criação conjunta de soluções. Diferencia-se da lógica adversarial ao substituir a imposição pela construção do resultado. No CPC/2015, o artigo 3º, § 3º, explicita o "dever de priorizar a consensualidade", refletido:
- a. Na fase inicial: Audiência obrigatória de conciliação/mediação (artigo 334);
 - b. Na consequência processual: Redução de custas em acordos precoces (artigo 90, § 3º).

3.1.4 Mediação, Conciliação e o Poder Público. Distinções necessárias: interesse público e privado. A supremacia revisitada

A utilização dos métodos alternativos de resolução de conflitos na área da Saúde exige uma análise dos limites da autocomposição pelo Poder Público, além da clara distinção entre interesse público e interesse privado, categorias que orientam a viabilidade jurídica da mediação e da conciliação.

Conforme Leitão (2019), o interesse privado divide-se em:

- Disponível: Passível de livre disposição pelo titular (ex.: direitos patrimoniais), sendo plenamente apto para conciliação, mediação ou arbitragem;
- Indisponível: Dotado de relevância social tal que sua renúncia é vedada, demandando proteção estatal (ex.: direitos fundamentais).

Já o interesse público, conforme definido por Mello (2005), opõe-se ao interesse individual, representando o bem coletivo. Trata-se de um interesse da sociedade como um todo, que não se confunde com a soma de interesses particulares, mas emerge da condição de cada indivíduo como membro da sociedade (Mello, 2005). Di Pietro (2010) reforça essa visão ao afirmar que o direito público

prioriza o "bem-estar coletivo", sendo o interesse público irrenunciável pela Administração.

Tradicionalmente, a doutrina administrativa sustentava a supremacia do interesse público sobre o privado, aliada ao princípio da indisponibilidade. Contudo, a evolução social e a necessidade de eficiência na gestão de conflitos levaram à flexibilização desse paradigma. Como observa Godoy (2011), o interesse público contemporâneo não é absoluto, mas exige ponderação contextualizada, alinhada a princípios como proporcionalidade e razoabilidade. Essa mudança reflete-se na crescente aceitação de métodos consensuais pelo Estado, mesmo em litígios que envolvam direitos públicos.

Schier (2011) aprofunda essa reflexão ao questionar a noção hierárquica entre interesses públicos e privados. Para ele, ambos coexistem em igualdade constitucional, harmonizando-se na maioria dos casos. Eventuais conflitos devem ser resolvidos com base em critérios predefinidos pelo legislador ou, na ausência destes, mediante ponderação jurisdicional, respeitando-se:

1. Prevalência constitucional explícita: Quando a Constituição prioriza um interesse (ex.: direitos fundamentais sobre políticas estatais);
2. Proporcionalidade e razoabilidade: Em casos não regulados, o juiz deve equilibrar os princípios em jogo, sem viés predeterminado;
3. Reserva de lei e núcleo essencial: Restrições a direitos individuais exigem base legal e preservação do conteúdo mínimo dos direitos.

Schier (2011) defende que a suposta supremacia do interesse público só se legitima quando alinhada à Constituição, rejeitando-a como cláusula geral de restrição de direitos. Essa perspectiva rompe com o autoritarismo estatal, reconhecendo que a realização do interesse público muitas vezes depende da garantia de interesses privados, e vice-versa.

Assim, como sustenta Madureira (2018), o princípio da indisponibilidade do interesse público não apenas não impede os advogados públicos de atuarem judicialmente para desconstituir direitos e interesses transitórios defendidos pela Fazenda Pública – quando estes conflitam com o ordenamento jurídico –, como exige ativamente essa intervenção. Isso ocorre porque tais interesses temporários, por violarem normas legais, não representam o verdadeiro interesse público. Pelo contrário: se a aplicação equivocada do Direito pela Administração resulta na violação de direitos subjetivos garantidos pelo sistema jurídico – os quais emanam do respeito

à ordem legal vigente –, o autêntico interesse público reside justamente na revogação desses interesses transitórios (ou meramente acessórios).

Essa obrigatoriedade decorre de três pilares interligados (Madureira, 2018):

1. Legalidade Administrativa (artigo 37, CR/88): A Administração não pode sustentar posições contrárias à lei, mesmo que temporariamente;
2. Supremacia do Interesse Público: Interesses privados ou setoriais devem ceder quando colidem com o bem coletivo, definido conforme a lei;
3. Indisponibilidade do Interesse Público: O Estado não tem liberdade para renunciar a direitos ou comprometer finalidades públicas essenciais.

Portanto, a atuação dos advogados públicos para corrigir desvios legais não é facultativa, mas dever funcional, pois assegura a primazia da ordem jurídica sobre conveniências administrativas passageiras.

Na prática, a aplicação de conciliação e mediação pelo Poder Público não contraria a noção atualizada de interesse público. A Lei de Mediação (Lei 13.140/2015) e a Lei de Arbitragem (Lei 9.307/1996), por exemplo, já estabelecem parâmetros para a autocomposição, desde que respeitados os limites legais e constitucionais. Além disso, princípios como a eficiência administrativa e a razoável duração do processo (artigo 5º, LXXVIII, CR/88) legitimam essas técnicas, reduzindo custos e agilizando soluções (Pinto, 2022).

Em síntese, a utilização de métodos consensuais pelo Estado não implica a negação do interesse público, mas sua reinterpretação dinâmica, compatível com um ordenamento jurídico que valoriza a participação cidadã, a transparência e a otimização de recursos. A regulamentação de câmaras especializadas, como a da Administração Federal, demonstra que é possível conciliar eficiência e legalidade, sem abdicar da proteção ao bem comum.

3.2 - Produção Científica Recente sobre Mediação e Conciliação em Saúde Pública: Análise Crítica da Literatura Pós-2021

A literatura jurídica especializada sobre métodos autocompositivos aplicados ao direito sanitário evidencia uma trajetória evolutiva que se inicia com contribuições teóricas fundacionais e se consolida, após 2021, em análises empíricas e aplicações contextualizadas. Esta seção analisa criticamente as principais contribuições acadêmicas, identificando convergências conceituais, lacunas investigativas e

implicações práticas para a desjudicialização da saúde no Brasil, partindo do marco teórico estabelecido por Delduque e Castro (2015) até os desenvolvimentos contemporâneos.

3.2.1 Fundamentos Teóricos da Mediação Sanitária: O Marco Conceitual de Delduque e Castro (2015)

Delduque e Castro (2015) estabelecem o alicerce teórico da mediação sanitária no Brasil ao caracterizá-la como alternativa viável à judicialização das políticas de saúde. Os autores desenvolvem tese central sobre a inadequação estrutural do modelo jurisdicional tradicional para resolver conflitos sanitários, demonstrando que a lógica adversarial do processo judicial é incompatível com a natureza complexa, multidimensional e técnica das disputas envolvendo o direito à saúde (Delduque; Castro, 2015).

A contribuição seminal reside na identificação de três disfunções estruturais da judicialização da saúde:

1. Atomização das demandas: O Judiciário resolve casos individuais sem considerar impactos sistêmicos nas políticas públicas, gerando desarticulação entre decisões judiciais e planejamento sanitário. Uma liminar que determina o fornecimento de medicamento de alto custo a um paciente pode comprometer o orçamento destinado a programas coletivos, afetando milhares de usuários do SUS (Delduque; Castro, 2015).
2. Assimetria informacional: Juízes, embora tecnicamente qualificados em direito, frequentemente carecem de conhecimento especializado em medicina, farmacologia e gestão sanitária, resultando em decisões baseadas em laudos unilaterais ou prescrições médicas que podem não refletir as melhores evidências científicas ou a realidade orçamentária (Delduque; Castro, 2015).
3. Ineficiência temporal: A morosidade processual é incompatível com urgências médicas. Pacientes oncológicos, por exemplo, podem ter janelas terapêuticas de semanas, tornando decisões judiciais que levam meses ou anos para transitar em julgado clinicamente inúteis (Delduque; Castro, 2015).

Diante dessas disfunções, Delduque e Castro (2015) propõem a mediação sanitária como mecanismo que:

- Promove diálogo institucional: Aproxima gestores públicos, profissionais de saúde e usuários, permitindo soluções negociadas que consideram simultaneamente necessidades clínicas, evidências científicas e limitações orçamentárias;
- Preserva políticas públicas: Diferentemente de decisões judiciais que impõem obrigações pontuais, acordos mediados podem incorporar o caso individual à política pública, beneficiando outros usuários em situação semelhante;
- Reduz custos sistêmicos: Evita gastos com processos judiciais, compras emergenciais superfaturadas e desorganização do planejamento sanitário.

3.2.2 Consolidação Teórica Pós-2021: A Mediação Sanitária como Instrumento de Efetivação do Direito Fundamental à Saúde

Lima e Aguiar (2022) retomam e aprofundam a tese de Delduque e Castro (2015), caracterizando a mediação sanitária enquanto ferramenta adequada de acesso à justiça nos conflitos jurídico-sanitários. As autoras demonstram que a mediação transforma antagonismos em pontos de convergência e colaboração, prevenindo e tratando litígios de maneira dialógica, consensual e democrática (Lima; Aguiar, 2022).

A contribuição teórica fundamental reside na caracterização da mediação sanitária como resposta à crise do paradigma judicial na resolução de conflitos sanitários. Enquanto a judicialização da saúde opera sob lógica binária (procedência/improcedência), a mediação permite soluções criativas e contextualizadas, considerando limitações orçamentárias, protocolos clínicos e necessidades individuais simultaneamente. Essa abordagem alinha-se ao princípio da busca do consenso (artigo 2º, Lei 13.140/2015), anteriormente analisado, mas o contextualiza especificamente nas peculiaridades do direito sanitário (Lima; Aguiar, 2022).

Lima e Aguiar (2022) avançam em relação a Delduque e Castro (2015) ao operacionalizar a mediação sanitária, propondo:

1. Protocolos específicos: Diferentemente de mediações cíveis genéricas, a mediação sanitária exige conhecimento interdisciplinar (direito, medicina, farmacologia, gestão pública), justificando a criação de câmaras especializadas e capacitação específica de mediadores.

2. Participação técnica obrigatória: Sessões devem contar com farmacêuticos, médicos e gestores públicos, garantindo que acordos sejam tecnicamente adequados e orçamentariamente viáveis.
3. Integração com políticas públicas: Acordos individuais devem ser sistematizados pela Administração, identificando demandas recorrentes que justifiquem incorporação de novos tratamentos ou medicamentos ao SUS.

3.2.3 Mediação Sanitária e Populações Vulneráveis: A Perspectiva do Direito Fraternal

Marques, Dutra e Wichinheski (2025) ampliam o debate ao investigar a mediação sanitária como instrumento de efetivação do direito humano à saúde dos migrantes, sob a perspectiva da Teoria do Direito Fraternal. As autoras demonstram que a mediação possui potencial para efetivar o direito à saúde de populações marginalizadas, constituindo espaços comuns compartilhados que favorecem o reconhecimento das demandas do "ser migrante" (Marques; Dutra; Wichinheski, 2025).

A inovação metodológica consiste na aplicação do referencial teórico do Direito Fraternal — desenvolvido por Eligio Resta — ao contexto sanitário. Essa teoria propõe a superação da lógica amigo-inimigo (Carl Schmitt) pela construção de pactos de inclusão, em que o "outro" é reconhecido como igual em dignidade. Na mediação sanitária com migrantes, isso se traduz em:

Reconhecimento cultural: Respeito a práticas de saúde tradicionais, desde que compatíveis com protocolos clínicos baseados em evidências;

Adaptação linguística: Uso de intérpretes e materiais multilíngues nas sessões, garantindo compreensão efetiva dos termos do acordo;

Flexibilização burocrática: Negociação de alternativas documentais para acesso ao SUS, considerando irregularidades migratórias, sem comprometer a identificação necessária para acompanhamento clínico.

Marques, Dutra e Wichinheski (2025) dialogam diretamente com Delduque e Castro (2015) ao demonstrar que a mediação sanitária não é apenas alternativa à judicialização, mas instrumento de inclusão social. Enquanto o processo judicial pressupõe capacidade de mobilização de recursos (advogados, documentos, conhecimento do sistema), a mediação pode ser mais acessível a populações

vulneráveis, especialmente se realizada em espaços comunitários, com linguagem simples e apoio de defensores públicos.

3.2.4 Judicialização Oncológica e Mediação: Limites Objetivos dos Métodos Autocompositivos

Castro et al. (2025) investigam demandas judiciais oncológicas no sistema público de saúde de Belo Horizonte (2014-2019), fornecendo subsídios para compreender como mecanismos alternativos de resolução de conflitos, incluindo mediação, podem reduzir a pressão sobre o sistema judicial em casos de alta complexidade (Castro et al., 2025).

A pesquisa identifica padrões nas ações judiciais oncológicas que problematizam a aplicabilidade universal da mediação sanitária:

- Predominância de pedidos de medicamentos: 78% das demandas envolvem antineoplásicos não incorporados ao SUS, frequentemente indicados por oncologistas privados sem considerar alternativas disponíveis na rede pública;
- Urgência temporal: 65% dos casos apresentam risco de morte iminente, inviabilizando mediações prolongadas que pressupõem múltiplas sessões e reflexão ponderada;
- Assimetria informacional: Pacientes frequentemente desconhecem alternativas terapêuticas disponíveis no SUS, baseando pedidos exclusivamente em prescrições médicas unilaterais.

Esses achados evidenciam limites objetivos da mediação sanitária em contextos oncológicos, contrastando com o otimismo de Delduque e Castro (2015) e Lima e Aguiar (2022). A confidencialidade (artigo 30, Lei 13.140/2015), embora essencial em mediações familiares, pode ser contraproducente em conflitos sanitários urgentes, onde a transparência sobre protocolos clínicos e disponibilidade orçamentária é crucial para decisões informadas. Similarmente, o princípio da autonomia da vontade pressupõe capacidade de negociação que pode estar comprometida em pacientes terminais ou sob estresse psicológico agudo.

Castro et al. (2025) sugerem, implicitamente, a necessidade de mediação sanitária especializada em oncologia, com:

- Prazos reduzidos: Sessões concentradas em 7-15 dias, compatíveis com janelas terapêuticas oncológicas;

- Suporte técnico obrigatório: Participação de oncologistas e farmacêuticos clínicos, garantindo adequação terapêutica dos acordos;
- Protocolos de urgência: Suspensão da mediação e encaminhamento judicial imediato em casos de risco vital, reconhecendo que a mediação não é panaceia universal, mas ferramenta adequada a contextos específicos.

Essa contribuição é fundamental porque corrige o viés pró-mediação da literatura anterior, reconhecendo que, em determinadas situações, a tutela jurisdicional urgente (artigo 300, CPC/2015) permanece insubstituível. A desjudicialização da saúde não implica abolição da via judicial, mas sua racionalização, reservando-a para casos em que métodos autocompositivos são objetivamente inadequados.

3.2.5 Implicações para a Desjudicialização da Saúde

A análise integrada da produção científica, desde Delduque e Castro (2015) até os estudos pós-2021, revela três convergências fundamentais:

1. Consenso sobre a inadequação do modelo exclusivamente jurisdicional: Todos os estudos reconhecem que a judicialização massiva da saúde gera ineficiência sistêmica, com decisões judiciais frequentemente desarticuladas das políticas públicas e da realidade orçamentária (Delduque; Castro, 2015; Lima; Aguiar, 2022; Castro et al., 2025).
2. Valorização da mediação como instrumento dialógico: A literatura supera a visão instrumental da mediação (mero "filtro" processual) para reconhecê-la como espaço de construção democrática de soluções, alinhada aos princípios da oralidade, informalidade e busca do consenso (Marques; Dutra; Wichinheski, 2025; Lima; Aguiar, 2022).
3. Necessidade de especialização técnica: Diferentemente de mediações cíveis genéricas, a mediação sanitária exige conhecimento interdisciplinar (direito, medicina, farmacologia, gestão pública), justificando a criação de câmaras especializadas e capacitação específica de mediadores (Delduque; Castro, 2015; Lima; Aguiar, 2022).

Em síntese, a literatura consolida a viabilidade teórica e prática da mediação sanitária, mas evidencia que sua efetividade depende de condições estruturais que transcendem a mera previsão normativa. A desjudicialização da saúde não se realiza

por decreto, mas por construção institucional gradual, sensível às complexidades clínicas, orçamentárias e sociais que caracterizam o direito sanitário brasileiro.

Os estudos analisados fornecem, assim, não apenas justificativas para a expansão dos métodos autocompositivos, mas também alertas sobre os riscos de sua implementação acrítica, exigindo dos operadores jurídicos e gestores públicos uma postura simultaneamente inovadora e prudente. O legado de Delduque e Castro (2015) permanece vivo: a mediação sanitária é alternativa viável à judicialização, mas sua viabilidade não é automática — depende de vontade política, investimento institucional e vigilância constante contra riscos de precarização de direitos fundamentais.

3.4 Práticas de enfrentamento à judicialização da saúde pública no Brasil que enfatizam os meios alternativos de solução de conflitos

3.4.1 Recomendação CNJ 101/2021

A crescente judicialização da saúde no Brasil impulsionou, nas últimas duas décadas, ações estruturadas do Poder Judiciário, sobretudo sob a liderança do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), com o objetivo de reduzir impactos negativos no sistema. Dentre as iniciativas normativas do CNJ, destaca-se como marco relevante a Recomendação 100/2021, que institui a priorização de métodos consensuais na resolução de litígios sanitários, posicionando-se como ferramenta central para a desjudicialização de conflitos na área da saúde (Brasil, 2021b).

Publicada em junho de 2021, a Recomendação CNJ 100/2021 consolida-se como um instrumento normativo essencial na gestão de demandas envolvendo o direito à saúde. Ao enfatizar métodos consensuais como mediação, conciliação e negociação, o documento alinhou-se não apenas a princípios constitucionais e legais, mas também promoveu a eficiência processual, oferecendo uma resposta estratégica à judicialização excessiva — fenômeno que sobrecarrega o Judiciário com casos repetitivos, como aqueles relacionados a medicamentos, tratamentos e acesso a procedimentos emergenciais (Brasil, 2021b).

Entre os objetivos estratégicos da Recomendação, sobressai a redução da judicialização, aliviando a pressão sobre o Judiciário ao redirecionar casos passíveis de acordo para vias consensuais. Em paralelo, busca-se fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), exigindo que decisões judiciais — mesmo em processos resolvidos

por mediação – sejam fundamentadas em evidências científicas e diretrizes técnicas, conforme estabelecido expressamente no artigo 4º (Brasil, 2021b).

O próprio artigo 4º reforça a necessidade de capacitação especializada de mediadores e conciliadores em temas de saúde, abrangendo conhecimentos sobre o SUS e o acesso a plataformas de dados técnico-científicos, como o Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário (NatJus). Essa formação visa assegurar que as soluções propostas estejam alinhadas às políticas públicas de saúde e respaldadas por informações confiáveis, evitando decisões fragmentadas ou contraditórias (Brasil, 2021b).

Do ponto de vista operacional, a Recomendação introduz os Centros Judiciários de Solução de Conflitos de Saúde (Cejusc Saúde), estruturas especializadas concebidas para agilizar o tratamento de demandas sanitárias. Esses centros possibilitam a realização de negociações, mediações e conciliações – tanto em âmbito individual quanto coletivo –, oferecendo flexibilidade por meio de formatos presenciais ou virtuais (síncronos ou assíncronos). Essa dualidade amplia o acesso à justiça, especialmente para populações em regiões remotas ou em situação de vulnerabilidade socioeconômica (Brasil, 2021b).

A interinstitucionalidade é outro pilar da Recomendação, incentivando a articulação com estruturas já consolidadas, como o Fórum Nacional de Saúde, com vistas a evitar redundâncias e otimizar recursos do sistema. Além disso, o documento dialoga diretamente com normativas anteriores do CNJ, como a Resolução 107/2010 – que instituiu o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento de demandas de saúde –, e as Recomendações 66/2020 e 92/2021, que orientaram a adaptação de processos durante a pandemia de Covid-19, reafirmando compromissos com a equidade e a preservação do SUS em cenários críticos (Brasil, 2021b).

A abordagem proposta pela Recomendação vai além da eficiência administrativa: humaniza o acesso à justiça ao estimular diálogos colaborativos entre pacientes, gestores públicos e operadoras de saúde. Essa perspectiva não só preserva relações interpessoais – muitas vezes essenciais em tratamentos contínuos –, como minimiza a adversarialidade, construindo soluções sustentáveis que beneficiam todas as partes envolvidas (Brasil, 2021b).

Nesse contexto, a Recomendação CNJ 100/2021 – ao tratar da desjudicialização – complementa a Resolução CNJ 125/2010 ao estabelecer o NatJus como ferramenta indispensável para mediadores e conciliadores, garantindo acesso

a dados técnicos atualizados. Diante desse cenário, passamos a examinar, de forma sucinta, as funcionalidades e o papel estratégico desse instrumento na concretização das políticas propostas pelo CNJ (Brasil, 2021b).

3.3.2 *NatJus*

O Núcleo de Apoio Técnico ao Judiciário (NatJus) é uma estrutura institucional vinculada ao Poder Judiciário, criada para subsidiar magistrados com análises técnicas e científicas em demandas de saúde. Sua finalidade central é reduzir a judicialização inadequada — fenômeno em que decisões judiciais fragmentadas comprometem a equidade do Sistema Único de Saúde (SUS) — e garantir coerência entre as decisões judiciais e as políticas públicas sanitárias (Brasil, 2025d).

O NatJus atua como mediador entre o Judiciário e os gestores de saúde, oferecendo pareceres baseados em evidências científicas, protocolos clínicos e dados epidemiológicos, além de fomentar diálogos interinstitucionais para solucionar conflitos sem sobrecarregar o sistema judicial. Entre seus objetivos, destacam-se a prevenção de decisões contraditórias que afetem a universalidade e integralidade do SUS, a otimização de recursos públicos por meio do alinhamento às políticas sanitárias e a redução de assimetrias informacionais entre juízes, pacientes e gestores (Brasil, 2025d).

O marco legal do NatJus é a Resolução CNJ 238/2016, que institucionalizou o núcleo como política judiciária nacional. A resolução estabelece a especialização de varas judiciais em saúde, a criação de Comitês Estaduais de Saúde para monitorar demandas sanitárias e a integração com o SUS, exigindo que pareceres técnicos consultem bases como a Tabela de Procedimentos do SUS e notas da Conitec. Essa normativa reforça o princípio da eficiência administrativa (artigo 37 da CR/88), promovendo a coordenação entre Judiciário e Executivo para evitar a duplicidade de esforços (Brasil, 2025d).

O NatJus reflete teorias dialógicas de "controle fraco" (Tushnet, 2003), que defendem a colaboração entre poderes para evitar o ativismo judicial. Enunciados do CNJ, como o 18 (recomendando notas técnicas em liminares) e o 83 (permitindo a juntada de documentos técnicos), reforçam essa abordagem.

A atuação do NatJus está em sintonia com os princípios organizativos do SUS, como universalidade, integralidade e regionalização (Lei 8.080/1990). Ao evitar que decisões judiciais privilegiem indivíduos em detrimento do acesso coletivo, o núcleo

preserva a equidade do sistema. Além disso, respeita o princípio da separação de poderes ao não substituir o Executivo na formulação de políticas. No Ceará, diálogos entre o NatJus e gestores do SUS viabilizaram tratamentos de alto custo para doenças raras dentro dos recursos existentes, demonstrando a eficácia da colaboração interinstitucional (Mariano et al., 2018).

Os fluxos de atuação do NatJus envolvem principalmente a solicitação de pareceres técnicos pelos magistrados em demandas de saúde. Juízes podem pedir pareceres tanto ao NATJUS local quanto ao NATJUS Nacional, conforme a urgência do caso, com o uso da plataforma *e-NatJus*. Os pareceres são baseados em evidências científicas, protocolos clínicos e dados epidemiológicos, e têm grande impacto nas decisões judiciais (Oliveira, 2025).

Os NatJus são compostos por profissionais da saúde, como médicos, farmacêuticos e enfermeiros. A composição pode variar conforme o estado, com alguns núcleos sendo vinculados diretamente a secretarias estaduais de saúde, enquanto outros buscam maior independência, envolvendo também instituições como hospitais universitários e profissionais da própria estrutura do Judiciário (Oliveira, 2025).

A decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) no Tema 6 de Repercussão Geral, que exige que magistrados consultem os NatJus antes de conceder medicamentos não incorporados ao SUS, fortaleceu o papel do núcleo como suporte técnico obrigatório. Isso visa garantir que as decisões judiciais estejam baseadas em evidências científicas e alinhadas com as políticas públicas de saúde, promovendo maior coerência e evitando decisões contraditórias. A implementação dessa decisão poderá também reduzir a desigualdade no acesso a medicamentos e tratamentos, como evidenciado pela divergência de pareceres entre os NatJus de diferentes estados (Oliveira, 2025).

Dados empíricos comprovam o impacto positivo do NatJus. Em um estudo recente, foi constatado que, no Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP), os pareceres dos NatJus foram citados em 84% das decisões, com maior frequência quando os juízes concordavam com as recomendações do núcleo (Oliveira, 2025). No Tribunal de Justiça de Goiás (TJGO), o índice de acatamento dos pareceres foi de 100% em 2018, 90,63% em 2019 e 86,96% em 2020, refletindo confiança nas análises técnicas. No Ceará, a emissão de 58 pareceres em cinco meses, disponibilizados publicamente,

acelerou a resolução de casos como conflitos coletivos sobre acesso a vacinas durante a Covid-19, baseados em evidências epidemiológicas (Mariano et al., 2018).

Em termos de volume, a plataforma *e-NatJus* acumulou mais de 250 mil notas técnicas até 2024, com uma grande disparidade entre os núcleos, sendo o NatJus Nacional responsável por uma produção substancialmente maior. Em 2024, o NatJus Nacional dobrou sua produção, emitindo quase quatro vezes mais notas técnicas que os NatJus locais (Oliveira, 2025).

Segundo pesquisa realizada pelo CNJ em 2025, o NatJus é considerado uma ferramenta essencial pelos entrevistados na judicialização da saúde pública, pois fornece base para distinguir tratamentos científicos de experimentais, limita decisões ideológicas dos juízes e oferece maior conforto e segurança na avaliação racional dos casos (Brasil, 2025b). Como alternativa à restrição territorial, utiliza-se o *e-NatJus* do CNJ, embora criticado "por ser pior, mais lento e menos cooperativo", com casos sem resposta (Brasil, 2025b, p. 113).

Apesar dos benefícios, enfrenta barreiras como resistência cultural de magistrados que rejeitam limitações ao seu poder, preferindo decisões por "caridade" ou ideologia (Brasil, 2025b, p. 113). Além disso, há descrédito pelo segundo grau, com acusações de criar uma "terceira instância", o que é rebatido ao esclarecer que o órgão apenas fornece pareceres técnicos (Brasil, 2025b, p. 113).

Em síntese, o NatJus representa um avanço na harmonização entre direitos individuais e coletivos, mitigando riscos de judicialização predatória. Contudo, sua consolidação exige a superação de desafios como a capacitação contínua de magistrados, a expansão para tribunais menores e uma maior integração com as políticas nacionais de saúde. O núcleo não apenas racionaliza o SUS, mas também fortalece o diálogo entre instituições, essencial para um Judiciário ágil e alinhado às demandas sociais.

3.3.3 Enunciados do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde – Fonajus

Considerando o elevado número de ações judiciais sobre assistência à saúde e a necessidade de prevenir litígios e gerir adequadamente os processos em andamento, o Supremo Tribunal Federal (STF) realizou, em abril e maio de 2009, a Audiência Pública 04 para esclarecer questões técnicas, científicas, administrativas, políticas, econômicas e jurídicas relacionadas. Com base nos resultados dessa audiência, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) criou um grupo de trabalho (Portaria

650, de 20 de novembro de 2009) para estudar e propor medidas concretas e normativas sobre essas demandas judiciais (Brasil, 2009).

Dos estudos realizados pelo grupo de trabalho criado a partir dos resultados coletados na Audiência Pública 04, o Plenário do CNJ aprovou a Resolução 107, que instituiu o Fórum Nacional do Judiciário para Monitoramento e Resolução das Demandas de Assistência à Saúde (Fonajus) – Fórum da Saúde (Brasil, 2010).

O Fonajus constitui um importante espaço institucional criado pelo CNJ para debater, planejar e implementar ações estratégicas relacionadas à judicialização da saúde no Brasil. Seu objetivo primordial é buscar soluções para reduzir conflitos judiciais e promover a desjudicialização no campo da saúde, reforçando o diálogo interinstitucional e a articulação entre os Poderes Judiciário e Executivo, especialmente em questões relacionadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à saúde suplementar (Brasil, 2025e).

O Fonajus atua como facilitador do intercâmbio de experiências entre tribunais e órgãos de gestão pública em saúde, contribuindo para a padronização de procedimentos judiciais e administrativos, com a finalidade de otimizar a gestão das demandas judiciais em saúde. Dentre suas ações, destacam-se o estímulo ao uso dos Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário (NatJus), incentivando decisões judiciais mais embasadas em evidências científicas e protocolos clínicos reconhecidos. Ademais, o Fonajus promove o fortalecimento dos Centros Judiciários de Solução de Conflitos e Cidadania especializados em saúde (Cejusc Saúde), incentivando métodos consensuais, como a mediação e a conciliação, visando reduzir o número de processos judiciais e garantir soluções mais rápidas e adequadas às demandas dos pacientes (Brasil, 2025e).

Entre as iniciativas promovidas pelo Fórum estão a realização periódica das Jornadas de Direito da Saúde, onde são debatidos e aprovados enunciados que orientam magistrados e gestores quanto às melhores práticas jurídicas e administrativas. Esses enunciados buscam garantir decisões alinhadas às políticas públicas de saúde, evitando a fragmentação e o uso inadequado dos recursos públicos (Brasil, 2025e).

Até maio de 2025, data da última atualização, haviam sido aprovados 147 enunciados ao longo de sete Jornadas de Direito da Saúde. Desse total, 14 enunciados referem-se a medidas direcionadas à desjudicialização ou que buscam

reduzir a judicialização excessiva e inadequada na área da saúde (Brasil, 2025f). São eles:

- Enunciado 13: Recomenda-se, sempre que possível, a prévia oitiva do gestor do SUS ou da operadora da saúde suplementar, visando identificar alternativas terapêuticas, estimulando soluções administrativas antes do julgamento judicial (Brasil, 2025f).
- Enunciado 18: Determina que, sempre que possível, as decisões liminares sobre saúde sejam precedidas de notas de evidência científica emitidas pelo NatJus ou consulta a banco de dados pertinente, fortalecendo a racionalidade das decisões judiciais (Brasil, 2025f).
- Enunciado 33: Recomenda aos magistrados, Ministério Público, Defensoria e advogados a análise prévia dos pareceres técnicos da ANS e da Conitec antes de proferir decisões ou propor ações, visando decisões mais qualificadas e evitar litígios desnecessários (Brasil, 2025f).
- Enunciado 57: Recomenda verificar se a tecnologia demandada já foi analisada pela Conitec antes do julgamento, evitando decisões contrárias à política pública estabelecida (Brasil, 2025f).
- Enunciado 58: Sugere a notificação judicial do médico prescritor para esclarecimentos sobre medicamentos fora das listas oficiais, exigindo justificativa médica detalhada, reduzindo ações judiciais baseadas em prescrições inadequadas (Brasil, 2025f).
- Enunciado 69: Recomenda consultar previamente o ente público demandado sobre a existência de lista de espera organizada, a fim de verificar se o paciente já está inserido no sistema regulatório, evitando decisões judiciais desnecessárias (Brasil, 2025f).
- Enunciado 81: Prevê comunicação ao gestor, conselhos de saúde, Defensoria e Ministério Público sobre o surgimento reiterado de demandas individuais, buscando soluções coletivas fora do ambiente judicial (Brasil, 2025f).
- Enunciado 83: Permite ao juiz a juntada, mesmo de ofício, de documentos técnicos de evidência científica do NatJus ou NATS, contribuindo para decisões mais embasadas e diminuindo conflitos desnecessários (Brasil, 2025f).

- Enunciado 106: Prioriza a tentativa de conciliação na área de saúde, com o envio do processo aos Cejusc Saúde ou instâncias de conciliação similares (Brasil, 2025f).
- Enunciado 119: Exige solicitação administrativa prévia e observância do fluxo regulatório do SUS, com prazo razoável (até 30 dias) antes da judicialização de medicamentos já incorporados (Brasil, 2025f).
- Enunciado 122: Recomenda comprovação de solicitação administrativa e informação oficial do sistema de regulação em pedidos de vaga de UTI. Funciona como filtro contra a judicialização sem passagem pela regulação (Brasil, 2025f).
- Enunciado 125: Recomenda avaliação técnica multidisciplinar pelo SUS no domicílio, para verificar a adequação aos critérios e à capacidade instalada, antes do proferimento de liminar em atenção domiciliar. Na prática, reduz liminares “sem rede” e sem checagem técnica prévia (Brasil, 2025f).
- Enunciado 135: Recomenda priorizar mecanismos alternativos de resolução de conflitos, como conciliação via Cejusc, quando o tratamento já está incorporado (SUS) ou no rol da ANS, “visando reduzir a judicialização desnecessária” (Brasil, 2025f).
- Enunciado 140: Determina, como diretriz institucional, priorizar Cejuscs/Centrais de conciliação especializadas em saúde (especialmente em transtornos do desenvolvimento/TEA) para diálogo e soluções consensuais (Brasil, 2025f).

Portanto, o Fonajus desempenha um papel estratégico na gestão das demandas de saúde no Judiciário, atuando não apenas na contenção da judicialização excessiva, mas também na consolidação de um sistema judiciário mais eficiente, justo e em harmonia com as políticas públicas de saúde.

3.3.5 Cejusc Saúde do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo

O Cejusc Saúde é uma plataforma digital implementada pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo com o propósito de mediar e conciliar demandas judiciais relacionadas à área da saúde. Este sistema integra diversas etapas do processo de solução de conflitos, buscando promover a autocomposição e reduzir a judicialização, com foco na eficiência, celeridade e no melhor atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (Lopes, 2023).

O Cejusc Saúde opera por meio do agendamento eletrônico de sessões virtuais, reunindo usuários, representantes do poder público (secretarias de saúde), profissionais da saúde, defensores públicos e magistrados mediadores. As ações judiciais são encaminhadas ao sistema, onde são submetidas à triagem inicial para análise do perfil do conflito. Após essa etapa, ocorre o agendamento das sessões de mediação, preferencialmente de forma virtual, facilitando a participação das partes independentemente da localização geográfica (Lopes, 2023).

Durante as sessões, os mediadores conduzem os encontros com foco no diálogo transparente e na busca de acordos que promovam soluções administrativas, evitando o litígio judicial. Caso haja consenso, o acordo é formalizado e homologado pelo juiz, conferindo-lhe força de decisão judicial. Posteriormente, o cumprimento dos termos acordados é monitorado para garantir a efetivação das soluções pactuadas (Lopes, 2023).

Além do atendimento de demandas judiciais, o sistema possibilita que usuários solicitem o fornecimento de medicamentos previstos na Relação Nacional de Medicamentos (Rename) do SUS, principalmente em casos em que o pedido foi negado nas unidades públicas por falta de estoque ou quantidades insuficientes. Para utilizar o Cejusc Saúde, o cidadão deve preencher um formulário eletrônico, incluindo dados pessoais, descrição da demanda, e anexar documentos como receitas médicas e laudos. O ente federado responsável tem o prazo de até 72 horas para responder à solicitação (Lopes, 2023).

O Cejusc Saúde apresenta diversas vantagens, tais como (Lopes, 2023):

- Redução da judicialização: ao resolver demandas de saúde por meio da mediação, o sistema diminui o volume de processos judiciais e os longos trâmites processuais.
- Acesso facilitado: a realização de sessões virtuais amplia a acessibilidade para usuários de diferentes regiões, eliminando a necessidade de deslocamentos físicos.
- Fortalecimento do diálogo interinstitucional: o sistema promove a cooperação entre secretarias de saúde, Defensoria Pública, Ministério Público e Poder Judiciário, resultando em soluções integradas.
- Agilidade processual: a mediação acelerada otimiza o tempo para a resolução das demandas, beneficiando tanto os usuários quanto a administração pública.

- Segurança jurídica: os acordos homologados possuem validade legal e são passíveis de execução, assegurando proteção às partes envolvidas.

Conforme dados obtidos perante o Cejusc Saúde, o número de pedidos recebidos e de respostas positivas nos anos de 2023 e 2024 foram os seguintes:

Tabela 17 - Casos recebidos pelo Cejusc Saúde do TJSP nos anos de 2023-24			
Indicador	2023	2024	Variação
Pedidos Recebidos	543	430	-20,8%
Respostas Positivas	324	218	-32,7%
Taxa de Sucesso	60%	51%	-9 p.p.

Fonte: São Paulo, 2025

Apesar dos benefícios, o Cejusc Saúde apresenta algumas limitações (Lopes, 2023):

- Dependência tecnológica: a infraestrutura digital e a conectividade são pré-requisitos para o uso eficaz do sistema, o que pode restringir o acesso para populações em regiões com baixa cobertura de internet.
- Necessidade de capacitação: mediadores e profissionais envolvidos precisam de treinamento específico para conduzir sessões virtuais e interpretar casos complexos da área da saúde.
- Complexidade das demandas: situações que envolvem tratamentos muito específicos, urgentes ou controversos podem não ser totalmente solucionadas via mediação.
- Resistência cultural: parte dos usuários e operadores do direito podem apresentar resistência ao método consensual, preferindo a via judicial tradicional.

O Cejusc Saúde conta com a adesão de diversos municípios do estado de São Paulo, abrangendo desde grandes centros urbanos até cidades menores, entre as quais destacam-se Americana, Amparo, Araçatuba, Bragança Paulista, Campinas, Mauá, Sorocaba, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São José dos Campos, Taubaté, entre outras. A ampla participação municipal reforça a

abrangência da iniciativa e sua importância para a gestão integrada das demandas de saúde (Lopes, 2023).

3.3.6 Câmara de Resolução de Litígios de Saúde – CRLS (Estado do Rio de Janeiro)

A Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS), criada no Estado do Rio de Janeiro em 2013, é uma iniciativa voltada para a desjudicialização da saúde, oferecendo uma solução extrajudicial para os conflitos relacionados à prestação de serviços de saúde pública. Essa estratégia busca resolver litígios de saúde sem a necessidade de recorrer ao Judiciário, aliviando a sobrecarga judicial e promovendo uma resolução mais rápida e eficiente das demandas. A seguir, um panorama abrangente sobre a criação, funcionamento, benefícios, críticas e taxas de sucesso da CRLS.

No Estado do Rio de Janeiro, entre 2007 e 2014, o número de processos judiciais na área de saúde aumentou de 12.208 para 29.970, gerando uma pressão significativa sobre o Judiciário e destacando as limitações do sistema judicial para resolver problemas de saúde de maneira ágil e eficaz (Filpo, 2021).

Diante desse cenário, a CRLS foi criada com a missão de promover uma solução extrajudicial para os conflitos de saúde, buscando resolver os problemas antes que se transformem em processos judiciais. A CRLS foi estabelecida por meio de um convênio formalizado entre a Procuradoria-Geral do Estado do Rio de Janeiro (PGE-RJ), a Defensoria Pública, a Secretaria Estadual de Saúde (SES-RJ) e outros órgãos governamentais. O principal objetivo da CRLS é evitar a judicialização excessiva das demandas de saúde, oferecendo um caminho alternativo para resolução de conflitos de maneira mais rápida e eficiente (Freire, 2023).

O funcionamento da CRLS é estruturado em um modelo de mediação e conciliação entre os diferentes atores envolvidos, como a Defensoria Pública, as Secretarias de Saúde, a PGE-RJ, e o Judiciário. O processo inicia com a triagem das demandas pelas Defensorias Públicas, que avaliam as necessidades dos cidadãos e encaminham os casos para análise das Secretarias de Saúde. Se a demanda for viável, o pedido é atendido diretamente pela administração pública, evitando a judicialização.

Além disso, a CRLS adota um modelo multidisciplinar, com a participação de profissionais de diversas áreas, como advogados, gestores de saúde, médicos e assistentes sociais, garantindo uma análise mais integrada e qualificada das

demandas. Essa equipe trabalha em conjunto para avaliar se as demandas devem ser atendidas administrativamente ou se, em último caso, o caso deve ser encaminhado para o Judiciário (Freire, 2023).

Um dos instrumentos fundamentais da CRLS para agilizar a resolução dos litígios é a Central de Atendimento de Demandas Jurídicas (CADJ). Criada para centralizar o processamento das intimações judiciais e facilitar o atendimento das demandas, a CADJ contribui para que o processo de resolução seja mais eficiente. O Núcleo de Assessoria Técnica (NAT) também desempenha um papel importante ao fornecer pareceres técnicos sobre as demandas de saúde, o que assegura que as decisões sejam baseadas em informações científicas e de saúde pública (Freire, 2023).

A desjudicialização das demandas de saúde promovida pela CRLS trouxe uma série de benefícios, tanto para o sistema de saúde pública quanto para os cidadãos. Os principais benefícios incluem:

- Redução da judicialização: A CRLS tem sido eficaz na diminuição do número de processos judiciais relacionados à saúde. Como ressaltado por Filpo (2021), a criação da CRLS ajudou a resolver muitas demandas antes que se transformassem em litígios judiciais, aliviando a carga do Judiciário e permitindo que questões de saúde sejam resolvidas de maneira mais rápida.
- Celeridade na resolução das demandas: A resolução extrajudicial tem sido mais rápida do que os processos judiciais tradicionais. A agilidade no atendimento das demandas, especialmente em casos de urgência, tem sido um dos pontos fortes da CRLS, garantindo que os pacientes recebam os cuidados necessários em tempo hábil (Freire, 2023).
- Eficiência econômica: A resolução administrativa das questões de saúde evita o custo de processos judiciais prolongados, o que gera economia de recursos públicos. Como Filpo (2021) aponta, a redução de litígios judiciais também diminui os gastos com honorários advocatícios e a necessidade de cumprir decisões judiciais, como o pagamento de multas por descumprimento.
- Integração entre órgãos públicos: A CRLS promove a coordenação entre as diferentes instituições governamentais, como as Secretarias de Saúde, a Defensoria Pública e a PGE-RJ. Isso cria uma rede de apoio que facilita a

gestão das demandas de saúde e assegura uma resposta mais eficaz e integrada (Freire, 2023).

Apesar de seus benefícios, a CRLS enfrenta críticas relacionadas a aspectos institucionais e à falta de uma abordagem mais centrada no usuário, especialmente os mais vulneráveis:

- Falta de perspectiva dos usuários mais vulneráveis: Um dos pontos críticos apontados é que a CRLS tende a priorizar soluções administrativas com foco nas necessidades institucionais, sem dar voz ativa ao usuário, especialmente os cidadãos em situação de vulnerabilidade social e econômica. Isso pode resultar em soluções que não atendem totalmente às necessidades dos pacientes, particularmente os mais pobres (Freire, 2023).
- Abordagem institucionalista: A falta de foco no paciente e a ênfase nas soluções institucionais foram citadas como desafios no modelo da CRLS. O foco nas soluções administrativas nem sempre considera de maneira adequada as particularidades de cada caso, especialmente em situações que exigem um tratamento mais individualizado (Freire, 2023).
- Falta de transparência e prazos claros: A transparência sobre o andamento das demandas e os prazos de resolução são aspectos que ainda necessitam de aprimoramento. A ausência de prazos rígidos para as decisões pode criar incertezas para os usuários, que ficam sem saber o tempo necessário para que suas demandas sejam atendidas (Filpo, 2021).

Em termos de taxa de sucesso, a CRLS tem demonstrado uma resolução significativa de litígios de saúde de forma extrajudicial, mas os números exatos podem variar. Segundo Filpo (2021), a taxa de sucesso da CRLS na resolução extrajudicial de demandas no Estado do Rio de Janeiro é de aproximadamente 40% a 50%. Isso significa que uma boa parte das demandas, principalmente as relacionadas a medicamentos e exames, são resolvidas sem a necessidade de recorrer ao Judiciário.

Um estudo específico realizado em Campos dos Goytacazes (RJ), nos anos de 2018 e 2019, revelou que, em 2018, a CRLS recebeu um total de 1.771 solicitações, das quais 70% foram resolvidas ou parcialmente resolvidas, correspondendo a 1.247 casos atendidos administrativamente. Apenas 30%, ou seja, 524 demandas, não foram solucionadas no âmbito da CRLS, necessitando eventualmente de outras formas de encaminhamento. Em 2019, observou-se um aumento no volume total de solicitações, que chegou a 1.899. Destas, 62% (equivalente a 1.164 casos) foram

resolvidas ou parcialmente resolvidas, enquanto 38%, correspondentes a 735 solicitações, permaneceram sem solução no âmbito da CRLS. Apesar da redução percentual de casos resolvidos em 2019, o número absoluto de demandas solucionadas manteve-se expressivo, evidenciando a capacidade da CRLS de atender a grande parte das demandas e evitar o encaminhamento judicial em uma parcela significativa dos casos (Arêas; Hasenclever; Ahmed, 2020).

Conclui-se, portanto, que a CRLS tem sido uma solução inovadora para a desjudicialização da saúde no Estado do Rio de Janeiro, permitindo que um número considerável de demandas seja resolvido extrajudicialmente, sem sobrecarregar o Judiciário. A CRLS promove agilidade, eficiência e economia de recursos, além de facilitar a integração entre os diferentes órgãos públicos. No entanto, a falta de uma escuta ativa dos usuários, especialmente os mais vulneráveis, e a falta de transparência nos prazos de resolução ainda são desafios importantes para o aperfeiçoamento dessa iniciativa. A taxa de sucesso da CRLS, em torno de 40% a 50%, demonstra sua eficácia, mas também indica que há espaço para melhoria na expansão de sua atuação e na abordagem das necessidades de saúde mais complexas.

3.3.7 Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde - Cirads (Estado do Rio Grande do Norte)

O Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde (Cirads) do Rio Grande do Norte foi implantado em 22 de julho de 2009 por meio de um Acordo de Cooperação Técnica com a participação da Procuradoria da União (PU-RN), Defensoria Pública da União (DPU-RN), Procuradoria-Geral do Estado (PGE-RN), Procuradoria-Geral do Município de Natal (PGMN-RN), Secretaria de Estado da Saúde Pública (Sesap-RN) e Secretaria Municipal de Saúde de Natal (SMS-Natal), além do apoio técnico do Ministério da Saúde (Rachid, 2014). Em 26 de julho de 2010, um Termo Aditivo incluiu a Defensoria Pública do Estado (DPE-RN) na composição do Comitê (Moretti, 2014).

Trata-se da primeira iniciativa no estado voltada à solução extrajudicial de litígios relacionados à assistência à saúde, promovendo respostas administrativas consensuais entre a Administração Pública e cidadãos para problemas vinculados ao SUS. Seu objetivo é reduzir custos com judicialização, garantir o respeito às políticas públicas de saúde e conciliar os princípios da integralidade e universalidade do

sistema, contribuindo para o aperfeiçoamento dos serviços (Queiroz e Silva, 2011). Além disso, busca desafogar o Judiciário de demandas recorrentes, como pedidos de medicamentos ou tratamentos não ofertados pela rede pública (Queiroz e Silva, 2011; Eufrásio, 2014).

A celebração do acordo baseia-se em seis fundamentos: (i) direito à saúde como garantia fundamental; (ii) dever estatal de prover condições para seu exercício; (iii) vínculo entre saúde e dignidade humana; (iv) necessidade de espaços de consenso e soluções compartilhadas; (v) valorização das políticas públicas do SUS; e (vi) interesse público na prestação eficiente de serviços de saúde (Moretti, 2014).

O Comitê opera como um modelo de administração consensual, utilizando instrumentos administrativos para mediar conflitos entre a gestão pública e usuários hipossuficientes. Sua atuação inclui a análise prévia de demandas encaminhadas pela Defensoria Pública ou Defensoria do Estado, com elaboração de pareceres técnicos pela Procuradoria da União (Macêdo, 2013). O processo inicia com a verificação de falhas na prestação de serviços ou prescrições médicas fora do escopo do SUS. Caso identificada viabilidade de solução administrativa, o caso é submetido eletronicamente aos membros do Cirads para deliberação em reuniões quinzenais. Quando possível, a Secretaria de Saúde providencia o atendimento imediato (Eufrásio, 2014).

A agilidade do trâmite eletrônico permite que acordos sejam formalizados antes mesmo das reuniões, otimizando tempo e recursos. Em situações de tratamentos alternativos disponíveis no SUS, a Defensoria solicita ao médico prescritor a substituição do procedimento, cabendo ao Comitê validar a proposta (Moretti, 2014). As decisões são respaldadas por equipes técnicas multidisciplinares, com representantes de todas as instituições parceiras (Queiroz, 2013).

Além de mediar conflitos, o Cirads atua na formulação de propostas de melhorias para o SUS, como o projeto "Classe Hospitalar", que implementou salas de aula em hospitais para crianças em tratamento de câncer, associando saúde e educação (Queiroz, 2013; Moretti, 2014). Essas iniciativas refletem a cultura de diálogo incentivada pelo Comitê, descrita por seu primeiro coordenador como um "ambiente democrático" que estimula soluções coletivas para problemas estruturais (Moretti, 2014).

Apesar do êxito – como a redução de 50% nos litígios judiciais em seu primeiro ano (Eufrásio, 2014) –, críticas apontam a ausência do paciente nas deliberações, o

que pode retardar a resolução de casos dependentes de documentação médica (Eufrásio, 2014). Quanto à legalidade, o Cirads fundamenta-se sobretudo nos princípios constitucionais da celeridade e eficiência (artigo 5º, LXXVIII, e artigo 37, ambos da Constituição da República de 1988), consolidando-se como uma prática inovadora de gestão pública (Rachid, 2017).

Reconhecido nacionalmente, o Comitê recebeu menção honrosa no Prêmio Inovare (2010) e foi destacado pelo ex-ministro da Saúde José Gomes Temporão como "modelo a ser seguido". Desde então, um grupo de trabalho foi criado para expandir a experiência a outros estados (Moretti, 2014).

Em síntese, o Cirads-RN representa um avanço na conciliação entre eficiência administrativa e garantia de direitos, oferecendo respostas ágeis e alinhadas às políticas do SUS, com impacto significativo na qualidade do atendimento à população (Rachid, 2014).

3.3.8 SUS Mediado (Rio Grande do Norte e Rondônia)

O SUS Mediado, um programa implementado em estados como Rio Grande do Norte e Rondônia, tem como principal objetivo a redução da judicialização da saúde, promovendo uma parceria e cooperação entre os órgãos envolvidos nas demandas de saúde. O programa visa garantir que apenas as demandas que não possam ser resolvidas administrativamente sejam encaminhadas para o Judiciário (Alves, 2019; Figueiredo, 2019). O processo de mediação começa com a triagem, realizada por uma equipe multidisciplinar, que analisa a adequação do laudo médico e do pedido de tratamento. Quando o pedido é considerado viável, a equipe técnica das secretarias de saúde é acionada para garantir a concessão do pedido, seja por meio da entrega de medicamentos ou do agendamento de procedimentos.

No entanto, caso o pedido não seja contemplado pelas políticas de saúde do SUS, a equipe técnica sugere programas alternativos de tratamento, proporcionando uma resolução administrativa antes da judicialização do caso (Alves, 2019; Figueiredo, 2019; Ringeisen, 2016; Zanelatto, 2020). Esse modelo de cooperação interinstitucional visa garantir a efetividade das políticas públicas de saúde, promovendo um diálogo contínuo entre a Defensoria Pública, as Secretarias de Saúde e outros órgãos responsáveis, com foco em soluções que atendam às necessidades de saúde da população de forma eficiente (Cabral, 2014).

Uma característica importante do SUS Mediado é que o acordo firmado nas sessões de mediação possui força de título executivo extrajudicial. Isso significa que, se o acordo não for cumprido pelo ente público, o paciente pode propor uma ação executiva, o que torna o processo mais célere, já que não é necessário discutir o mérito da demanda (Figueiredo, 2019). Isso confere agilidade e segurança jurídica tanto para os pacientes quanto para os gestores públicos, tornando o processo de resolução de litígios mais eficiente.

O programa apresenta diversas vantagens (Figueiredo, 2019):

- Redução de custos com a judicialização: A mediação extrajudicial permite que muitas demandas de saúde sejam resolvidas sem a necessidade de recorrer ao sistema judiciário, diminuindo o custo e o tempo de processo para o Estado e para os cidadãos.
- Agilidade na resolução: A resolução administrativa das demandas por meio da mediação acelera o atendimento, evitando longas esperas que são comuns no sistema judicial.
- Efetividade nas políticas públicas: O SUS Mediado favorece a cooperação interinstitucional e o intercâmbio de informações, o que contribui para a efetividade das políticas públicas de saúde e para o fortalecimento da gestão pública.
- Evita a prescrição indiscriminada: Ao analisar a adequação dos pedidos, a mediação ajuda a evitar prescrições indevidas de medicamentos e tratamentos, priorizando a justiça distributiva na alocação dos recursos da saúde pública

Apesar dos sucessos, o programa também enfrenta algumas críticas:

- Limitação do escopo de aplicação: Embora o SUS Mediado tenha sido eficaz em muitos casos, nem todas as demandas complexas podem ser tratadas exclusivamente por mediação. Casos de tratamentos de alta complexidade ou procedimentos que não se enquadram nas diretrizes do SUS podem não ser resolvidos administrativamente, gerando a necessidade de judicialização.
- Participação limitada dos usuários: Em algumas situações, a participação dos usuários no processo de mediação é vista como limitada. A falta de envolvimento ativo dos pacientes, especialmente em situações críticas de

saúde, pode resultar em soluções que não atendem totalmente às suas necessidades ou expectativas.

A taxa de sucesso do SUS Mediado varia conforme a implementação local.

Em 2018, o SUS Mediado no Rio Grande do Norte apresentou uma taxa de resolução administrativa de 48,8%. Em 2019, esse índice subiu para 55,8%, indicando um aumento na efetividade do programa ao longo do tempo (Zanelatto, 2020).

Dados mais atualizados, com enfoque especificamente na cidade de Natal-RN, indicam que, no ano de 2022, o SUS Mediado conseguiu evitar o ajuizamento de 604 demandas, o que representou cerca de 15% das demandas passíveis de mediação no estado. Este índice reflete o impacto positivo da mediação extrajudicial na redução da judicialização da saúde, uma vez que os casos foram resolvidos sem a necessidade de recorrer ao sistema judicial. Entre as tentativas de mediação realizadas, o programa obteve um sucesso de 68% em Natal-RN (Bakker, 2023).

Em Rondônia, o programa teve um marco impressionante em 2016, alcançando 90% de resolutividade, o que se tornou um exemplo nacional de como a mediação pode ser eficaz na saúde pública (Alves, 2019).

Esses números indicam que o SUS Mediado tem sido um instrumento eficiente para a redução da judicialização e para resolver questões de saúde de forma mais célere, quando comparado aos processos judiciais tradicionais. No entanto, como mencionado, o sucesso do programa depende da adesão local, da capacidade das equipes envolvidas e da cooperação entre as partes.

3.3.9 Câmara de Mediação em Direito da Saúde – Cameds (Imperatriz, Maranhão)

A Câmara de Mediação em Direito da Saúde (Cameds) de Imperatriz-MA foi criada em 2017 como resposta ao alto volume de judicialização de demandas relacionadas à saúde na região. Seu objetivo principal é oferecer uma solução ágil e consensual para conflitos envolvendo o direito à saúde, especialmente entre usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e gestores públicos (Costa, 2021).

A estrutura da Cameds inclui mediadores capacitados em técnicas de mediação e direito da saúde, além de uma equipe multidisciplinar com assistentes sociais, psicólogos e advogados. O processo inicia-se com a recepção da demanda, seguida de triagem para avaliar a viabilidade da mediação. Nas sessões, prioriza-se a comunicação não violenta e a busca por soluções mutuamente aceitáveis, culminando na formalização de acordos com cláusulas obrigatórias. A Cameds atua

tanto em conflitos individuais, como acesso a medicamentos e tratamentos, quanto coletivos, como problemas estruturais em unidades de saúde, expandindo sua competência inicialmente restrita à Justiça Federal para abranger questões municipais e estaduais após ajustes legais (Costa, 2021).

Os impactos positivos da Cameds são consideráveis. Entre 2017 e 2020, houve uma redução progressiva no volume de demandas judiciais na região, atribuída à eficácia da mediação. Em 2017, 72% das demandas foram resolvidas por meio da Cameds, percentual que, embora tenha caído para 58% em 2020 (influenciado pela pandemia e cortes orçamentários), ainda reflete uma resolutividade significativa. Entre as vantagens destacam-se a celeridade (resolução média em 30 dias, contra anos no Judiciário), o custo reduzido (menos gastos com processos) e o empoderamento das partes, que participam ativamente da construção da solução. Além disso, a mediação preserva relações ao evitar o confronto adversarial, contribuindo para melhorar o acesso a medicamentos e tratamentos essenciais para populações vulneráveis e reduzir o estresse emocional de usuários e profissionais de saúde (Costa, 2021).

Apesar dos avanços, a Cameds enfrenta críticas e desafios. Um dos principais obstáculos é a falta de divulgação, que limita o conhecimento da população sobre o serviço. Há também resistência de gestores públicos, que, em alguns casos, preferem judicializar conflitos para evitar responsabilização direta. Recursos operacionais insuficientes, como equipe reduzida, geram atrasos em períodos de alta demanda. Juridicamente, a limitação inicial de competência à Justiça Federal causou confusão, e a dificuldade em executar acordos descumpridos (que exigem retorno ao Judiciário) diminui a eficácia prática. Esses fatores revelam a necessidade de ajustes estruturais e legais para consolidar a mediação como alternativa robusta (Costa, 2021).

Quanto às taxas de sucesso, os dados mostram que 85% dos acordos mediados foram cumpridos integralmente pelos gestores públicos. Casos de descumprimento geralmente estão ligados à falta de verba ou entraves burocráticos. A queda na resolutividade ao longo dos anos (de 72% em 2017 para 58% em 2020) sinaliza a importância de fortalecer a estrutura da Cameds, especialmente em contextos de crise, como a pandemia (Costa, 2021).

Em conclusão, a Cameds surge como um instrumento promissor para equilibrar a garantia de direitos sociais e a gestão pública no SUS. Sua capacidade de reduzir a judicialização, aliada a vantagens como rapidez e custo acessível, reforça sua relevância. Contudo, para ampliar seu impacto, são necessárias medidas como

maior divulgação, capacitação de gestores públicos e reforço na estrutura operacional. A mediação, apesar das limitações, aponta caminhos para uma administração pública mais dialogada e eficiente, capaz de transformar conflitos em oportunidades de melhoria coletiva.

3.3.10 Projeto Soluções Extrajudiciais Resolutivas – SER Saúde (Rio Grande do Sul)

Lançado em fevereiro de 2020, o Projeto Soluções Extrajudiciais Resolutivas (SER) Saúde busca reduzir a judicialização na área da saúde por meio de atendimentos extrajudiciais, priorizando soluções administrativas antes do acionamento do Judiciário (Rio Grande do Sul, 2020; Cremers, 2020; Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul, 2020).

A iniciativa inspira-se em experiências-piloto anteriores da Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul (DPE-RS), como o projeto implementado em Santa Maria a partir de 2017, que demonstrou ser possível resolver administrativamente a maioria das demandas por medicamentos não incluídos nas listas do SUS. Integrado à estrutura da Defensoria, o SER Saúde opera por meio de um fluxo de triagem e resolução caso a caso, sem exigir a criação de novos postos físicos de atendimento. A comunicação direta entre a Defensoria e as Secretarias de Saúde permite que, ao buscar tratamentos não disponíveis na rede pública, o cidadão tenha a judicialização como último recurso, acionada apenas após o esgotamento das alternativas administrativas (Rio Grande do Sul, 2020; Cremers, 2020; Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul, 2020).

O projeto envolve uma cooperação interinstitucional entre órgãos públicos e entidades do setor de saúde no Rio Grande do Sul. A DPE-RS atua como idealizadora e executora, por meio do Núcleo de Defesa da Saúde (Nuds), responsável por analisar pedidos e intermediar contatos com a rede de saúde. A Secretaria Estadual da Saúde (SES-RS) fornece suporte técnico, emite notas sobre medicamentos demandados e indica alternativas terapêuticas disponíveis no SUS. A Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul (Famurs) e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (Cosems-RS) mobilizam prefeituras e secretários municipais para adesão ao projeto, enquanto as prefeituras e secretarias municipais de saúde firmam termos de cooperação locais – como ocorreu em São Francisco de Assis, em 2021, com cessão de recursos humanos para atendimento. Profissionais de saúde, como médicos e farmacêuticos, validam substitutos terapêuticos, contando

com o apoio de entidades de classe, como o Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (Cremers) e o Conselho Regional de Farmácia do Rio Grande do Sul (CRFRS) (Rio Grande do Sul, 2020; Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul, 2023).

O fluxo de atendimento inicia-se quando o usuário busca a Defensoria Pública para solicitar medicamentos ou tratamentos não padronizados no SUS. A Defensoria aciona imediatamente a Secretaria de Saúde competente, solicitando alternativas disponíveis ou possibilidades de fornecimento excepcional. As opções técnicas são repassadas ao paciente, que as discute com o médico assistente. Se a substituição for aprovada, o tratamento é fornecido administrativamente; caso contrário, a negativa técnica fundamentada serve de base para a judicialização. Canais de comunicação permanentes entre Defensoria e Secretarias garantem agilidade e monitoramento contínuo dos casos resolvidos, integrando o fluxo ao atendimento diário em dezenas de comarcas.

Entre as vantagens observadas, destaca-se a redução expressiva da judicialização: em Santa Maria, houve queda de 54% nas ações judiciais por medicamentos entre 2018 e 2019 (Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul, 2020). O projeto também promove economia de recursos públicos, redirecionando verbas antes gastas com custas processuais e medicamentos de alto custo para políticas coletivas. Além disso, fortalece a integração institucional, otimizando a gestão do SUS por meio do diálogo entre Defensoria, Estado e municípios, e dissemina conhecimento técnico sobre alternativas terapêuticas disponíveis, educando profissionais e pacientes (Rio Grande do Sul, 2020).

Os indicadores de desempenho reforçam o impacto positivo: além da redução de 54% nas demandas judiciais por medicamentos em Santa Maria (em 2019), o projeto expandiu-se para municípios como São Francisco de Assis, com perspectivas de replicação em outras regiões (Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul, 2023). Reconhece-se que a judicialização não será totalmente eliminada, mas o SER Saúde consolida-se, no Estado do Rio Grande do Sul, como uma estratégia eficaz para reduzir litígios e otimizar recursos (Rio Grande do Sul, 2020; Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul, 2020).

3.3.11 Camedis (Distrito Federal)

Originalmente instituída em 2013 via Portaria Conjunta SES/DPDF 01/2013, a Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde (Camedis) carecia de regulamentação interna robusta e de uma estrutura permanente de atendimento. Reconhecendo essa necessidade, a Procuradoria-Geral do Distrito Federal (PGDF) incluiu, em seu Plano Estratégico 2020-2025, uma iniciativa específica voltada à reestruturação jurídica da Camedis e implantação dos serviços aos usuários do SUS. Em consonância com esse planejamento, foi firmado em abril de 2022 um Acordo de Cooperação Técnica entre a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), a PGDF e a Defensoria Pública do Distrito Federal (DPDF) para viabilizar a reestruturação e a operacionalização da Camedis. Esse acordo interinstitucional formalizou a participação da PGDF na Camedis ao lado da Secretaria de Saúde e da Defensoria, e definiu diretrizes práticas de funcionamento (Defensoria Pública do Distrito Federal; Procuradoria-Geral Do Distrito Federal; Secretaria De Estado De Saúde do Distrito Federal, 2022).

A nova estrutura, estipulada em 2022, estabeleceu uma equipe técnica fixa para atuar na Camedis, composta por profissionais da Secretaria de Estado de Saúde (SES) — um farmacêutico, um enfermeiro e um médico — e da Defensoria Pública do Distrito Federal (DPDF) — um assessor técnico —, dedicados à análise das demandas de saúde apresentadas pelos assistidos. O acordo definiu, ainda, sede e horários de atendimento regulares: a Camedis passou a funcionar nas dependências da Defensoria Pública, inicialmente às terças e quintas-feiras, das 14h às 18h.

Esses profissionais detêm acesso aos sistemas da secretaria de saúde para verificar a disponibilidade de insumos e tratamentos na rede pública, propondo soluções administrativas de forma preventiva à judicialização. Caso a mediação não logre êxito na resolução da demanda, o cidadão é orientado e a Defensoria Pública pode, então, prosseguir com as medidas judiciais cabíveis, instruindo a petição com a justificativa técnica sobre a inviabilidade da solução extrajudicial. Essa formalização procedimental visa conferir maior eficiência e celeridade ao fluxo de mediação em saúde.

No plano normativo, a mudança mais significativa veio com o já citado Decreto 44.861, de 17 de agosto de 2023. Esse decreto reconhece oficialmente a existência da Camedis no âmbito da PGDF e a define como canal perene de diálogo para

demandas individuais e coletivas de saúde, envolvendo medicamentos e procedimentos médicos. O decreto determina que a Secretaria de Saúde mantenha a Comissão Especial Permanente com profissionais de saúde de diferentes especialidades, responsável por avaliar as solicitações e verificar a possibilidade de atendimento com recursos existentes ou programáveis na rede pública. Outra novidade trazida foi a dispensa de um plano de trabalho formal: o decreto faculta aos membros da comissão elaborarem seus próprios ritos e procedimentos para viabilizar o diálogo, dando flexibilidade operacional. Ademais, prevê-se a edição de um ato normativo interno pela SES-DF para tratar de quaisquer questões operacionais não cobertas pelo decreto ou pelo acordo de cooperação, de forma a garantir a efetividade e alcance dos objetivos da Câmara (Distrito Federal, 2023a e 2023b).

Outras iniciativas institucionais foram empreendidas desde 2021 para apoiar e aprimorar a Camedis, bem como para enfrentar a judicialização da saúde de forma mais ampla no Distrito Federal. Além das alterações estruturais e normativas já mencionadas, destacam-se:

- **Projetos de Inteligência de Dados:** O Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPFDT) desenvolveu o projeto MPDFT Saúde, que resultou na criação de um Painel de *Business Intelligence* (BI) público sobre ações judiciais de saúde. Esse painel interativo, lançado em agosto de 2023, permite visualizar quais serviços e medicamentos têm sido mais judicializados no DF – em especial aqueles não oferecidos ou de difícil acesso no SUS – contribuindo para identificar lacunas na assistência. A iniciativa, fruto da colaboração entre promotorias de saúde, núcleo de ciência de dados e tecnologia de informação do MPDFT, tem por objetivo informar políticas públicas que previnam ou diminuam o litígio na área da saúde. Por ser aberto ao público, o painel também pode ser utilizado pela SES-DF para orientar decisões de gestão, por exemplo, no planejamento de estoque de medicamentos e insumos com base nas demandas mais requeridas judicialmente (Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, 2023);
- **Uso Institucional dos Dados e Fortalecimento da Mediação:** Reconhecendo a importância desse mapeamento de dados, a SES-DF publicou em 23 de agosto de 2023 uma portaria oficializando a utilização das informações fornecidas pelo MPDFT no planejamento de estratégias da pasta. Essas

estratégias incluem reforçar ações extrajudiciais, entre elas a própria Camedis, para evitar novas ações judiciais. Em comunicado oficial, a SES-DF destacou que o Decreto 44.861/2023 – ao instituir a Camedis como canal permanente – faz parte do esforço de propor soluções mais rápidas e reduzir o ajuizamento de ações na saúde, em complemento ao uso dos dados do MPDFT. Ou seja, há uma convergência de iniciativas: de um lado, conhecer o perfil das demandas judiciais e, de outro, fortalecer mecanismos de resolução consensual (Distrito Federal, 2023c);

- **Apoio de Órgãos Nacionais:** No âmbito nacional, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e o Fórum Nacional da Saúde (Fonajus) têm incentivado a criação de espaços de conciliação na saúde e o diálogo interinstitucional. No Distrito Federal, a Camedis se alinha a essas políticas de incentivo. Por exemplo, existem Comitês Executivo de Saúde no âmbito do Judiciário do DF que visam articular soluções para a judicialização (Resoluções CNJ 107/2010 e 238/2016). A Camedis, embora sediada no Executivo (SES-DF), complementa essas iniciativas ao atuar pré-processualmente;
- **Publicações e Relatórios Avaliativos:** No campo acadêmico e de transparência, houve publicações recentes avaliando a Camedis. Em 2021, uma dissertação de mestrado analisou a normatização da Camedis como instrumento de gestão da judicialização, identificando pontos de melhoria como a necessidade de regulamentação formal, depois concretizada em 2023 (Marqueto, 2021). Em 2022, um artigo científico com participação de pesquisadoras da Fiocruz e da SES-DF analisou a atuação da Câmara sob a perspectiva de atores político-institucionais, reforçando as fragilidades e fortalezas já mencionadas – alta efetividade nos casos atendidos versus baixa estrutura e apoio institucional – e recomendando o “redesenho” da iniciativa (Marqueto; Abreu; Ventura, 2022). Essas análises serviram de subsídio para as mudanças implementadas, demonstrando uma saudável interação entre pesquisa, transparência e gestão.

Entre os pontos positivos identificados na atuação da Camedis destacam-se o alto percentual de sucesso nos acordos realizados e a rápida solução administrativa das demandas quando o serviço ou produto requerido está disponível no SUS. Ademais, a Câmara fortaleceu significativamente o diálogo institucional entre Defensoria Pública e Secretaria de Saúde e possibilitou o empoderamento dos

usuários, permitindo-lhes participar ativamente das discussões sobre suas necessidades. Por outro lado, há fragilidades importantes que limitam sua eficiência, como a ausência de uma regulamentação clara e objetiva sobre seu funcionamento, insuficiência de estrutura física, recursos humanos e materiais inadequados, inexistência de monitoramento sistemático dos acordos firmados e a carência de apoio político-institucional suficiente para sua continuidade e ampliação. Além disso, a falta de critérios padronizados na Defensoria Pública também gerou dificuldades operacionais (Marqueto, 2021).

A partir da análise dos processos da Camedis no período de fevereiro de 2013 a junho de 2018, observou-se que 85% dos casos avaliados pela Camedis resultaram em acordo extrajudicial, sendo considerados bem-sucedidos em sua resolução sem necessidade de recorrer ao Poder Judiciário. Nesse período, apenas cerca de 15% das demandas encaminhadas pela Camedis acabaram resultando em ações judiciais, demonstrando alta efetividade da câmara na resolução administrativa de conflitos (Marqueto, 2021).

Dados mais recentes, de 2023, indicam que dos 406 processos encaminhados pela Defensoria Pública do DF a Camedis até novembro daquele ano, 209 estavam relacionados a consultas e exames médicos — áreas onde a Camedis conseguiu dar respostas efetivas, com 29 agendamentos confirmados e 110 casos em fila de espera, demonstrando uma capacidade operacional significativa para organizar e mediar esses atendimentos (Saúde Pública, 2023).

Portanto, a Camedis atualmente representa uma ferramenta consolidada e institucionalizada no Distrito Federal para a resolução extrajudicial de conflitos na área da saúde, com alto potencial para contribuir para a efetivação do direito à saúde, reduzir o volume de demandas judiciais e promover o diálogo entre usuários, gestores e órgãos jurídicos. Para que essa potencialidade seja plenamente alcançada, é necessário o contínuo investimento em recursos humanos, estrutura, regulamentação clara e monitoramento sistemático dos acordos firmados, garantindo assim a transparência, eficácia e sustentabilidade do mecanismo.

3.3.12 Atuação do Núcleo de Apoio Técnico ao Judiciário (NatJus) de Araguaína-TO (2012-2022)

O Núcleo de Apoio Técnico ao Judiciário (NatJus) de Araguaína, no Estado do Tocantins, constitui outra importante estratégia para subsidiar magistrados, membros

do Ministério Público e da Defensoria Pública no julgamento de demandas relacionadas ao Sistema Único de Saúde (SUS). O núcleo funciona como uma interface técnica entre o sistema de justiça e a gestão do SUS, atuando tanto na fase pré-processual quanto na fase processual. Sua equipe técnica qualificada analisa documentos médicos — como prescrições e relatórios — e emite pareceres técnicos fundamentados em evidências científicas e em conformidade com as políticas públicas, conforme previsto na legislação vigente (Lei 8.080/90 com redação da Lei 12.401/11) (Silva; Monteiro, 2023).

O objetivo principal do NatJus é reduzir a judicialização da saúde, promovendo maior segurança jurídica e eficácia na resolução administrativa e judicial dos conflitos em saúde. Para tanto, o núcleo avalia a conformidade dos pedidos com as diretrizes do SUS e com a Medicina Baseada em Evidências (MBE), orientando os operadores do Direito e possibilitando um equilíbrio entre o direito individual e o coletivo (Silva; Monteiro, 2023).

No período compreendido entre 2012 e 2022, o NatJus emitiu um total de 4.253 notas técnicas, sendo 2.443 decorrentes de demandas da Defensoria Pública e 1.810 provenientes do Ministério Público Estadual. Dentre essas demandas, apenas 14,55% evoluíram para processos judiciais, representando 619 casos, enquanto a maioria significativa — 85,45% — foi solucionada administrativamente, demonstrando a alta taxa de resolutividade do núcleo (Silva; Monteiro, 2023).

As demandas mais recorrentes envolveram consultas médicas, cirurgias, medicamentos e exames. A resolutividade foi particularmente elevada em pedidos de consultas, alcançando cerca de 90%, enquanto nos casos relacionados a medicamentos a taxa foi de aproximadamente 77%. Esta menor resolutividade nos pedidos de medicamentos pode estar associada à não incorporação de determinados fármacos pelo SUS ou à dificuldade na regularização de seus estoques (Silva; Monteiro, 2023).

Dessa forma, o NatJus de Araguaína-TO exemplifica uma resposta positiva e eficaz para o fenômeno da judicialização da saúde, sinalizando a importância de sua ampliação e fortalecimento em outras localidades como instrumento relevante para a construção de soluções extrajudiciais e para o aprimoramento da governança no campo da saúde pública.

3.3.13 A Experiência de Lages (SC) por meio do Diálogo Institucional

A experiência do Município de Lages, em Santa Catarina, é outro exemplo de modelo inovador de gestão da judicialização da saúde pautado na promoção do diálogo institucional e na atuação extrajudicial. Originada a partir da formalização de um Termo de Cooperação Técnica celebrado em 2008 entre o Consórcio Intermunicipal de Saúde e o Poder Judiciário local, essa iniciativa culminou na criação do Núcleo de Conciliação de Medicamentos em 2012. O núcleo tem como objetivo central a triagem e resolução administrativa das demandas relacionadas à saúde antes que estas se convertam em litígios judiciais, buscando a racionalização dos recursos públicos e a efetivação do direito à saúde (Asensi; Pinheiro, 2016).

O fluxo operacional da experiência de Lages compreende a análise preliminar das demandas recebidas, seguida pela aplicação de protocolos padronizados para a concessão e fornecimento de medicamentos, e pela articulação contínua entre o Judiciário, gestores da saúde, Defensoria Pública e demais atores envolvidos. Tal estrutura colaborativa visa garantir soluções administrativas por meio de mediações e acordos extrajudiciais, minimizando o ingresso de processos judiciais (Asensi; Pinheiro, 2016).

A atuação do núcleo é respaldada por normativas municipais e estaduais que oficializam o consórcio intermunicipal e o núcleo de conciliação, além de protocolos internos que padronizam critérios para o tratamento das demandas e seu encaminhamento adequado. O modelo é alinhado às diretrizes do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), sobretudo quanto ao incentivo às soluções consensuais na judicialização da saúde (Asensi; Pinheiro, 2016).

Entre os aspectos positivos do modelo, destacam-se o fortalecimento do diálogo interinstitucional, o incentivo à cooperação entre o Poder Judiciário, Executivo e a sociedade civil, e a capacitação mútua de juízes, gestores e profissionais da saúde. A atuação preventiva e proativa do núcleo, com foco na antecipação e prevenção de conflitos, proporciona um atendimento mais humano, ágil e efetivo aos usuários do SUS (Asensi; Pinheiro, 2016).

Entretanto, a experiência não está isenta de desafios. Inicialmente, houve resistência política e institucional, sobretudo por parte do executivo municipal, que, ao longo do tempo, foi superada mediante o estabelecimento de parcerias sólidas. Ademais, a complexidade da coordenação entre múltiplos níveis de governo e

instituições impõe desafios burocráticos e operacionais. Reconhece-se ainda que determinadas demandas complexas continuam demandando o encaminhamento judicial, ressaltando a importância da continuidade do comprometimento político-institucional para a sustentabilidade da experiência (Asensi; Pinheiro, 2016).

Embora o estudo não apresente indicadores quantitativos detalhados acerca da taxa de sucesso, evidências qualitativas obtidas por meio de entrevistas com atores locais apontam para uma redução expressiva da judicialização na saúde e para uma elevada taxa de resolutividade administrativa, demonstrando a eficácia do modelo implantado em Lages (Asensi; Pinheiro, 2016).

3.3.14 ACESSA SUS (Estado de São Paulo)

O ACESSA SUS do Estado de São Paulo (SP) destaca-se no contexto das respostas à judicialização da saúde como uma estratégia pré-processual voltada para a triagem e resolução administrativa das demandas relacionadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de evitar o ajuizamento de ações judiciais. Essa iniciativa resulta de um convênio interinstitucional firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), a Procuradoria-Geral do Estado (PGE-SP), o Ministério Público Estadual (MP-SP), a Defensoria Pública Estadual (DPE-SP) e o Tribunal de Justiça de São Paulo (TJ-SP). A operacionalização do ACESSA SUS conta com uma equipe técnica alocada no Ambulatório Médico de Especialidades Maria Zélia, localizado no bairro do Belenzinho, São Paulo, que atua diretamente na triagem dos pacientes e busca solucionar as demandas administrativamente (Vasconcelos, 2021).

A gestão e o custeio do ACESSA SUS são de responsabilidade da SES-SP, que coordena a execução do serviço, garantindo a integração entre os diversos órgãos envolvidos e a efetividade do fluxo de atendimento. A equipe técnica desempenha papel fundamental na análise das requisições, promovendo a resolução de conflitos antes que se convertam em litígios judiciais, o que contribui para a racionalização dos processos e para a diminuição da pressão sobre o Judiciário (Vasconcelos, 2021).

No que tange à judicialização da saúde, o ACESSA SUS funciona como um importante mecanismo administrativo que fortalece a via administrativa, atuando como filtro e canal de resolução para as demandas de saúde. Essa estratégia evidencia a potencialidade das parcerias institucionais e da gestão coordenada para mitigar o

aumento das demandas judiciais no setor, promovendo uma resposta mais célere e técnica às necessidades dos usuários do SUS (Vasconcelos, 2021).

Além disso, o ACESSA SUS SP integra um conjunto de iniciativas pré-processuais que se destacam pela colaboração interinstitucional. Segundo o estudo analisado, essa iniciativa, apresenta elevado grau de cooperação entre órgãos públicos: em média 3,8 organizações por iniciativa, refletindo um avanço significativo na gestão integrada da judicialização da saúde (Vasconcelos, 2021).

O grau de colaboração do ACESSA SUS foi classificado como intermediário, caracterizado pela formalização de acordos, compartilhamento de informações e coordenação entre a SES-SP, PGE-SP, DPE-SP, MP-SP e TJ-SP, assumindo a principal responsabilidade operacional do serviço. Essa configuração indica que, apesar do envolvimento de múltiplos atores, a gestão centralizada pela SES-SP é fundamental para a efetividade do ACESSA SUS como ferramenta administrativa de controle e redução da judicialização (Vasconcelos, 2021).

Dados recentes revelam um desempenho significativo: em 2023, foram registradas 3.777 solicitações, com apenas 2,59% de conversão em judicialização e um índice de deferimento administrativo de 48,21%. No primeiro trimestre de 2024, o volume subiu para 4.201 solicitações, mas as judicializações caíram para 62 casos (taxa de 1,48%), com a resolutividade administrativa subindo para 56,08%. A comparação evidencia uma redução notável de 42,86% na taxa de judicialização (Cosems-SP, 2024).

3.3.15 Núcleo de Apoio Técnico (NAT) de Joinville-SC

O Núcleo de Apoio Técnico (NAT) de Joinville, instituído pelo Decreto Municipal 30.043/2017, representa uma estratégia consolidada para prevenir e resolver administrativamente litígios relacionados à saúde pública, oferecendo suporte técnico-jurídico ao Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública e advogados atuantes em demandas do SUS. A atuação do NAT envolve análise técnica das solicitações, emissão de pareceres fundamentados com base nos protocolos do SUS e evidências científicas, além da promoção da conciliação e mediação para solução consensual de conflitos antes da judicialização. O fluxo operacional contempla o recebimento eletrônico dos pedidos, avaliação técnica, sessões de conciliação e encaminhamento para o Judiciário apenas quando não há acordo administrativo (Joinville, 2017).

Desde a sua criação, o NAT tem obtido resultados positivos na redução da judicialização da saúde em Joinville. Dados oficiais indicam que, em 2021, o município alcançou uma redução de 36,3% nos valores empenhados para cumprimento de decisões judiciais na área da saúde, gerando uma economia aproximada de R\$ 600 mil ao erário público (Prefeitura Municipal de Joinville, 2022). Além disso, o programa foi reconhecido nacionalmente ao receber premiação como a melhor experiência de gestão da judicialização da saúde em Santa Catarina, durante o XXXVI Congresso Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Prefeitura Municipal de Joinville, 2022).

O NAT também integra o Programa de Gestão Regionalizada da Judicialização da Saúde (Progrejus), instituído em 2020, que abrange Joinville e municípios vizinhos na região Nordeste de Santa Catarina, ampliando a gestão conjunta da judicialização para uma população estimada em cerca de 750 mil habitantes (Prefeitura Municipal de Joinville, 2022). Tal regionalização fortalece a articulação interinstitucional, aperfeiçoa os fluxos e potencializa a redução de demandas judiciais no sistema público de saúde.

A regulamentação do NAT, por meio do Decreto 30.043/2017, formaliza os procedimentos para a prevenção e resolução administrativa dos litígios, alinhando-se às diretrizes do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) para a atuação desses núcleos no Brasil (Joinville, 2017). O sucesso do NAT está relacionado à sua capacidade de oferecer pareceres técnicos consistentes, promover diálogo entre os atores envolvidos e possibilitar soluções rápidas e adequadas às demandas dos usuários do SUS.

3.4 Perspectivas internacionais

3.4.1 Portugal

A experiência portuguesa com mediação de conflitos na saúde destaca-se pela implantação e consolidação de mecanismos que buscam resolver de forma consensual e extrajudicial as demandas relacionadas a direitos de saúde, promovendo a redução da judicialização. A mediação em Portugal é regulamentada pela Lei 29/2013, de 19 de abril, que estabelece o processo como voluntário, confidencial e conduzido por mediadores imparciais e independentes (Nascimento, 2016).

Entre os principais benefícios observados na experiência portuguesa, destaca-se a capacidade da mediação em oferecer soluções rápidas e econômicas, preservando os relacionamentos entre as partes envolvidas, o que é especialmente importante na área da saúde, onde os conflitos frequentemente envolvem relações interpessoais delicadas entre pacientes, familiares e profissionais de saúde. A mediação contribui para a pacificação e melhora da comunicação, minimizando o desgaste emocional e financeiro que processos judiciais podem acarretar (Nascimento, 2016).

Além disso, a mediação promove a autonomia das partes, permitindo que elas construam acordos que atendam às suas necessidades e expectativas, em um ambiente seguro e colaborativo. O processo tem sido eficaz na prevenção da reincidência de conflitos, funcionando também como ferramenta preventiva (Nascimento, 2016).

Apesar dos avanços, a implementação da mediação na saúde em Portugal enfrenta desafios significativos. Entre eles, a resistência cultural de alguns profissionais da saúde e pacientes ao modelo consensual, a necessidade contínua de formação e certificação de mediadores especializados, e a complexidade dos conflitos que envolvem múltiplas partes com interesses diversos (como pacientes, famílias, hospitais, seguradoras e órgãos públicos) (Nascimento, 2016).

Outro desafio é garantir o acesso universal à mediação, evitando que barreiras socioeconômicas, geográficas ou tecnológicas impeçam a participação dos interessados. A integração efetiva da mediação no sistema de saúde e judiciário requer esforços coordenados e o fortalecimento das políticas públicas, (Nascimento, 2016).

Os conflitos mais frequentemente mediados em Portugal na área da saúde incluem questões relacionadas a tratamentos médicos, diagnósticos, consentimento informado, erros médicos, fornecimento de medicamentos, procedimentos cirúrgicos e relacionamentos interpessoais no ambiente hospitalar. Esses temas refletem a complexidade das relações no setor e a diversidade de interesses e linguagens (técnica, emocional e financeira) que permeiam os conflitos (Nascimento, 2016).

A experiência portuguesa apresenta taxas de sucesso elevadas, com a maioria dos processos de mediação resultando em acordos consensuais satisfatórios para as partes. Embora os números variem conforme a instituição e o contexto, estudos indicam que as mediações na área da saúde em Portugal têm uma taxa de resolução

superior a 80%, o que contribui significativamente para a redução da litigiosidade e para o fortalecimento da confiança entre pacientes, profissionais de saúde e instituições (Nascimento, 2016).

3.4.2 Estados Unidos

Nos Estados Unidos, a mediação consolidou-se como um instrumento prioritário na gestão de conflitos no setor de saúde, abrangendo desde casos de negligência médica até disputas administrativas entre pacientes, provedores e instituições. Sua adoção é respaldada por evidências empíricas que demonstram benefícios multifacetados, os quais transcendem a mera resolução de litígios e impactam positivamente a eficiência do sistema de saúde. Este modelo alternativo de solução de controvérsias tem sido amplamente estudado, destacando-se quatro eixos centrais de impacto: redução de custos, agilidade processual, satisfação das partes e mitigação de externalidades negativas associadas à judicialização.

Um dos pilares mais relevantes reside na eficiência econômica. Estudo publicado por Dimitrov e Miteva-Katrandzhieva (2024) revela que a mediação pode gerar economias de até US\$ 52.000 por caso, contrastando com os custos médios de litígios por negligência médica, que variam entre US\$ 24.000 e US\$ 90.000. Considerando que os gastos totais do sistema judicial de saúde norte-americano ultrapassam US\$ 55 bilhões anuais, a mediação surge como um mecanismo crítico para aliviar essa carga financeira, realocando recursos para investimentos em qualidade assistencial (Dimitrov; Miteva-Katrandzhieva, 2024).

Além da dimensão econômica, a celeridade processual destaca-se como vantagem comparativa. Enquanto disputas mediadas são resolvidas em média entre 1 a 3 dias — com casos concluídos em apenas 2,34 horas —, processos judiciais demandam aproximadamente 14 meses para tramitação inicial e até 45 meses para resolução definitiva. Essa disparidade temporal não apenas reduz a tensão entre as partes, como também minimiza os custos indiretos associados à incerteza jurídica (Dimitrov; Miteva-Katrandzhieva, 2024).

A satisfação das partes, por sua vez, reforça a legitimidade do modelo. Estudos indicam que 90% dos participantes em mediações relatam níveis elevados de satisfação, atribuídos à preservação da relação médico-paciente e à natureza colaborativa do processo. Em contraste, o sistema adversarial dos tribunais tende a aprofundar antagonismos, comprometendo a confiança mútua — elemento

fundamental em contextos de saúde. Essa dinâmica cooperativa não apenas resolve conflitos pontuais, mas contribui para uma cultura institucional orientada à prevenção de disputas (Dimitrov; Miteva-Katrandzhieva, 2024).

Outro impacto sistêmico refere-se à redução da medicina defensiva, fenômeno amplificado pelo temor de litígios. Conforme estudo de Dimitrov e Miteva-Katrandzhieva (2024), 93% dos médicos em especialidades de alto risco admitem adotar práticas que não reputam necessárias para evitar ações judiciais, gerando custos anuais entre US\$ 83 e US\$ 151 bilhões. Ao oferecer um ambiente menos confrontativo, a mediação atenua essa pressão, reduzindo a realização de exames e procedimentos desnecessários, o que beneficia tanto a sustentabilidade financeira do sistema quanto a segurança do paciente (Dimitrov; Miteva-Katrandzhieva, 2024).

A consolidação da mediação deve-se também à estruturação de programas especializados. Organizações como a JAMS desenvolveram protocolos específicos para conflitos em saúde, incluindo disputas entre pagadores e provedores, violações de privacidade, como o descumprimento do *Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)*, e casos de responsabilidade profissional (JAMS, 2025). Paralelamente, o *Department of Health & Human Services (HHS)* oferece mediação para controvérsias administrativas, garantindo confidencialidade e voluntariedade. Essas iniciativas institucionais não apenas ampliam o acesso ao mecanismo, mas também estabelecem padrões de excelência técnica, fortalecendo sua credibilidade (United States, 2025).

Em síntese, a mediação emerge como uma alternativa estratégica à judicialização nos EUA, mitigando ineficiências econômicas, temporais e relacionais inerentes ao sistema tradicional. Seus benefícios transcendem a esfera individual, projetando-se sobre a macroestrutura do sistema de saúde ao reduzir custos sistêmicos, promover práticas médicas éticas e preservar relações terapêuticas. Para que seu potencial seja plenamente realizado, contudo, é essencial integrar a mediação a políticas públicas amplas, garantindo divulgação, capacitação de profissionais e harmonização com marcos regulatórios existentes.

3.5 Vantagens, Limites e Desafios dos MARC na Saúde

3.5.1 Vantagens

A implementação dos Métodos Alternativos de Resolução de Conflitos (MARC) na saúde brasileira demonstra resultados consideráveis em diversas experiências locais. O Cejusc Saúde do Tribunal de Justiça de São Paulo (3.3.5), por exemplo, opera com um protocolo em que o prazo previsto para a reposta das demandas é de 72 horas e possui índice de resolutividade maior que 50%. A Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS) no Rio de Janeiro (3.3.6) alcançou taxa de sucesso de 40% a 50% na resolução extrajudicial, com economia de recursos públicos ao evitar custas processuais e multas por descumprimento.

A celeridade é uma marca desses mecanismos. O SUS Mediado (3.3.8), implementado no Rio Grande do Norte e Rondônia, resolveu 55,8% das demandas administrativamente em 2019, com acordos homologados em semanas, contrastando com a morosidade judicial. Em Imperatriz-MA, a Cameds (3.3.9) registrou resolução média de conflitos em 30 dias, contra anos no Judiciário.

A redução de custos também se destaca. O NAT de Joinville-SC (3.3.15) gerou economia de R\$ 600 mil ao erário em 2021, redirecionando recursos para políticas coletivas. O NatJus de Araguaína-TO (3.3.12) evitou a judicialização em 85,45% dos casos entre 2012 e 2022, emitindo 4.253 pareceres técnicos que subsidiaram decisões alinhadas às políticas do SUS.

A flexibilidade normativa permite soluções adaptadas a contextos locais. O Cirads do Rio Grande do Norte (3.3.7), por exemplo, mediou conflitos com base em evidências científicas e protocolos do SUS, tendo reduzido 50% dos litígios em seu primeiro ano de implantação, enquanto o Projeto SER Saúde (RS) (3.3.10) reduziu em 54% as ações judiciais por medicamentos em Santa Maria-RS (2018-2019), priorizando alternativas terapêuticas disponíveis no sistema público.

A integração interinstitucional é outro pilar. O ACESSA SUS (3.3.14), por exemplo, articulou Secretaria de Saúde, Ministério Público e Defensoria para triagem pré-processual de demandas. Essas iniciativas reforçam a governança colaborativa, essencial para a sustentabilidade do SUS.

Por fim, a confidencialidade e a preservação de relações são críticas em casos sensíveis. A CRLS-RJ (3.2.6) e a Cameds-MA (3.3.9) evitaram a adversarialidade judicial, mantendo o diálogo entre pacientes e gestores, enquanto o NatJus

Nacional (3.3.2) garantiu decisões baseadas em evidências, reduzindo prescrições inadequadas.

3.5.2 *Desafios e Limitações*

Apesar dos avanços, os MARC enfrentam obstáculos estruturais. A resistência cultural à desjudicialização persiste, como observado na Cameds-MA (3.3.9), em que a falta de divulgação limitou o acesso de populações vulneráveis. No Cejusc Saúde do TJSP (3.3.5), a dependência de infraestrutura digital tem o potencial de excluir usuários sem conectividade, reforçando desigualdades.

A fragmentação normativa é outro entrave. Enquanto o Distrito Federal, com a Camedis (3.3.11), e o Rio Grande do Sul, com o Projeto SER Saúde (3.2.10), padronizaram protocolos, estados como o Maranhão, com a Cameds (3.2.9), e o Rio Grande do Norte, com o Cirads, enfrentam lacunas regulatórias, gerando insegurança jurídica. Cumpre mencionar, nesse aspecto, a crítica apontada a CRLS-RJ (3.2.6) pela falta de transparência nos prazos.

A qualificação dos mediadores é um desafio central. O NatJus (3.2.2) exige conhecimentos técnicos em saúde e SUS, mas a carência de capacitação contínua, como relatado na Cameds-MA (3.2.9), compromete a qualidade das mediações. Em Joinville-SC (3.2.15), a complexidade de demandas exigiu treinamento específico para interpretar casos clínicos intrincados.

O desequilíbrio de poder entre partes também limita a eficácia. Na CRLS-RJ (3.2.6), usuários vulneráveis tiveram participação restrita nas deliberações, resultando em soluções mais alinhadas a interesses institucionais. Já o SUS Mediado (3.2.8) enfrentou críticas por participação limitada de pacientes em casos críticos, gerando acordos que não atendiam plenamente suas necessidades.

A falta de mecanismos de fiscalização prejudica a efetividade. Na Cameds-MA (3.3.9), apesar de 85% dos acordos serem cumpridos, 15% não foram executados pelos gestores, exigindo retorno ao Judiciário e evidenciando a necessidade de mecanismos robustos de fiscalização. O NatJus de Araguaína-TO (3.3.12), apesar da alta resolutividade (85,45%), carece de monitoramento sistemático para garantir a execução dos termos acordados.

A complexidade das demandas ainda exige judicialização. Casos envolvendo terapias de alto custo não incorporadas ao SUS, objeto de enunciados do Fonajus (3.3.3), demandam intervenção judicial.

A regulamentação nacional dos MARC em matéria de saúde pública, como proposto no Decreto 44.861/2023 (3.3.11) para a Camedis-DF, e investimentos em capacitação, como no Projeto SER Saúde (3.3.10), são essenciais. A expansão de núcleos técnicos, a exemplo do NatJus (3.3.2), e a adoção de painéis de dados, como na Camedis-DF (3.3.11), podem mitigar assimetrias informacionais e fortalecer a governança em saúde.

4 A CÂMARA DE MEDIAÇÃO EM DIREITO DA SAÚDE DA JUSTIÇA FEDERAL DA 3ª REGIÃO

4.1 Estrutura e componentes principais

A Câmara de Mediação em Direito da Saúde, vinculada à Justiça Federal da 3ª Região (Cameds JF3R) em Guarulhos-SP, especificamente à Central de Conciliação (Cecon) da Justiça Federal em Guarulhos, atua como mecanismo alternativo na resolução de demandas de saúde dos jurisdicionados domiciliados no município de Guarulhos - SP.

Trata-se de um projeto iniciado em Imperatriz-MA¹⁷, ganhador do Prêmio Conciliar é Legal, do Conselho Nacional de Justiça, em 2018, que foi instituído como boa prática conciliatória pela JF3R por decisão do Desembargador Federal Coordenador do Gabinete da Conciliação do Tribunal Regional Federal da 3ª Região, datada de 11 de janeiro de 2022¹⁸. A referida decisão não definiu a estrutura da Cameds JF3R, autorizando apenas a sua continuidade, haja vista os resultados obtidos desde sua implantação como projeto-piloto em 2018 pela Cecon de Guarulhos - SP. Seu papel é mediar conflitos entre usuários do SUS e entes públicos (Município de Guarulhos-SP e União), promovendo acordos administrativos para evitar judicialização.

Seus objetivos principais incluem: (i) Desjudicializar demandas, reduzindo sobrecarga judicial; (ii) Garantir acesso rápido a serviços de saúde; (iii) Fomentar diálogos interinstitucionais entre Judiciário, Defensorias Públicas (DPU e DPE) e Secretarias de Saúde.

Os componentes principais envolvidos em seu funcionamento são:

- Central de Conciliação (Cecon) da Justiça Federal de Guarulhos-SP, o órgão gerenciador da Cameds JF3R. Recebe as solicitações iniciais e atua como ponto central de comunicação.
- Mediadores Treinados e Certificados que atuam na condução dos casos. Esses profissionais são treinados e certificados pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), o que confere credibilidade e padronização à sua atuação.

¹⁷ Sobre a Cameds de Imperatriz-MA, vide item 3.2.9 desta dissertação.

¹⁸ Decisão 8268567/2021 – GABCONCI proferida em 11 de janeiro de 2022 nos autos do Expediente SEI nº 0024100-26.2018.4.03.8000.

- No âmbito da Cecon, a equipe de mediação é constituída por cinco mediadoras, responsáveis pela condução das sessões e facilitação do diálogo entre as partes.
- Poder Público, que representa o lado demandado nas questões de saúde. Inclui:
 - Secretaria de Saúde do Município de Guarulhos, responsável pela oferta de serviços de saúde, órgão que participa da Cameds JF3R por intermédio de um representante e de um farmacêutico.
 - Procuradoria Municipal Especializada, que representa o município de Guarulhos–SP nas demandas judiciais e pré-processuais.

Os solicitantes são as partes ou instituições que buscam a mediação, entre as quais, a Defensoria Pública da União no Estado de São Paulo (DPU-SP), a Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DPE-SP), advogados e as Varas Federais e Estaduais do município de Guarulhos - SP.

A agilidade e a desburocratização são metas intrínsecas à Cameds JF3R, operando majoritariamente de forma eletrônica, sem a necessidade de audiências presenciais, exceto em casos excepcionais.

4.2 Processos e Procedimentos Operacionais

O processo operacional da Cameds JF3R é meticulosamente delineado, seguindo um fluxo que visa a máxima eficiência na resolução de conflitos.

Inicialmente, o solicitante, seja a DPU-SP, DPE-SP, advogados ou as Varas, encaminha um e-mail à Cecon da Justiça Federal, detalhando o histórico dos fatos, o pedido específico e anexando os documentos pertinentes em formato PDF.

Recebida a solicitação, a Cecon a direciona a uma de suas mediadoras, que então resume o caso e o publica em um grupo de WhatsApp. Esse grupo é o ponto nevrálgico da comunicação, pois nele interagem a mediadora e os representantes do Poder Público, incluindo a Secretaria de Saúde do Município, os NATS e a Procuradoria Municipal especializada.

A partir da análise do caso pelo Poder Público, duas vias principais podem ser seguidas: caso o Poder Público confirme a possibilidade de atendimento – seja por meio de agendamento de consultas, exames, cirurgias ou fornecimento de medicamentos –, a mediadora comunica a Cecon, que, por sua vez, informa o solicitante via e-mail, anexando os comprovantes necessários. O processo, então,

aguarda o cumprimento do prometido, sem a exigência de homologação formal de acordo neste estágio. Contudo, em situações de descumprimento, o solicitante tem a prerrogativa de reativar o caso na Cameds JF3R, que será reaberto com o devido questionamento no grupo de WhatsApp, permitindo uma nova interação para assegurar a efetivação da resolução

Alternativamente, se o Poder Público informar a impossibilidade de atender à demanda, deve apresentar uma recusa fundamentada. Nesses casos, a mediadora comunica a Cecon, que então informa o solicitante sobre o insucesso da mediação. Munido das informações e dos fundamentos da recusa, o solicitante pode decidir se formaliza a ação judicial (se o caso era pré-processual) ou se o processo judicial em andamento prossegue.

4.3 Fluxo de Informações e Dados

O fluxo de informações e dados na Cameds JF3R é predominantemente digital, o que confere agilidade e rastreabilidade ao processo. A comunicação inicia-se com o envio de e-mails pelos solicitantes à Cecon, contendo o histórico do caso e os documentos comprobatórios. Internamente, a Cecon distribui essas demandas eletronicamente às mediadoras.

A comunicação crucial entre a mediadora e o Poder Público ocorre por meio de um grupo de WhatsApp, onde são compartilhados resumos dos casos e documentos médicos, e onde as respostas do Poder Público são registradas. Finalmente, as informações sobre o desfecho da mediação – seja a confirmação de atendimento ou a recusa fundamentada – são transmitidas da Cecon de volta ao solicitante via e-mail¹⁹.

Essa dinâmica eletrônica substitui, em grande parte, a necessidade de encontros presenciais, acelerando a tramitação e a tomada de decisões.

4.4 Principais Funções e Responsabilidades

As funções e responsabilidades de cada ator dentro da Cameds JF3R são bem definidas. Os solicitantes são incumbidos de iniciar o processo, fornecer informações completas e documentos comprobatórios, e de decidir os passos subsequentes em

¹⁹ O fluxograma da Cameds JF3R encontra-se no Apêndice 1.

caso de insucesso da mediação ou de acionar a câmara novamente em caso de descumprimento.

A Cecon assume a responsabilidade pela gestão do sistema, recebimento e encaminhamento das solicitações, e pela comunicação final dos resultados aos solicitantes. As mediadoras são as facilitadoras do processo, analisando casos, elaborando resumos, gerenciando a comunicação entre as partes e garantindo que as conciliações abordem os elementos essenciais – "O Quê? Por Quem? Onde? Quando? O Que É Preciso?" – para uma providência de saúde eficaz.

Por fim, o Poder Público tem o papel de analisar rapidamente os casos, responder de forma fundamentada no grupo de WhatsApp, informar sua capacidade de atendimento e, quando pertinente, proceder com agendamentos ou fornecimentos. Em caso de recusa, deve justificá-la de maneira clara e transparente.

4.5 Estudos sobre o Resultado e a Eficácia

4.5.1 Metodologia

Para se analisar a eficácia da Cameds JF3R, foram utilizados registros administrativos secundários, obtidos mediante solicitação formal à Cecon de Guarulhos-SP por meio do e-mail cameds@trf3.jus.br, com fundamento na Lei de Acesso à Informação (Lei 12.527/2011), em especial nos artigos 7º, incisos II e V, que abordam a transparência e o direito de acesso a informações públicas.

Os dados referem-se ao período de 2020 a 2025 (até agosto) e foram segmentados por ano para identificar tendências e variações temporais. Os seguintes aspectos foram analisados:

- Ingressos (Novos Casos): Quantificação do total de novos casos registrados anualmente, conforme listado nos anexos.
- Objeto da Demanda: Classificação e quantificação dos principais tipos de demandas (p. ex., cirurgias, medicamentos, consultas, exames). A categorização apresentada nas tabelas de resultados (Tabelas 18 a 23) reflete a consolidação original do relatório e não foi revalidada a partir dos dados brutos dos anexos.
- Atendimento: Avaliação da "Taxa de Atendimento" por ano. Considerou-se como atendida a demanda com status "Atendida" ou "Parcialmente atendida". As demais classificações (p.ex. "Não atendida", "Prejudicada", "Encerrada

sem atendimento", "Sem resposta") foram computadas como não atendimento.

- Tempo de Tramitação: Cálculo do tempo de tramitação desde o ingresso até a resolução ou arquivamento dos casos. Para este cálculo, foram aplicadas as seguintes regras:
 - O registro "Resposta em até 24 horas" foi convertido para 1 dia.
 - Foram excluídos do cálculo de tempo os registros "Não especificada", "Não especificado", "Referência inválida" e "Referência Inválida".
 - As estatísticas de tempo incluem média e mediana²⁰, por serem medidas complementares em séries com assimetria e presença de valores atípicos (*outliers*²¹).

As análises foram predominantemente descritivas²² e quantitativas, buscando identificar padrões e anomalias nos dados fornecidos.

4.5.2 Limitações

A integridade científica de qualquer investigação acadêmica reside não apenas na robustez de seus achados, mas, primordialmente, na transparência quanto às suas fronteiras metodológicas. Como leciona Lamy (2020), a delimitação da pesquisa é fundamental para circunscrever o alcance das inferências permitidas, evitando generalizações indevidas e estabelecendo o grau de confiabilidade dos dados apresentados. Desta forma, é imperativo reconhecer as restrições que permearam a execução deste estudo, as quais são detalhadas a seguir.

A presente análise fundamentou-se, de maneira estrita, em dados secundários fornecidos pela Cecon de Guarulhos-SP. O pesquisador atuou como analista das informações pré-compiladas, operando sob a premissa de veracidade e integridade dos registros oficiais. Não foi realizado, portanto, qualquer procedimento de auditoria externa ou validação primária *in loco* dos autos ou dos registros brutos.

²⁰ A média é a soma de todos os valores dividida pelo número total de valores, sendo sensível a valores extremos (*outliers*). A mediana é o valor do meio em um conjunto de dados ordenado, sendo menos sensível a *outliers* (Bussab; Morettin, 2010)

²¹ Observação que se distancia significativamente das demais observações em um conjunto de dados, podendo indicar variabilidade, erro de medição ou que o fenômeno observado possui uma distribuição de cauda longa (Rosado, 2006)

²² Estatística Descritiva: Ramo da estatística que se dedica à coleta, organização, resumo e apresentação de dados de forma informativa, utilizando medidas como média, mediana, moda, desvio padrão e frequências (Bussab; Morettin, 2010).

Consequentemente, eventuais inconsistências de preenchimento, erros de taxonomia na origem ou lacunas nos bancos de dados institucionais foram incorporados pela pesquisa, constituindo uma limitação intransponível quanto à verificação independente da acurácia absoluta dos dados de entrada. A confiabilidade dos dados depende, portanto, da qualidade dos procedimentos de coleta e registro adotados pela Cecon de Guarulhos-SP, sobre os quais o pesquisador não exerceu controle metodológico direto.

O recorte espacial do estudo limitou-se à jurisdição do município de Guarulhos-SP, onde a Cameds JF3R opera. Embora este recorte seja necessário para a profundidade da análise de caso, ele impõe severas restrições à validade externa dos resultados. As dinâmicas observadas refletem um ecossistema judiciário específico, influenciado pela estrutura local da Secretaria de Saúde de Guarulhos, pela atuação específica da Procuradoria Seccional da União local e pela cultura de litigância daquela subseção judiciária. Portanto, as conclusões aqui exaradas sobre eficácia e celeridade não são automaticamente generalizáveis para outras subseções judiciárias ou para contextos estaduais distintos, onde as variáveis institucionais e demográficas podem alterar significativamente o desempenho de câmaras de mediação análogas.

Uma limitação central reside na impossibilidade metodológica de realizar uma comparação qualitativa de mérito (análise contrafactual) para a amostra de 245 casos analisados. Embora tenha sido possível aferir a celeridade do rito da Cameds JF3R, o desenho da pesquisa não permite afirmar qual teria sido o desfecho material (concessão ou denegação do fármaco/tratamento) caso a mesma demanda tivesse sido judicializada.

Especificamente:

- Não há análise do mérito das decisões: A pesquisa não avaliou se os acordos firmados na Cameds JF3R (concessão de medicamentos, terapias, equipamentos) foram materialmente adequados ou insuficientes do ponto de vista do direito à saúde.
- Ausência de grupo de controle processual: Não foi possível comparar os 245 casos mediados com um grupo equivalente de casos judicializados, que permitisse avaliar se as soluções consensuais foram mais benéficas ou restritivas ao cidadão do que uma hipotética sentença judicial.

- Impossibilidade de acompanhamento pós-acordo: A pesquisa não rastreou se os acordos foram efetivamente cumpridos pela Administração Pública ou se houve necessidade de judicialização posterior.
- Dimensão reduzida da amostra: A amostra de 245 casos, embora representativa da experiência local da Cameds JF3R no período analisado, configura um universo quantitativamente limitado, o que restringe o poder estatístico das inferências e a solidez de eventuais generalizações. Estudos futuros com amostras mais amplas poderão confirmar ou refinar as tendências aqui identificadas.
- Ausência de comparação com respostas liminares judiciais: O estudo não cotejou os resultados obtidos na Cameds JF3R com as decisões liminares proferidas em casos judiciais de natureza semelhante. Tal comparação permitiria avaliar, de forma mais precisa, a efetividade e a celeridade relativa da câmara de mediação frente ao instrumento da tutela de urgência, amplamente utilizado nas demandas de saúde. A inexistência desse paralelo constitui uma lacuna relevante para a mensuração do impacto real do modelo consensual sobre o acesso tempestivo à saúde.

A ausência de um "grupo de controle" processual impede a avaliação se os acordos firmados na Cameds JF3R foram, sob a ótica do direito material à saúde, mais benéficos ou restritivos ao cidadão do que uma hipotética sentença judicial. A métrica de sucesso restringiu-se, portanto, à eficiência procedimental (tempo e taxa de acordo), silenciando sobre a qualidade substantiva da prestação jurisdicional ou administrativa entregue.

Adicionalmente, identificam-se duas limitações contextuais relevantes:

1. Interferência da Pandemia (Covid-19): O período longitudinal (2020-2025) abarca a crise sanitária global, uma variável exógena que distorceu significativamente as demandas de saúde e o funcionamento administrativo. Os dados de 2020 e 2021, em particular, podem refletir anomalias estatísticas decorrentes do regime de plantão extraordinário e da priorização de demandas pandêmicas, dificultando a identificação de uma linha de tendência "natural" ou perene.
2. Viés de Seleção da Amostra: A amostra analisada compõe-se exclusivamente de casos que ingressaram na Cameds JF3R. Não foram analisados os casos de saúde que, no mesmo período e localidade, foram

ajuizados diretamente sem passar pela câmara de mediação. A ausência de dados sobre os "não-usuários" do sistema impede a compreensão dos motivos que levam advogados ou defensores a optarem (ou não) pela via consensual, limitando a análise da atratividade do modelo.

A explicitação destas limitações não invalida os resultados obtidos, mas qualifica sua interpretação. Os achados deste estudo devem ser compreendidos como um diagnóstico rigoroso, porém situado, da experiência específica de desjudicialização em Guarulhos-SP, servindo como base sólida para hipóteses futuras, mas exigindo cautela em sua transposição para macropolíticas judiciárias nacionais sem as devidas adaptações contextuais.

4.5.3 Resultados²³

2020

Ingressos: 19 novos casos.

Objeto das Demandas: Predomínio de consultas com especialistas e de cirurgias eletivas diversas (geral, oftalmológica e vascular), refletindo demandas por intervenções especializadas represadas.

Tabela 18 - Demandas processadas pela Cameds JF3R no ano de 2020

Categoria	Quantidade
Cirurgia	5
Consultas	6
Consultas e outros	1
Exames	2
Medicamentos	2
Outros	3

Atendimento: 79% (15 casos atendidos ou parcialmente; 4 não atendidos).

Tempo Médio de Tramitação: Média de 6,61 dias; mediana de 7 dias (baseado em 18 casos com datas completas; variação de 0 a 23 dias).

2021

Ingressos: 19 casos, incluindo 2 reaberturas.

²³ Os dados expostos neste item estão pormenorizados nas tabelas constantes dos apêndices de 2 a 7.

Objeto da Demanda: Ênfase em cirurgias, possivelmente influenciada pela pandemia de COVID-19.

Tabela 19 - Demandas processadas pela Cameds JF3R no ano de 2021

Categoria	Quantidade
Cirurgia	8
Consultas	3
Exames	4
Medicamentos	1
Consultas e Exames	2
Outros	1

Atendimento: 68,42% (13 atendidos ou parcialmente; 6 não atendidos)

Tempo Médio de Tramitação: Média de 28,32 dias; mediana de 3 dias (baseado em 19 casos com tempo válido). Observação: A média é fortemente impactada por casos atípicos de maior duração (p.ex., 102, 104 e 231 dias).

2022

Ingressos: 33 casos, incluindo 2 reaberturas.

Objeto da Demandas: Aumento expressivo em cirurgias e consultas, com diversificação para tratamentos de alta complexidade (oncológicos).

Tabela 20 - Demandas processadas pela Cameds JF3R no ano de 2022

Categoria	Quantidade
Cirurgia	16
Cirurgias e Exames	2
Consultas	7
Consultas e Exames	1
Exames	3
Outros	4

Atendimento: 82% (27 atendidos ou parcialmente; 6 não atendidos ou encerrados sem solução).

Tempo Médio de Tramitação: Média de 16,52 dias; mediana de 3 dias (baseado em 32 casos com tempo válido). Observação: A média é influenciada por um caso de maior duração (179 dias).

2023

Ingressos: 98 casos.

Objeto da Demandas: Maior volume e diversidade, com medicamentos e terapias ganhando relevância.

Tabela 21 - Demandas processadas pela Cameds JF3R no ano de 2023

Categoria	Quantidade
Medicamentos	23
Cirurgia	20
Equipamentos e Insumos	15
Outros	10
Consultas	9
Terapias/ Tratamentos	5
Exames	5
Consultas e Cirurgias	3
Internação	2
Consultas e Terapias	1
Exames e Consultas	1
Exames, Consultas e Terapias	1
Terapias e Insumos	1
Insumos, Medicamentos e Outros	1
Medicamentos e Insumos	1

Atendimento: 47% (46 atendidos ou parcialmente; 52 não atendidos ou encerrados sem solução).

Tempo Médio de Tramitação: Média de 8,09 dias; mediana de 5 dias (baseado em 91 casos com tempo válido).

2024

Ingressos: 52 casos.

Objeto da Demandas: Foco em medicamentos e insumos, possivelmente devido a demandas pós-pandemia por suprimentos.

Tabela 22 - Demandas processadas pela Cameds JF3R no ano de 2024

Categoria	Quantidade
Cirurgias	13
Medicamentos	9
Consultas	8
Insumos e Equipamentos	8
Exames	2
Consultas e Exames	2

Categoria	Quantidade
Terapias / Tratamentos	5
Insumos e Medicamento	1
Outros	4

Atendimento: Taxa de 44% (23 atendidos ou parcialmente; 29 não atendidos).

Tempo Médio de Tramitação: Média de 8,78 dias; mediana de 3 dias (baseado em 51 casos com tempo válido).

2025

Ingressos: 24 casos (dados parciais até agosto/setembro de 2025).

Objeto da Demanda: Cirurgias e consultas ainda dominantes, mas com aumento em tratamentos oncológicos.

Tabela 23 - Demandas processadas pela Cameds JF3R no ano de 2025

Categoria	Quantidade
Cirurgia	6
Consulta	5
Exames	3
Medicamentos	3
Insumos/Equipamentos	3
Outros (incl. tratamento, internação)	4

Atendimento: Taxa de 37,5% (9 atendidos ou parcialmente; 15 não atendidos).

Tempo Médio de Tramitação: Média de 5,89 dias; mediana de 5 dias (baseado em 19 casos com tempo válido). Observação: A robustez deste indicador é limitada pela exclusão de 4 registros de tempo inválido em demandas atendidas/parcialmente atendidas.

4.5.4 Análise

A análise dos 245 casos processados pela Cameds JF3R entre 2020 e agosto de 2025 revelou um panorama complexo de evolução, fundamentado na análise longitudinal dos dados²⁴. Este estudo evidenciou transformações significativas no perfil das demandas, flutuações na eficácia operacional e adaptações em resposta a pressões sistêmicas.

²⁴ Análise Longitudinal: Estudo que observa as mesmas variáveis repetidamente ao longo do tempo, permitindo identificar padrões de mudança, tendências e relações (Gonçalves; Cabral, 2021)

A trajetória da Cameds JF3R no período analisado apresentou fases distintas que refletem dinâmicas internas e externas. A fase de estabelecimento (2020-2021) caracterizou-se por um volume constante de 19 casos anuais, com taxas de atendimento de 78,95% e 68,42%, respectivamente. Estes dados indicam uma eficácia operacional considerável em um contexto de demandas ainda limitadas.

A fase de crescimento (2022) marcou um aumento de 73,7% no volume de casos, atingindo 33 solicitações anuais. Este período registrou a maior taxa de atendimento, 81,82%, com um tempo médio de tramitação de 16,52 dias e mediana de 3 dias.

A fase de expansão acelerada (2023) caracterizou-se por um crescimento de 196,9% no volume de casos, atingindo o pico de 98 casos. Este momento de maior volume coincidiu com uma queda na taxa de atendimento para 46,94%, sugerindo que o sistema pode ter atingido um ponto de sobrecarga operacional.

A fase de contração (2024 - agosto de 2025) revela um declínio tanto no volume de casos (52 em 2024, 24 em 2025) quanto na eficácia operacional, com taxas de atendimento de 44,23% e 37,50%, respectivamente. Esta tendência decrescente sugere desafios operacionais e a necessidade de avaliação de processos para acomodar demandas.

As tabelas a seguir ilustram as considerações tecidas nos parágrafos anteriores:

Tabela 24 - Número de demandas ingressadas na Cameds JF3R nos anos de 2020-25

Ano	Ingressos	Variação Anual (%)	Fase
2020	19	-	Estabelecimento
2021	19	0%	Estabilização
2022	33	+73,7%	Crescimento
2023	98	+196,9%	Expansão Acelerada
2024	52	-47%	Contração
2025*	24	-52,9%	Declínio Acentuado

*Observação: Considerando o período de janeiro a agosto.

Tabela 25 - Número de atendimentos da Cameds JF3R nos anos de 2020-25

Ano	Taxa de Atendimento	Casos Atendidos	Casos Não Atendidos	Tendência
2020	79%	15	4	Excelente
2021	68,42%	13	6	Boa
2022	82%	27	6	Excelente
2023	47%	46	52	Crítica
2024	44%	23	29	Crítica
2025	37,5%	9	15	Muito Crítica

A análise estatística revela uma Correlação de Pearson²⁵ de -0,57 entre o volume de casos e a taxa de atendimento (calculado sobre os anos 2020-agosto de 2025). Este coeficiente indica uma correlação negativa moderada: à medida que o volume de casos aumenta, a taxa de sucesso tende a diminuir. Isso sugere que a Cameds JF3R opera sob restrições de capacidade que podem limitar o atendimento eficaz de demandas crescentes.

As cirurgias mantiveram-se como categoria dominante ou segunda mais importante ao longo do período, com pico de 48,5% em 2022 durante a retomada pós-pandêmica, estabilizando-se posteriormente em torno de 25%. Esta estabilização sugere a consolidação desta categoria como demanda estrutural da Cameds JF3R, possivelmente relacionada à complexidade dos procedimentos solicitados e às dificuldades de acesso através de mecanismos convencionais.

O fenômeno mais significativo observado foi a emergência súbita dos medicamentos como categoria principal em 2023, saltando de 0% em 2022 para 24,7%, mantendo-se em níveis elevados nos anos subsequentes. Estatisticamente, isso representa uma quebra estrutural na série de dados²⁶, indicando uma mudança fundamental no processo gerador da demanda. Esta transformação reflete a

²⁵ Medida da força e direção de uma associação linear entre duas variáveis quantitativas. Varia de -1 (correlação negativa perfeita) a +1 (correlação positiva perfeita), sendo 0 a ausência de correlação linear. Não implica causalidade (Lira, 2004).

²⁶ Quebras estruturais são mudanças significativas que afetam a tendência ou o comportamento dos dados ao longo do tempo em séries temporais. Essas mudanças podem ocorrer no nível (intercepto), na inclinação (tendência linear) ou em ambos simultaneamente (Dawid, 2025).

crescente judicialização de medicamentos, especialmente aqueles não incorporados ao Sistema Único de Saúde (SUS) ou em processo de avaliação tecnológica. A complexidade desta categoria é evidenciada pela baixa taxa de atendimento (97% de casos não atendidos), indicando limitações orçamentárias e regulatórias significativas.

A partir de 2023, observou-se o surgimento de categorias anteriormente inexistentes ou marginais, como terapias especializadas, equipamentos médicos e insumos hospitalares. Estas categorias, que passaram a representar 25% das demandas em 2025, refletem a evolução do perfil epidemiológico da população atendida e a incorporação de novas tecnologias médicas ao arsenal terapêutico. A emergência destas demandas coincide com o período pós-pandêmico, sugerindo possível relação com sequelas da Covid-19 e necessidades de reabilitação especializada.

A categoria internação, embora numericamente limitada, representa demandas de alta complexidade que exigem articulação interfederativa e coordenação entre múltiplos níveis de atenção. Sua presença indica a expansão do escopo de atuação da Cameds JF3R para além de procedimentos ambulatoriais, abrangendo situações que requerem cuidados hospitalares especializados.

A pandemia de Covid-19 exerceu influência multifacetada sobre a evolução da Cameds JF3R, atuando como uma Variável Exógena — um fator externo ao modelo estatístico que impacta significativamente os resultados observados. Os efeitos diretos (2020-2021) incluíram a manutenção artificial do volume de casos em níveis estáveis, possivelmente devido a limitações na capacidade de expansão durante *lockdowns* e redirecionamento de recursos para o enfrentamento da pandemia. O tempo de tramitação excepcionalmente elevado em 2021 (média de 28,32 dias) reflete as dificuldades operacionais enfrentadas durante este período, incluindo limitações na articulação com o sistema de saúde e complexidade aumentada dos casos.

Os efeitos indiretos (2022-2025) manifestaram-se através do fenômeno de demanda represada, contribuindo para o crescimento acelerado observado em 2022-2023. A diversificação das categorias de demanda, particularmente a emergência de medicamentos e terapias especializadas, pode estar relacionada às sequelas da Covid-19 e às necessidades de reabilitação pós-infecção. Adicionalmente, a pressão sobre o sistema de saúde durante a pandemia pode ter resultado em maior conhecimento e utilização da Cameds JF3R como mecanismo alternativo de acesso.

O período analisado coincidiu com transformações significativas no contexto regulatório da saúde, incluindo atualizações em protocolos clínicos, revisões de listas de medicamentos incorporados e mudanças nos critérios de elegibilidade para procedimentos. Estas alterações impactaram diretamente o perfil das demandas direcionadas à Cameds JF3R, contribuindo para a emergência de categorias especializadas e aumento da complexidade dos casos.

A crescente judicialização da saúde no contexto brasileiro também influenciou a evolução da Cameds JF3R, posicionando-a como alternativa preferencial à via judicial para determinados tipos de demanda. Paradoxalmente, o aumento da complexidade dos casos direcionados à mediação reflete a própria sofisticação da judicialização, com demandantes mais informados sobre direitos e procedimentos.

As limitações sistêmicas incluem dificuldades de articulação interfederativa, restrições orçamentárias crescentes e complexidade regulatória aumentada. A baixa taxa de atendimento para medicamentos de alto custo (97% não atendidos) e equipamentos (81% não fornecidos) reflete não apenas limitações da Cameds JF3R, mas restrições estruturais do próprio sistema de saúde em incorporar e financiar tecnologias inovadoras.

A amplitude temporal entre casos simples (1 dia) e complexos (102 a 231 dias) evidencia a heterogeneidade das demandas atendidas pela Cameds JF3R. Casos envolvendo equipamentos de alto custo ou terapias inovadoras requerem avaliações técnicas aprofundadas, consultas a especialistas e articulação com múltiplos atores do sistema de saúde, justificando tempos de tramitação mais extensos.

A complexidade crescente das demandas exige não apenas maior tempo de análise, mas também expertise técnica especializada que pode não estar disponível na estrutura atual da Cameds JF3R. Esta limitação contribui para o declínio na taxa de atendimento (de 82% para 37,5% no mesmo período), particularmente para categorias emergentes que demandam conhecimento altamente especializado.

A diferença entre o cenário judicial e a experiência da Cameds JF3R é marcante, principalmente em termos de tempo de resolução, conforme demonstrado através de *Benchmarking* Jurimétrico - comparação de indicadores de desempenho com padrões externos:

Tabela 26 - Comparativo entre os resultados do processo judicial (Saúde Pública) e a Cameds JF3R

Métrica	Judiciário (Fonte: Brasil, 2025a)	Cameds JF3R
Tempo Médio de Resolução Definitiva	Tempo Médio do Pendente: 686 dias (quase 2 anos)	Média 10,21 dias. Mediana: 5 dias.
Tempo Médio para 1º Julgamento	305 dias (Justiça Estadual); 363 dias (Justiça Federal)	N/A (resolução administrativa direta)
Taxa de Congestionamento / Resolutividade	57,1% (Bruta); 54,8% (Líquida) X Índice de resolutividade não disponível	Não há taxa de congestionamento X Pico de resolutividade de 82% (2022), queda para 37,5% (2025)
Casos Pendentes (Saúde Pública)	495.685	Casos extrajudiciais, não entram na estatística de congestionamento judicial

Conforme se observa, a Cameds JF3R possui uma capacidade muito superior em termos de celeridade na resolução de conflitos, comparadas ao tempo médio de quase dois anos do Judiciário. Mesmo com suas flutuações e desafios, consegue resolver casos em semanas ou dias, contrastando com a morosidade judicial. A alta taxa de congestionamento do Judiciário, especialmente em 2º grau e em temas específicos da saúde, sublinha a urgência e a necessidade desses métodos alternativos. A Cameds JF3R, em seu período de maior eficácia (2022), com 82% de atendimento e 16,52 dias de tempo médio (mediana de 3 dias), destaca-se como um modelo potencial de agilidade e resolutividade.

A judicialização da saúde impõe uma carga financeira substancial aos orçamentos públicos. O Ipea revelou que uma parcela significativa dos orçamentos municipais e estaduais é direcionada ao cumprimento de decisões judiciais (Ipea, 2025b). A Cameds JF3R, ao proporcionar respostas rápidas e evitar o ajuizamento de demandas judiciais, reduz o pagamento de juros moratórios, honorários sucumbenciais e o agravamento das enfermidades, contribuindo para essa economia. O direcionamento de recursos para políticas públicas prioritárias em vez de litígios é um benefício claro.

4.6 Comparativo entre a eficácia da Cameds JF3R e as demais ferramentas de desjudicialização tratadas no Capítulo 3

Esta seção confronta os resultados da Cameds JF3R descritos na seção anterior com os modelos de referência listados no Capítulo 3, buscando identificar a vocação institucional de cada ferramenta.

Tabela 27 – Síntese das características e resultados das ferramentas de mediação/conciliação/MARC em saúde descritas no Capítulo 3

Iniciativa	UF/Local	Tipo/Arranjo Institucional	Indicadores/ Resultados citados (anos)	Observações /Limitações apontadas
Cejusc Saúde (TJSP)	SP	Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania especializado em questões de saúde	Pedidos recebidos: 543 (2023) → 430 (2024), var. -20,8%. Respostas positivas: 324 (2023) → 218 (2024), var. -32,7%. Taxa de sucesso: 60% (2023) → 51% (2024), var. -9 p.p.	Pesquisa ressalta a importância de cooperação institucional
CRLS	RJ	Câmara de Resolução de Litígios de Saúde	Taxa de resolução/êxito indicada como faixa: 40%–50% (sem período consolidado no trecho)	Críticas sobre falta de transparência de prazos/fluxos e sobre assimetrias/participação do usuário
Cirads	RN	Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde	Redução de judicialização: 50% no 1º ano (sem detalhamento numérico). Menção honrosa no Prêmio Inovare (2010)	Apontada ausência do paciente nas deliberações e limitações de participação/control social
SUS Mediado	RN e RO	Arranjo de resolução administrativa/	RN: taxa de resolução administrativa 48,8%	Indicadores referem-se a locais/anos distintos;

Iniciativa	UF/Local	Tipo/Arranjo Institucional	Indicadores/ Resultados citados (anos)	Observações /Limitações apontadas
		consensual (programa interinstitucional)	(2018) e 55,8% (2019). Natal/RN: 68% (2022). RO: 90% (2016). Resultado citado: 604 demandas evitadas; referência a ~15% (associado a redução/impacto de demandas.	Comparabilidade depende da definição de “resolução/sucesso”
Cameds	Imperatriz/ MA	Câmara de Mediação em Direito da Saúde	Resolutividade: 72% (2017) e 58% (2020). Cumprimento de acordos: 85% cumpridos/ 15% não executados	Queda associada no texto a contexto de pandemia/cortes e limites operacionais
Projeto SER Saúde – Soluções Extrajudiciais Resolutivas	RS	Programa extrajudicial de soluções resolutivas (saúde)	No trecho, descrito como iniciativa de solução extrajudicial; sem percentuais consolidados	Limitações gerais citadas para MARC (cultura institucional, recursos, capacitação) podem se aplicar conforme o desenho local
Camedis	DF	Câmara de Mediação em Direito da Saúde (com apoio/integração institucional; uso de monitoramento/gestão)	Iniciativa descrita com ênfase em integração e racionalização; sem percentuais consolidados explicitados	Desafios recorrentes: necessidade de transparência, padronização de fluxos, qualificação de equipes
NatJus	Araguaína/ TO	Núcleo de Apoio Técnico ao Judiciário (apoio técnico – não é MARC estrito senso)	4.253 pareceres (2012–2022). “Evitou judicialização” em 85,45% (no recorte/definição adotada pela pesquisa)	Métrica depende do denominador e do fluxo (casos analisados /encaminhados); natureza é de apoio técnico

Iniciativa	UF/Local	Tipo/Arranjo Institucional	Indicadores/ Resultados citados (anos)	Observações /Limitações apontadas
Experiência de Lages (diálogo institucional)	Lages/SC	Diálogo institucional/ intersetorial	Interlocação intersetorial; sem percentuais consolidados	Riscos típicos: dependência de articulação local e continuidade de governança interinstitucional.
Acessa SUS	SP	Canal/fluxo administrativo para demandas em saúde (ênfase em resolutividade antes da via judicial)	2023: 3.777 solicitações; 98 judicializações; taxa de judicialização 2,59%; índice de deferimento 48,21% 2024 (1º trimestre): 4.201 solicitações; 62 judicializações; taxa de judicialização 1,48%; índice de deferimento 56,08%	Os dados de 2024 referem-se apenas ao 1º trimestre (não anual). Comparações diretas 2023 vs. 2024 exigem cautela por diferença de período
NAT (Joinville)	Joinville/SC	Núcleo de Apoio Técnico (apoio técnico – não é MARC estrito senso)	Economia estimada: R\$ 600 mil (2021)	Indicador financeiro pontual; comparabilidade com taxa de sucesso é limitada
Portugal (perspectiva internacional)	Portugal	Mediação em saúde	Referência a taxas de sucesso elevadas (sem percentual numérico explicitado)	Transposição para o SUS depende de contexto normativo e institucional
EUA (perspectiva internacional)	Estados Unidos	Mediação / arbitragem em saúde	Economia de US\$ 52 mil por caso mediado; Redução do tempo do litígio de 45 meses (resolução definitiva) para 1 a 3 dias;	Indicadores são de contexto sistêmico, não de taxa de sucesso da mediação; comparabilidade direta é limitada

Iniciativa	UF/Local	Tipo/Arranjo Institucional	Indicadores/ Resultados citados (anos)	Observações /Limitações apontadas
			Taxa de Satisfação dos Usuários: 90%	

4.6.1 Modelo Comparativo: Critérios de Eficácia

Para garantir uma comparação objetiva entre um órgão específico (Cameds JF3R) e uma lista heterogênea de iniciativas (Tabela 27), definimos os seguintes critérios de eficácia:

1. Celeridade Processual (Tempo de Resposta):
 - a. Operacionalização: Medido pelo tempo médio entre o ingresso da demanda e a sua resolução/arquivamento.
 - b. Métrica: Dias corridos.
2. Taxa de Resolutividade (Efetividade Real):
 - a. Operacionalização: Percentual de demandas que resultaram em entrega efetiva do bem da vida (medicamento, cirurgia, insumo) ou acordo homologado.
 - b. Métrica: (Pedidos Atendidos + Parcialmente Atendidos) / Total de Ingressos.
3. Capacidade de Escala (Volume):
 - a. Operacionalização: Capacidade do sistema de absorver aumentos de demanda sem colapso dos indicadores de qualidade.
 - b. Métrica: Correlação entre aumento de volume e variação na taxa de sucesso.
4. Filtragem de Judicialização (Barreira de Entrada):
 - a. Operacionalização: Capacidade do modelo de evitar que a demanda se transforme em um processo judicial contencioso.
 - b. Métrica: Taxa de conversão em judicialização ou "demandas evitadas".

4.6.2 Comparações por "Famílias"

Evitando a comparação genérica, segmentamos a análise por tipologia institucional identificada na Tabela 27.

1. Cameds JF3R vs. MARC Administrativo (CRLS, Cirads, SUS Mediado): comparação entre a mediação federal e câmaras administrativas estaduais.

- a. **Análise de Celeridade:** A Cameds JF3R demonstra uma celeridade superior, com mediana de 3 a 5 dias e média histórica em torno de 10,21 dias. Em contraste, modelos como a CRLS (RJ) enfrentam críticas justamente pela falta de transparência nos prazos e fluxos (conforme observações constantes na Tabela 27).
 - b. **Análise de Resolutividade:** O SUS Mediado (RO) apresenta taxas de resolução de até 90%, e o SUS Mediado (RN) entre 48-68%. A Cameds JF3R já operou em níveis de excelência (82% em 2022), mas demonstrou fragilidade ao cair para 37,5% em 2025 quando o volume aumentou.
 - c. **Conclusão da Família:** Os MARC Administrativos (Tabela 27) parecem ter maior robustez institucional para lidar com volumes constantes, enquanto a Cameds JF3R funciona como uma "via rápida" (*fast-track*) extremamente ágil, mas sensível à massificação. A Cameds JF3R atua melhor na qualidade da resposta rápida do que na quantidade massiva.
2. **Cameds JF3R vs. Cejusc Saúde (TJSP): comparação entre modelos vinculados diretamente à estrutura do Poder Judiciário.**
- a. **Tendência de Saturação Compartilhada:** Ambos os modelos apresentam sinais de fadiga operacional recente.
 - b. **Cejusc Saúde (TJSP):** Os dados da Tabela 27 mostram uma queda de 20,8% no volume de pedidos recebidos (543 em 2023 para 430 em 2024) e uma redução na taxa de sucesso de 60% para 51% (-9 p.p.).
 - c. **Cameds JF3R:** Apresentou comportamento similar, com queda de volume (-47% em 2024) e colapso na taxa de atendimento (de 82% no pico para 37,5% em 2025).
 - d. **Análise de Adequação:** O modelo judicial tende a ser mais eficaz em demandas de média complexidade, onde a autoridade do judiciário facilita a composição. No entanto, os dados sugerem que ambos sofrem com a "complexidade marginal crescente": à medida que os casos simples são resolvidos via administrativa (como no ACESSA SUS), sobram para o Judiciário (Cejusc Saúde/Cameds JF3R) os casos "ossos duros", derrubando as taxas de êxito.
3. **Cameds JF3R vs. Porta Administrativa (ACESSA SUS - SP): Comparação entre uma câmara de mediação e um fluxo administrativo de acesso massivo.**

- a. ACESSA SUS: Opera como um "macro-filtro" de alta eficiência. Processou 4.201 solicitações apenas no 1º trimestre de 2024, com uma taxa de judicialização de 1,48%.
 - b. Cameds JF3R: Opera como um "micro-laboratório" ou via rápida (*fast-track*). Seu recorde histórico foi de 98 casos/ano (2023), o que gerou sobrecarga.
 - c. Eficiência: O ACESSA SUS demonstra robustez para lidar com volume massivo (milhares de casos), mantendo deferimento acima de 50%. A Cameds JF3R, ao tentar escalar para apenas uma centena de casos, viu sua eficiência cair pela metade.
 - d. Conclusão da Família: O ACESSA SUS é o modelo ideal para a "porta de entrada" do sistema (triagem em massa). A Cameds JF3R não deve competir nesse espaço; sua vocação, pelos dados, é atuar na exceção qualificada, e não na regra.
4. CAMEDS JF3R vs. Apoio Técnico (NatJus / NAT Joinville): comparação complementar entre resolução de conflitos e suporte técnico.
- a. NatJus (TO): Emitiu 4.253 pareceres em uma década, com foco em subsidiar a decisão, não necessariamente em mediar o acordo.
 - b. NAT Joinville: Foco em economia financeira direta (R\$ 600 mil economizados em 2021).
 - c. Sinergia: A Cameds JF3R depende intrinsecamente do apoio técnico para manter sua celeridade (média de 10 dias). Enquanto os NATs fornecem a "munição" técnica (pareceres), a Cameds JF3R fornece o "campo de batalha" negocial. A análise indica que a Cameds JF3R poderia se beneficiar de uma integração mais formal com estruturas tipo NAT para triar os casos de 2023-2025 que resultaram em "não atendimento", verificando se houve falha técnica ou impossibilidade jurídica.

4.6.3 "O que funciona melhor para qual tipo de demanda?"

Com base na análise dos dados efetuada na seção anterior, reputa-se que a matriz de aplicabilidade ideal seria aquela descrita na tabela a seguir:

Tabela 28 – Matriz de Aplicabilidade dos MARC por tipo de demanda

Tipo de Demanda (Complexidade/Urgência)	Modelo Recomendado	Justificativa baseada nos Dados
Baixa Complexidade / Baixa Urgência	Porta Administrativa (Ex: Acesso SUS)	Capacidade de processar milhares de pedidos com custo marginal baixo e taxa de judicialização < 2%.
Baixa Complexidade / Alta Urgência	Cameds JF3R / Cejusc Saúde (Modelo <i>Fast-Track</i>)	O tempo médio de 5,89 a 10 dias da Cameds JF3R é imbatível para casos onde o risco de perecimento do direito é alto, mas a solução é tecnicamente simples (ex: cirurgia eletiva represada).
Alta Complexidade / Baixa Urgência	MARC Administrativo (Ex: SUS Mediado/Cirads)	Estruturas interinstitucionais robustas (comitês) funcionam melhor para desenhar soluções estruturantes sem a pressão do relógio judicial.
Alta Complexidade / Alta Urgência	Não foi possível identificar um modelo ideal	Aqui reside o gargalo. A Cameds JF3R tentou absorver essa faixa em 2023 (medicamentos oncológicos/terapias) e sua taxa de sucesso caiu para 47%.

4.6.4 Cenários Plausíveis

Considerando os dados históricos (2020-2025), vislumbram-se dois cenários para a evolução da Cameds JF3R:

A. Cenário de "Boutique de Alta Celeridade" (Recomendado):

- A Cameds JF3R foca exclusivamente em demandas de urgência qualificada (cirurgias e procedimentos com risco de perecimento), mantendo o volume abaixo de 50 casos/ano.
- Resultado Esperado: Retorno às taxas de sucesso de 2022 (~80%) e manutenção do tempo médio abaixo de 10 dias.
- Ganho de Tempo: Economia estimada de 690 dias por processo (686 dias do judiciário vs. ~10 dias da Cameds JF3R).

B. Cenário de "Expansão de Massa" (Risco):

- Tentar replicar o modelo do Acesso SUS ou Cejusc (volumes > 100/ano) sem alteração estrutural.
- Resultado Esperado (baseado em 2023): Queda da resolutividade para patamares inferiores a 40%, perda da característica de celeridade (aumento de casos "pendentes" ou "sem resposta") e frustração da expectativa do jurisdicionado.

4.6.5 Implicações Jurídico-Institucionais

Legitimidade e Devido Processo: A agilidade da Cameds JF3R (resoluções em até 24h ou média de 5 dias em 2025) é um trunfo para a efetividade da tutela jurisdicional. Contudo, a alta taxa de "não atendimento" recente (62,5% em 2025) levanta preocupações sobre a efetividade do acesso à justiça.

Transparência: Comparada às críticas feitas à CRLS-RJ (falta de transparência de prazos), a Cameds JF3R possui dados muito bem estruturados de tempo. No entanto, carece de detalhamento sobre os motivos do "não atendimento", o que é crucial para a atribuição de responsabilidades.

Participação do Usuário: Assim como observado no Cirads-RN, há risco de assimetria. A celeridade extrema pode, em alguns casos, impedir que o paciente compreenda plenamente as opções ou produza provas mais robustas, aceitando acordos sub-ótimos pela urgência.

4.6.6 Síntese

A análise comparativa entre a Cameds JF3R e as demais ferramentas de desjudicialização tratadas no Capítulo 3 (Tabela 27) revela uma distinção fundamental de vocação institucional que deve guiar o planejamento futuro.

Enquanto iniciativas como o Acesso SUS e o SUS Mediado operam como "estruturas de transporte de massa" — desenhadas para absorver alto volume, filtrar demandas simples e evitar a judicialização em larga escala (milhares de atendimentos/ano) —, a Cameds JF3R comporta-se, pelos dados de 2020-2025, como uma "unidade de intervenção rápida".

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo finaliza a presente dissertação, cujo objetivo central foi analisar o impacto da Câmara de Mediação em Direito da Saúde da Justiça Federal da 3ª Região (Cameds JF3R) na celeridade processual e no processo de desjudicialização da saúde pública. Para tanto, buscou-se compreender como a mediação e a conciliação, enquanto métodos autocompositivos de resolução de conflitos, contribuem para a efetividade do acesso à justiça em demandas de saúde. As seções subsequentes sintetizam os principais achados da pesquisa, discutem suas implicações teóricas e práticas, apontam as tensões não resolvidas e as lacunas críticas identificadas, propõem recomendações operacionais e estratégicas, sugerem direções para futuras investigações e, por fim, apresentam uma conclusão geral do trabalho.

Síntese dos Achados

A análise empírica dos dados da Cameds JF3R, abrangendo o período de 2020 a agosto de 2025, revelou que a Câmara se estabeleceu como um mecanismo potencialmente eficaz de filtragem de demandas, contribuindo significativamente para a redução do acervo processual e para a promoção da autocomposição em litígios de saúde. Dos 245 casos analisados no período, 133 foram atendidos e 112 não foram (54,28% de atendimentos), evidenciando a complexidade e os desafios inerentes à mediação em saúde.

Um dos achados mais notáveis foi a celeridade dos procedimentos. Os tempos de tramitação na Cameds JF3R variaram de 1 a 20 dias, com uma média de 10,21 dias, contrastando drasticamente com a média estimada de aproximadamente 686 dias para a resolução de um processo judicial tradicional na área da saúde. Essa agilidade posiciona a Cameds como uma vantagem competitiva inegável na busca por soluções rápidas e efetivas.

Observou-se que a Cameds JF3R demonstrou capacidade de gerenciar um volume crescente de casos, atuando como um importante instrumento na transição da tradicional "Cultura da Sentença" para uma "Cultura do Diálogo", onde a busca por soluções consensuais é priorizada. Contudo, a pesquisa identificou uma relação inversamente proporcional entre o volume de casos e a taxa de resolução em determinados períodos, com uma correlação negativa de -0,57 entre o volume de demandas e o sucesso da mediação. Essa tensão se manifestou de forma crítica em

2023, quando a taxa de resolutividade da Câmara sofreu uma queda acentuada, de 82% para 47%.

As principais razões para o não atendimento das demandas na Cameds JF3R incluíram a responsabilidade estatal em casos que exigiam atuação direta do poder público, a falta de padronização de protocolos para certas condições de saúde e a complexidade inerente aos pedidos de medicamentos importados ou de alto custo, que frequentemente carecem de evidências científicas robustas ou de cobertura pelos sistemas públicos de saúde. A experiência da Cameds JF3R, em conjunto com outras iniciativas nacionais e internacionais, reforça a premissa de que os métodos alternativos de resolução de conflitos são ferramentas indispensáveis para a gestão eficiente e humanizada dos litígios em saúde, mas não sem desafios significativos de escalabilidade e padronização.

Implicações Teóricas e Práticas

Do ponto de vista teórico, os achados desta pesquisa corroboram a relevância do modelo do Tribunal Multiportas (*Multi-Door Courthouse*), proposto por Frank Sander, ao demonstrar que a oferta de múltiplos caminhos para a resolução de disputas, adaptados à natureza do conflito, é fundamental para um sistema de justiça eficaz. A Cameds JF3R materializa essa visão, oferecendo uma porta específica para a mediação em saúde, que se alinha à "terceira onda" de acesso à justiça, conforme Cappelletti e Garth, que preconiza a reforma dos procedimentos e a criação de mecanismos informais de resolução de conflitos. A experiência analisada demonstra que a autocomposição, quando bem estruturada, não apenas desafoga o Poder Judiciário, mas também promove um acesso à justiça mais substancial, focado na satisfação das necessidades das partes e na construção de soluções duradouras. A celeridade alcançada pela Cameds JF3R, com uma média de 10,21 dias para a resolução de conflitos, é um exemplo concreto da concretização do direito fundamental à saúde, que, por sua natureza, exige respostas rápidas e eficazes.

Na esfera prática, a pesquisa sublinha a importância estratégica do Núcleo de Apoio Técnico ao Judiciário (NatJus) como suporte técnico-científico indispensável para a tomada de decisões qualificadas em mediações de saúde. A cooperação interinstitucional, envolvendo a Defensoria Pública da União (DPU), a Advocacia-Geral da União (AGU) e as Secretarias de Saúde estaduais e municipais, revelou-se um pilar fundamental para o sucesso inicial da Cameds JF3R. Essa colaboração não

só facilita a obtenção de informações e a articulação de soluções, mas também fomenta uma governança colaborativa, essencial para enfrentar a complexidade da judicialização da saúde. A atuação da Cameds JF3R, ao promover o diálogo e a busca por soluções consensuais, contribui para mitigar a "judicialização predatória" e para a construção de políticas públicas de saúde mais responsivas e equitativas, otimizando a alocação de recursos públicos e priorizando a saúde do cidadão.

Tensões Não Resolvidas e Lacunas Críticas

Apesar dos avanços e das implicações positivas, a análise aprofundada da Cameds JF3R e do contexto da mediação em saúde no Brasil revela uma série de tensões não resolvidas e lacunas críticas que merecem atenção acadêmica e institucional.

Compatibilidade entre Autocomposição e Indisponibilidade de Direitos

A Constituição da República de 1988, em seu artigo 6º, estabelece a saúde como um direito fundamental e, portanto, indisponível. Essa característica intrínseca do direito à saúde levanta uma tensão fundamental com a lógica da autocomposição, que pressupõe a disponibilidade do direito para negociação. A questão central reside em distinguir o núcleo essencial e intransigível do direito à saúde (ex: o direito ao tratamento oncológico) das modalidades de sua efetivação, que podem ser objeto de negociação (ex: a escolha entre quimioterapia hospitalar ou domiciliar, desde que clinicamente equivalentes e respaldadas por protocolos técnicos). A mediação em saúde, nesse contexto, exige rigorosos controles de qualidade dos acordos, incluindo a revisão por comitês técnicos independentes e a participação obrigatória do Ministério Público em casos que envolvam direitos indisponíveis, conforme previsto no artigo 178 do Código de Processo Civil de 2015.

Risco de Captura Corporativa

A participação sistemática de gestores públicos nas sessões de mediação, embora essencial para a efetivação dos acordos, pode gerar um risco de "captura corporativa". Gestores, sob a pressão de restrições orçamentárias e metas de redução de custos, podem desenvolver estratégias de negociação padronizadas que, por vezes, desconsideram as particularidades clínicas individuais dos pacientes. O risco de que a mediação se torne um instrumento para a redução de custos a qualquer

preço, desalinhado com as necessidades clínicas e a melhor evidência científica, é uma preocupação. Embora mencionado tangencialmente por Delduque e Castro (2015), esse fenômeno não foi empiricamente investigado nesta dissertação, mas exige a implementação de controles de qualidade robustos, como a revisão por comitês técnicos independentes e a participação do Ministério Público, para salvaguardar os interesses dos pacientes.

Tensão entre Confidencialidade e Transparência

A Lei 13.140/2015 (Lei de Mediação) estabelece a confidencialidade das mediações em seu artigo 30, um princípio fundamental para a construção da confiança e a livre expressão das partes. Contudo, no âmbito da saúde pública, essa confidencialidade entra em tensão com o artigo 37 da Constituição da República de 1988, que consagra o princípio da publicidade na Administração Pública. Se informações cruciais sobre disponibilidade orçamentária, protocolos clínicos e alternativas terapêuticas são mantidas em sigilo, a transparência e o controle social sobre as decisões tomadas em mediação surgem como uma questão importante a ser considerada. Essa tensão entre a confidencialidade, essencial para a eficácia do processo de mediação, e a publicidade, princípio constitucional da gestão pública, permanece como um desafio não resolvido, impactando a *accountability* e a legitimidade dos acordos.

Invisibilidade de Conflitos Éticos

A mediação em saúde, ao lidar com questões de vida e bem-estar, é um terreno fértil para conflitos éticos complexos que muitas vezes permanecem invisíveis ou não são adequadamente endereçados. Exemplos incluem a mediação em casos de futilidade terapêutica, onde pacientes ou familiares exigem tratamentos sem evidência científica, ou conflitos entre a autonomia do paciente e protocolos clínicos baseados em medicina baseada em evidências. A responsabilidade do mediador torna-se particularmente delicada quando um acordo pode resultar em danos à saúde do paciente (ex: aceitação de tratamento subótimo por pressão do gestor público). A ausência de diretrizes claras para a gestão desses dilemas éticos representa uma lacuna crítica na prática da mediação sanitária.

Desatenção às Desigualdades Regionais

Todas as pesquisas sobre mediação em saúde mencionadas e analisadas, incluindo esta dissertação, estão predominantemente centradas em capitais e regiões metropolitanas (São Paulo, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Distrito Federal). Essa concentração ignora a realidade da mediação sanitária em municípios pequenos e áreas rurais, onde inexistem Cejuscs, profissionais capacitados em mediação ou infraestrutura mínima para a implementação de tais serviços. A questão de como implementar e sustentar a mediação sanitária em um município de 10 mil habitantes, com um único médico e um orçamento de saúde limitado, permanece sem resposta, evidenciando uma profunda desatenção às desigualdades regionais no acesso à justiça e à saúde.

Ausência de Perspectiva de Gênero e Raça

A presente pesquisa, assim como a maioria dos estudos na área, não conseguiu identificar se mulheres, pretos e indígenas têm acesso equitativo à mediação sanitária. Existem barreiras específicas, como a desconfiança institucional decorrente do racismo estrutural, a discriminação linguística enfrentada por povos indígenas e a invisibilização de demandas de saúde específicas da população feminina. A ausência de uma perspectiva de gênero e raça na análise da mediação em saúde representa uma lacuna crítica para a construção de um sistema de acesso à justiça verdadeiramente equitativo e inclusivo.

Recomendações Operacionais e Estratégicas

Com base nos achados, nas implicações e nas tensões identificadas, são propostas as seguintes recomendações operacionais e estratégicas para o aprimoramento da mediação em saúde no Brasil:

Diagnóstico Crítico

1. Vantagem Competitiva: A Cameds JF3R demonstrou ser imbatível em tempo de resposta, com uma média de 10,21 dias para a resolução de conflitos, em contraste com os aproximadamente 686 dias do processo judicial tradicional. Essa celeridade é um ativo inestimável na área da saúde.

2. Ponto Crítico: O modelo da Cameds, em sua configuração atual, não se mostrou escalável. A tentativa de expansão em 2023 resultou em um colapso da resolutividade, caindo de 82% para 47%, evidenciando que a massificação sem reestruturação é insustentável.
3. Complementaridade: A Cameds não deve competir com portas administrativas de menor complexidade (como o ACESSA SUS), mas sim funcionar como um segundo nível de triagem, focado em casos que exigem maior expertise e intervenção judicial.

Recomendação Estratégica: "Fast-Track de Baixa Complexidade/Alta Urgência"

É imperativo que a Cameds JF3R abandone a pretensão de massificação e se repositone como um "Fast-Track de Baixa Complexidade/Alta Urgência". Para tanto, sugere-se:

- Critérios de Entrada Mais Rígidos: Estabelecer critérios de elegibilidade mais estritos, focados em casos que apresentem risco de perecimento do direito ou da vida, ou que envolvam alta complexidade técnica e jurídica.
- Integração Formal com NatJus: Fortalecer a integração formal com o Núcleo de Apoio Técnico ao Judiciário (NatJus) para filtrar a viabilidade técnica e jurídica das demandas antes mesmo da negociação, garantindo que apenas casos com real potencial de autocomposição e respaldo técnico avancem.
- Fluxos Prioritários com Gestores de Saúde: Restabelecer e formalizar fluxos prioritários de comunicação e negociação com os gestores de saúde, inclusive em âmbito estadual, garantindo o cumprimento imediato e efetivo dos acordos.

Regulamentação Específica

1. Adaptação da Lei de Mediação: É fundamental adaptar os princípios gerais da Lei 13.140/2015 às peculiaridades do direito sanitário, estabelecendo:
 - Prazos Compatíveis: Prazos processuais e de negociação compatíveis com a urgência das demandas médicas.
 - Capacitação Técnica: Requisitos específicos de capacitação técnica para mediadores em saúde, que devem possuir conhecimento interdisciplinar em direito e saúde.

- Limites da Confidencialidade: Delimitar os limites da confidencialidade em casos de interesse público, equilibrando a necessidade de sigilo com os princípios da publicidade e transparência na gestão pública.
2. Articulação Institucional: Promover uma articulação institucional mais robusta e formalizada entre Cejuscs, Secretarias de Saúde, Ministério Público e Defensorias Públicas, evitando que a mediação se torne uma instância burocrática adicional e garantindo a coordenação de esforços.
 3. Controle de Qualidade: Implementar um sistema de monitoramento sistemático dos acordos sanitários, com indicadores claros de:
 - Adequação Terapêutica: Avaliação da conformidade dos acordos com as melhores práticas clínicas e evidências científicas.
 - Cumprimento pelos Gestores: Acompanhamento da efetividade do cumprimento dos acordos pelos entes públicos.
 - Satisfação dos Usuários: Pesquisas de satisfação com pacientes e gestores.
 - Impacto Orçamentário: Análise do impacto dos acordos no orçamento da saúde.
 4. Proteção de Vulneráveis: Estabelecer garantias procedimentais reforçadas em mediações que envolvam populações marginalizadas ou em situação de vulnerabilidade, incluindo a assistência jurídica gratuita obrigatória (Artigo 10, parágrafo único, Lei 13.140/2015) e a participação do Ministério Público em casos de direitos indisponíveis (Artigo 178, CPC/2015).

Gestão Operacional

- Capacidade Operacional: Reconhecer que a estrutura atual da Cameds JF3R não é escalável, conforme demonstrado pela correlação negativa (-0,57) entre volume e sucesso. Investimentos em recursos humanos e tecnológicos são cruciais para qualquer tentativa de expansão.
- Integração Interfederativa: O sucesso inicial da Cameds dependeu da resposta rápida dos entes públicos. A queda na resolutividade em 2023-2025 sugere um possível desgaste da rede de contatos e a necessidade de formalização e institucionalização dessas parcerias.
- Padronização: Os protocolos e fluxos de trabalho da Cameds JF3R podem ser exportados como "Boas Práticas" para outras seções judiciárias, desde

que se respeite o limite de volume e a capacidade operacional de cada localidade.

Pesquisas Futuras

As lacunas e tensões identificadas nesta dissertação abrem um vasto campo para futuras investigações acadêmicas:

- **Estudos Longitudinais:** Realizar estudos longitudinais que avaliem o impacto a longo prazo da mediação em saúde na qualidade de vida dos pacientes e na efetividade do acesso aos tratamentos.
- **Percepção dos Usuários:** Investigar a percepção dos usuários (pacientes, gestores públicos, profissionais de saúde) sobre a experiência da mediação, seus benefícios e desafios, fornecendo *insights* valiosos para o aprimoramento dos serviços.
- **Análises de Custo-Benefício:** Conduzir análises de custo-benefício comparando a judicialização tradicional com os métodos autocompositivos em saúde, considerando não apenas os custos diretos, mas também os indiretos e os benefícios sociais.
- **Inteligência Artificial e Tecnologias:** Explorar o potencial da inteligência artificial, *blockchain* e outras tecnologias para otimizar os processos de mediação e conciliação em saúde, desde a triagem de casos até o monitoramento de acordos.
- **Investigação Empírica sobre Captura Corporativa:** Realizar estudos empíricos aprofundados sobre o risco de captura corporativa e as estratégias de negociação dos gestores públicos em mediações sanitárias.
- **Estudos Comparativos:** Desenvolver estudos comparativos regionais e internacionais para identificar melhores práticas e modelos de mediação em saúde adaptáveis à realidade brasileira.
- **Equidade de Acesso:** Pesquisar sobre a equidade de acesso à mediação em saúde sob as perspectivas de gênero, raça e localização geográfica, identificando barreiras e propondo soluções.
- **Conflitos Éticos:** Analisar os conflitos éticos emergentes em mediações sanitárias, propondo diretrizes e protocolos para a atuação de mediadores e a proteção dos direitos dos pacientes.

Síntese Final

A presente dissertação demonstrou que a Câmara de Mediação em Direito da Saúde da Justiça Federal da 3ª Região (Cameds JF3R) representa um avanço significativo na busca por um acesso à justiça mais célere e efetivo em demandas de saúde. Sua capacidade de reduzir drasticamente os tempos de tramitação, de 686 dias para uma média de 10,21 dias, é um testemunho do potencial transformador da autocomposição. A Cameds JF3R, ao promover a "Cultura do Diálogo", alinha-se aos preceitos do Tribunal Multiportas de Frank Sander e à "terceira onda" de acesso à justiça de Cappelletti e Garth, oferecendo uma via substantiva para a concretização do direito fundamental à saúde.

Contudo, a pesquisa também revelou que o modelo, em sua configuração atual, enfrenta desafios críticos de escalabilidade, evidenciados pela queda na resolatividade em períodos de alta demanda. As tensões entre a autocomposição e a indisponibilidade de direitos, o risco de captura corporativa, o dilema entre confidencialidade e transparência, a invisibilidade de conflitos éticos e a desatenção às desigualdades regionais e de equidade de gênero e raça, são lacunas que exigem atenção urgente e aprofundamento.

As recomendações propostas, que incluem a reorientação da Cameds JF3R para um "*Fast-Track* de Baixa Complexidade/Alta Urgência", a regulamentação específica da mediação em saúde e o fortalecimento da governança colaborativa, visam aprimorar a eficácia e a sustentabilidade desses mecanismos. A contínua exploração desses temas, por meio de pesquisas futuras, é vital para consolidar a desjudicialização da saúde como um pilar de um sistema de justiça mais eficiente, equitativo e humano.

Em última análise, a mediação em saúde não é apenas uma ferramenta para desafogar o Poder Judiciário, mas uma estratégia essencial para humanizar o acesso à saúde, promover a pacificação social e garantir que o direito fundamental à saúde seja efetivado de forma célere e justa para todos os cidadãos. O caminho para um sistema de saúde mais responsivo e um acesso à justiça mais inclusivo passa, inegavelmente, pelo investimento contínuo na capacitação, na inovação e na regulamentação adequada dos métodos autocompositivos.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Lara Targino Bezerra. **A mediação como método alternativo à judicialização**: o papel do Programa SUS Mediado na garantia do direito fundamental à saúde. 2019. 78 f. Monografia (Graduação em Direito) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/items/28262f41-15f9-489e-a424-cff79934d709>. Acesso em: 20 maio 2025.
- ANDRADE, Mônica Viegas; NORONHA, Kenya; SÁ, Edvaldo Batista de et al. Desafios do sistema de saúde brasileiro. In: DE NEGRI, João Alberto; ARAÚJO, Bruno César Pino Oliveira de; BACELETTE, Ricardo Ginicolo (Org.). **Desafios da nação: artigos de apoio**. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2018. v. 2, p. 357-414. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8468/3/DesafiosSist.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2025.
- ARÊAS, Philippe Jean Rangel Abreu; HASENCLEVER, Lia; AHMED, Flávio Villela. Justiça multiportas: uma análise da atuação da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS) em Campos dos Goytacazes – RJ. **Revista Eletrônica da Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 1-13, set./dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.46818/pge.v3i3.172>. Disponível em: <https://revistaeletronica.pge.rj.gov.br/index.php/pge/article/view/172>. Acesso em: 20 maio 2025.
- ASENSI, Felipe; PINHEIRO, Roseni. Judicialização da saúde e diálogo institucional: a experiência de Lages (SC). **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 48-65, jul./out. 2016. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v17i2p48-65>. ISSN: 2317-2770. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rdisan/article/view/122306/119043>. Acesso em: 20 maio 2025.
- BAKKER, Maria Clara Viana. **A desjudicialização da saúde pública no Rio Grande do Norte e a atuação da Defensoria Pública Estadual**: uma breve análise do SUS Mediado. 2023. 45 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI RN), Natal, 2023. Disponível em: <https://repositorio.unirn.edu.br/jspui/handle/123456789/142>. Acesso em: 20 maio 2025.
- BARBOSA, Ivan Machado. Fórum de Múltiplas Portas: uma proposta de aprimoramento processual. In: AZEVEDO, André Gomma de (Org.). **Estudos em arbitragem, mediação e negociação**. Brasília, DF: Ed. Grupos de Pesquisa, 2003. v. 2, p. 11-26. Disponível em: <https://direitoachadonasarjeta.wordpress.com/wp-content/uploads/2008/11/estudos-em-arb-med-e-neg.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2025.
- BERGAMASCHI, André Luis. **Resolução de conflitos envolvendo a Administração Pública por mecanismos consensuais**. 2015. 227 f. Dissertação (Mestrado em Direito Processual) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2137/tde-21032016-140915/publico/AndreLuisBergamaschi_A_Resolucao_dos_conflitos.pdf. Acesso em: 30 abr. 2025.
- BITTENCOURT, Guaraci Bragança. O "Estado da Arte" da produção acadêmica sobre o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, DF, v. 5, n. 1, p. 102-121, jan./abr. 2016. DOI:

<https://doi.org/10.17566/ciads.v5i1.261>. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/261>. Acesso em: 26 mar. 2025.

BORGES, Danielle da Costa Leite. Individual health care litigation in Brazil through a different lens: strengthening health technology assessment and new models of health care governance. **Health and Human Rights Journal**, Boston, MA, v. 20, n. 1, p. 147-162, jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.2307/26542038>. Disponível em: <https://www.hhrjournal.org/2018/06/20/individual-health-care-litigation-in-brazil-through-a-different-lens-strengthening-health-technology-assessment-and-new-models-of-health-care-governance/>. Acesso em: 26 mar. 2025.

BORTZ, Marco Antonio Greco. A desjudicialização – um fenômeno histórico e global. **Revista de Direito Notarial**, São Paulo, ano 1, n. 1, p. 73-84, jul./set. 2009. Disponível em: <https://www.cnbsp.org.br/Documentos/Uploads/REVISTA%20NOTARIAL%20-%20ANO%201%20-%20N%201.pdf#page=73>. Acesso em: 27 mar. 2025.

BRASIL. **Lei nº 4.591, de 16 de dezembro de 1964**. Dispõe sobre o condomínio em edificações e as incorporações imobiliárias. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 1-12, 18 dez. 1964. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4591.htm. Acesso em: 20 maio 2025.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 70, de 21 de novembro de 1966**. Dispõe sobre o Sistema Financeiro da Habitação, regulamenta os dispositivos constitucionais que lhe são relativos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 1-8, 22 nov. 1966. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0070.htm. Acesso em: 20 maio 2025.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 911, de 1º de outubro de 1969**. Dispõe sobre a alienação fiduciária em garantia de bens móveis e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 1-4, 3 out. 1969. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0911.htm. Acesso em: 20 maio 2025.

BRASIL. **Lei nº 6.766, de 19 de dezembro de 1979**. Dispõe sobre o parcelamento do solo urbano e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 1-8, 20 dez. 1979. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6766.htm. Acesso em: 20 maio 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990[a]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 30 jan. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990[b]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 30 jan. 2026.

BRASIL. **Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992**. Promulga o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, adotado pela Resolução nº 2.200-A (XXI), da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 16 de dezembro de 1966, e assinado em 2 de março de 1992. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 jul. 1992.

Seção 1, p. 10. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm. Acesso em: 26 mar. 2025.

BRASIL. **Lei nº 9.514, de 20 de novembro de 1997**. Dispõe sobre o Sistema de Financiamento Imobiliário, institui a alienação fiduciária de coisa imóvel e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 1-12, 21 nov. 1997. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19514.htm. Acesso em: 20 maio 2025.

BRASIL. **Decreto nº 3.321, de 30 de dezembro de 1999**. Promulga o Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais "Protocolo de São Salvador". **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1999. Seção 1, p. 1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3321.htm. Acesso em: 26 mar. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Portaria nº 650, de 20 de novembro de 2009**. Cria grupo de trabalho para estudo e proposta de medidas concretas e normativas para as demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Seção 2, Brasília, DF, 24 nov. 2009, p. 35-36. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/695>. Acesso em: 29 jan. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 107, de 6 de abril de 2010**. Institui o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. **Diário de Justiça Eletrônico do Conselho Nacional de Justiça**, Brasília, DF, n. 61, 7 abr. 2010, p. 9-10. Disponível em https://atos.cnj.jus.br/files/resolucao_107_06042010_11102012191858.pdf. Acesso em: 29 jan. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional do Ministério Público. **Recomendação nº 54, de 28 de março de 2017**. Dispõe sobre a Política Nacional de Fomento à Atuação Resolutiva do Ministério Público brasileiro. **Diário Eletrônico do Conselho Nacional do Ministério Público**, Brasília, DF, Caderno Processual, p. 10-15, 19 abr. 2017. Disponível em: https://www.cnmp.mp.br/portal/images/Publicacoes/recomendacoes/2017/RECOMENDACAO_54_2017.pdf. Acesso em: 20 maio 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Provimento nº 67, de 26 de março de 2018**. Dispõe sobre os procedimentos de conciliação e de mediação nos serviços notariais e de registro do Brasil. **Diário de Justiça Eletrônico do Conselho Nacional de Justiça**, Brasília, DF, n. 51, p. 1, 27 mar. 2018[a]. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2018/03/Provimento_67.pdf. Acesso em: 20 maio 2025.

BRASIL. **Lei nº 13.606, de 9 de janeiro de 2018**. Dispõe sobre a averbação de bens móveis e imóveis do devedor tributário e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 1-2, 10 jan. 2018[b]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2018/lei/l13606.htm. Acesso em: 20 maio 2025.

BRASIL. **Acordo de Desjudicialização da Previdência Social, de 20 de agosto de 2019**. Firmado entre a Secretaria Especial de Previdência e Trabalho do Ministério da Economia, o Conselho Nacional de Justiça e o Conselho da Justiça Federal. Brasília, DF: Conselho Nacional de Justiça, 2019[a]. 15 p. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/08/Acordo-Desjudicializa%C3%A7%C3%A3o-Previd%C3%Aancia-Social.pdf>. Acesso em: 20 maio 2025.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 4.257, de 2019**. Dispõe sobre a arbitragem tributária e dá outras providências. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2019[b]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2194824>. Acesso em: 20 maio 2025.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei nº 6.204, de 2019**. Dispõe sobre a transferência de atos e procedimentos executivos para tabeliães de protesto e dá outras providências. Brasília, DF: Senado Federal, 2019[c]. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/139639>. Acesso em: 20 maio 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Judicialização e saúde: ações para acesso à saúde pública de qualidade**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Justiça; Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2021[a]. 164 p. (Diagnósticos para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável). ISBN 978-65-5972-013-2. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/06/Relatorio_Judicializacao-e-Sociedade.pdf. Acesso em: 20 abr. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Recomendação nº 100, de 16 de junho de 2021**. Recomenda o uso de métodos consensuais de solução de conflitos em demandas que versem sobre o direito à saúde. **Diário de Justiça Eletrônico do Conselho Nacional de Justiça**, n. 156, 18 jun. 2021[b], p. 2-3. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original1443552021061860ccb12b53b0d.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional: conta SHA para o Brasil, 2015 a 2019**. Brasília, DF: Ipea, 2022[a]. 134 p. Coedição: Fundação Oswaldo Cruz; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11014/4/Contas_de_saude.pdf. Acesso em: 26 mar. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Mensagem nº 462, de 16 de agosto de 2022**. Submete à consideração do Congresso Nacional o texto da Convenção das Nações Unidas sobre Acordos Internacionais Resultantes de Mediação (Convenção de Singapura), assinada pelo Brasil em Nova Iorque, em 4 de junho de 2021. Brasília, DF: Presidência da República, 2022[b]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Projetos/Ato_2019_2022/2022/MSG_ACORDO_INTERNACIONAL/msg462-agosto2022.htm. Acesso em: 29 abr. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (STJ). **Recurso Especial nº 1.361.869/SP**. Relator: Ministro Raul Araújo. Segunda Seção. Julgado em 25 de maio de 2022. **Diário de Justiça Eletrônico** (DJe), Brasília, 24 out. 2022[c]. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portaltj/Lists/Protocolo/Attachments/123456/REsp%201.361.869-SP.pdf>. Acesso em: 29 abr.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 890, de 2022**. Dispõe sobre as práticas colaborativas como método extrajudicial de prevenção e gestão de conflitos e dá outras providências. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2022[d]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2353528>. Acesso em: 20 maio 2025.

BRASIL. **Lei nº 14.382, de 13 de julho de 2022**. Altera a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973 (Lei de Registros Públicos), para dispor sobre a formalização das uniões estáveis, e dá outras providências. **Diário Oficial da União, Brasília**, DF, Seção 1, p. 1-2, 14 jul. 2022[e]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2022-2026/2022/lei/l14382.htm. Acesso em: 20 maio 2025.

BRASIL. Conselho Nacional De Justiça. **Glossário dos Indicadores de Desempenho**. Brasília: CNJ, 2023[a]. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2023/03/glossario-dos-indicadores-de-desempenho23-03-01.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Provimento nº 149, de 30 de agosto de 2023**. Institui o Código Nacional de Normas da Corregedoria Nacional de Justiça do Conselho Nacional de Justiça - Foro Extrajudicial (CNN/CN/CNJ-Extra), que regulamenta os serviços notariais e de registro. **Diário de Justiça Eletrônico do Conselho Nacional de Justiça**, Brasília, DF, n. 207, p. 7-242, 4 set. 2023[b]. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2023/08/Provimento-149.pdf>. Acesso em: 20 maio 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Provimento nº 141, de 30 de agosto de 2023**. Altera o Provimento nº 37, de 30 de outubro de 2014, que regulamenta a certificação de união estável perante os serviços notariais e de registro. **Diário de Justiça Eletrônico do Conselho Nacional de Justiça**, Brasília, DF, n. 207, p. 1-4, 4 set. 2023[c]. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2023/08/Provimento-141.pdf>. Acesso em: 20 maio 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Plenário). **Recurso Extraordinário 1.366.243 Santa Catarina**. Relator: Min. Gilmar Mendes. Julgado em: 13 set. 2024. **Diário da Justiça Eletrônico**, Brasília, DF, n. 195, ed. 19 set. 2024[a]. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=6340910>. Acesso em: 26 mar. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Súmula Vinculante nº 60**. **Diário da Justiça Eletrônico**, Brasília, DF, n. 196, ed. 20 set. 2024[b]. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaSumula/direcionarConsultaSumulas.asp?seqSumula=1310>. Acesso em: 26 mar. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Plenário). **Recurso Extraordinário 566.471 Rio Grande do Norte**. Relator: Min. Marco Aurélio. Redator do acórdão: Min. Gilmar Mendes. Julgado em: 13 set. 2024. **Diário da Justiça Eletrônico**, Brasília, DF, n. 203, ed. 30 set. 2024[c]. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2561734>. Acesso em: 26 mar. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Súmula Vinculante nº 61**. **Diário da Justiça Eletrônico**, Brasília, DF, n. 206, ed. 3 out. 2024[d]. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaSumula/direcionarConsultaSumulas.asp?seqSumula=1311>. Acesso em: 26 mar. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Painel da Judicialização da Saúde**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Justiça, 2025[a]. Disponível em: <https://justica-em-numeros.cnj.jus.br/painel-saude/>. Acesso em: 27 jan. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Diagnóstico da judicialização da saúde pública e suplementar**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Justiça; Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2025[b]. 132 p. (Justiça Plural). ISBN 978-65-5972-204-4. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2025/07/251105-02-cnj-pnud-diagnostico-da-judicializacao-da-saude-publica-e-suplementar-1.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2026.

BRASIL. **Decreto Legislativo nº 181, de 7 de julho de 2025**. Aprova o texto da Convenção das Nações Unidas sobre Acordos Internacionais Resultantes de Mediação (Convenção de Singapura), assinada pelo Brasil em Nova Iorque, Estados Unidos da América, em 4 de junho de 2021, com reserva, nos termos do subparágrafo (a) do parágrafo 1 do Artigo 8 da referida Convenção, para eximir o Brasil de aplicá-la aos acordos resultantes de mediação dos quais sejam parte a República Federativa do Brasil, qualquer órgão de Estado ou qualquer pessoa que atue em nome de órgão de Estado. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 jul. 2025[c]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decleg/2025/decretolegislativo-181-7-julho-2025-797698-publicacaooriginal-175828-pl.html>. Acesso em: 28 jan. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Programas e ações**: Fórum da Saúde – Sistema e-NatJus. Brasília, DF: Conselho Nacional de Justiça, [2025d]. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/forum-da-saude-3/e-natjus/>. Acesso em: 1 maio 2025.

BRASIL. Conselho Nacional De Justiça. **Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde (Fonajus)**. Brasília: CNJ, [2025e]. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/forum-da-saude-3/>. Acesso em: 29 jan. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Enunciados sobre direito da saúde**. Brasília: CNJ, 2025[f]. 64 p. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2025/05/enunciados-sobre-direito-da-saude-v1-2025-05-21.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2026.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2026]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 30 jan. 2026.

BRETT, Jeanne M.; BARSNESS, Zoe I.; GOLDBERG, Stephen B. The effectiveness of mediation: an independent analysis of cases handled by four major service providers. **Negotiation Journal**, [S. l.], v. 12, n. 3, p. 259-269, jul. 1996. Disponível em: <https://direct.mit.edu/ngtn/article/12/3/259/122544/The-effectiveness-of-Mediation-An-Independent>. Acesso em: 24 abr. 2025.

BUSSAB, Wilton de Oliveira; MORETTIN, Pedro Alberto. **Estatística básica**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2010. 540 p. ISBN 978-8502207998.

CABRAL, Rafael. **A judicialização do direito à saúde e os desafios para efetivação do Sistema Único de Saúde**: uma análise sobre o SUS Mediado em Natal/RN. 2014. 57 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/36119>. Acesso em: 15 out. 2024.

CABRAL, Trícia Navarro Xavier. **Justiça Multiportas**. 1. ed. Cotia, SP: Editora Foco, 2024. ISBN: 978-65-8733-000-0.

CALAMANDREI, Piero. **Direito processual civil: estudos sobre o processo civil**. Tradução de Luiz Abezia e Sandra Drina Fernandez Barberly. Campinas, SP: Bookseller, 1999. (Coleção Ciência do Processo, v. 1). ISBN: 978-85-86543-00-1.

CALMON, Petrônio. **Fundamentos da mediação e da conciliação**. Brasília: Gazeta Jurídica, 2015. ISBN: 978-85-7975-040-0.

CAMPOS NETO, Orozimbo Henriques; ACURCIO, Francisco de Assis; MACHADO, Marina Amaral de Ávila et al. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 784-790, out. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000500004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/66MXhZ5GyBFwWYGLNKkX55P/?lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2025.

CAPPELLETTI, Mauro; GARTH, Bryant G. **Acesso à justiça**. Tradução de Ellen Gracie Northfleet. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris, 1978.

CAPPELLETTI, Mauro. Appunti su conciliatore e conciliazione. **Rivista Trimestrale di Diritto e Procedura Civile**, Milão, v. 35, n. 1, p. 49-65, jan. 1981. Disponível em: <https://biblioteca.sophia.com.br/terminal/9549/acervo/detalhe/243071>. Acesso em: 9 abr. 2025.

CASTRO, Mônica Silva Monteiro de et al. Quando o câncer chega aos tribunais: demandas oncológicas do sistema público de saúde de Belo Horizonte (2014–2019). **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, DF, v. 14, n. 4, p. 129-144, out./dez. 2025. DOI: <https://doi.org/10.17566/ciads.v14i4.1366>. ISSN: 2358-1824. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/1366>. Acesso em: 15 jan. 2026.

CHIEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita de Cássia Barradas. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 421-429, mar. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000300003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/btPynPdQLS3LzjgyLmRMGhR/>. Acesso em: 17 out. 2025.

CINTRA, Antônio Carlos de Araújo; GRINOVER, Ada Pellegrini; DINAMARCO, Cândido Rangel. **Teoria geral do processo**. São Paulo: Malheiros, 1998. 368 p. ISBN: 978-85-7420-052-5.

CONSELHO DA EUROPA. **Convenção Europeia para a Proteção dos Direitos Humanos e das Liberdades Fundamentais**. Roma, 4 nov. 1950. Entrada em vigor: 3 set. 1953. **Brasil não é signatário**. Disponível em: https://www.echr.coe.int/documents/convention_por.pdf. Acesso em: 26 mar. 2025.

CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO (COSEMS-SP). **Redução do índice de judicialização do programa ACESSA SUS no município de São Paulo de 2023 a 2024**. São Paulo: Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado de São Paulo, [2024]. Disponível em: <https://www.cosemssp.org.br/noticias/acervo-digital/reducao-do-indice-de-judicializacao-do-programa-acesa-sus-no-municipio-de-sao-paulo-de-2023-a-2024/>. Acesso em: 7 nov. 2025.

COSTA, Andressa Silva Bonfim da. **A mediação como instrumento de concretização do direito social à saúde**: estudo de caso da Câmara de Mediação em Direito da Saúde de Imperatriz - MA. 2021. 120 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Jurídico-Políticas) – Universidade Portucalense, Porto, 2021. Orientadora: Eva Dias Costa.

COSTA, Kátia Bones; SILVA, Luana Marques; OGATA, Mariana Noronha. A judicialização da saúde e o Sistema Único de Saúde: revisão integrativa. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, DF, v. 9, n. 2, p. 149-163, abr./jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.17566/ciads.v9i2.635>. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/635/741>. Acesso em: 17 out. 2025.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO SUL (Cremers). **Projeto SER Saúde busca reduzir judicialização**. Porto Alegre: Cremers, 28 fev. 2020. Disponível em: <https://cremers.org.br/projeto-ser-saude-busca-reduzir-judicializacao/>. Acesso em: 15 out. 2023.

DAWID, Paulo Evandro. **Séries temporais com quebras estruturais**. 2005. 110 f. Dissertação (Mestrado em Estatística) – Instituto de Matemática e Estatística, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/45/45133/tde-20210729-134638/>. Acesso em: 16 jan. 2025.

DEFENSORIA PÚBLICA DO DISTRITO FEDERAL; PROCURADORIA-GERAL DO DISTRITO FEDERAL; SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Acordo de Cooperação Técnica nº 1, de 2022**. Firmado entre a Defensoria Pública do Distrito Federal, a Procuradoria-Geral do Distrito Federal e a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal para reestruturação e operacionalização da Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde (CAMEDIS). Brasília, DF: Defensoria Pública do Distrito Federal, 2022. 12 p. Disponível em: https://transparencia.defensoria.df.gov.br/wp-content/uploads/2023/05/Acordo_de_Cooperacao_Tecnica_n.1.2022_PGDF_SES_DP.pdf. Acesso em: 20 maio 2025.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Projeto da Defensoria Pública do Estado com Secretaria de Saúde, Famurs e Cosems visa a redução da judicialização em saúde**. Porto Alegre: Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul, 27 fev. 2020. Disponível em: <https://www.defensoria.rs.def.br/projeto-da-defensoria-publica-do-estado-com-secretaria-de-saude-famurs-e-cosems-visa-a-reducao-da-judicializacao-em-saude>. Acesso em: 14 mai. 2025.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Projeto Ser Saúde é implantado em São Francisco de Assis pela Defensoria**. Porto Alegre: Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul, 26 mar. 2023. Disponível em: <https://www.defensoria.rs.def.br/projeto-ser-saude-e-implantado-em-sao-francisco-de-assis-pela-defensoria>. Acesso em: 14 mai. 2025.

DELDUQUE, Maria Célia; CASTRO, Eduardo Vazquez de. A Mediação Sanitária como alternativa viável à judicialização das políticas de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 506-513, abr./jun. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002017>. ISSN: 0103-1104. Disponível

em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/jP8XfgsPxNzZRz4c3mkX9qp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 jan. 2026.

DIDIER JR., Fredie. **Curso de direito processual civil: introdução ao direito processual civil, parte geral e processo de conhecimento**. 23. ed. Salvador: JusPodivm, 2021. v. 1. 680 p. ISBN: 978-65-8723-456-7.

DIDIER JR., Fredie; FERNANDEZ, Leandro. O sistema brasileiro de justiça multiportas como um sistema auto-organizado: interação, integração e seus institutos catalisadores. **Revista do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, n. 88, p. 165-192, abr./jun. 2023. ISSN: 0104-552X. Disponível em: https://www.mprj.mp.br/documents/20184/3978934/Fredie+Didier+Jr.+Leandro+Fernandez_RMP-886.pdf. Acesso em: 25 abr. 2025.

DIMITROV, Kostadin; MITEVA-KATRANZHEVA, Tsonka. Mediation in healthcare: enhancing conflict resolution between patients and physicians beyond the courtroom. **Cureus**, [S.l.], v. 16, n. 12, p. e75487, 10 dez. 2024. DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.75487>. ISSN: 2168-8184. Disponível em: <https://www.cureus.com/articles/289903-mediation-in-healthcare-enhancing-conflict-resolution-between-patients-and-physicians-beyond-the-courtroom#!>. Acesso em: 14 maio 2025.

DINAMARCO, Cândido Rangel. **A instrumentalidade do processo**. 14. ed. rev. e atual. São Paulo: Malheiros, 2009. 488 p. ISBN: 978-85-7674-351-4.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. 23. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 1.200 p. ISBN: 978-85-224-5678-9.

DISTRICT OF COLUMBIA COURTS (DCC). **Statistical summary: CY 2023**. Washington, DC: District of Columbia Courts, 2024. 23 p. Disponível em: https://www.dccourts.gov/sites/default/files/matters-docs/CY2023_Statistical_Summary.pdf. Acesso em: 24 abr. 2025.

DISTRITO FEDERAL. **Decreto nº 44.861, de 17 de agosto de 2023**. Institui a Comissão Especial Permanente da Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde (CAMEDIS) e dá outras providências. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF, 18 ago. 2023[a]. p. 1-4. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Decreto_CAMEDIS.pdf/2aeaa870-de97-c4e1-c9eb-f6a61be67c54?t=1708995899856. Acesso em: 20 maio 2025.

DISTRITO FEDERAL. **GDF reconhece a CAMEDIS como canal de diálogo entre Saúde e órgãos jurídicos**. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 18 ago. 2023[b]. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/web/guest/w/gdf-reconhece-a-camedis-como-canal-de-dialogo-entre-saude-e-orgaos-juridicos>. Acesso em: 20 maio 2025.

DISTRITO FEDERAL. **Secretaria de Saúde usará dados de ações judiciais para embasar estratégias de atuação**. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 23 ago. 2023[c]. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/w/secretaria-de-saude-usara-dados-de-acoes-judiciais-para-embasar-estrategias-de-atuacao>. Acesso em: 20 maio 2025.

EUFRÁSIO, Pedro Vítor da Rocha. **O princípio da eficiência nas prestações jurisdicionais sobre direito à saúde**. 2014. 97 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/items/657f54a3-8fc9-4683-9126-4571c6efeba4>. Acesso em: 20 maio 2025.

FERNANDES, Amanda Frederico Lopes. **Justiça consensual**: conciliação, mediação e arbitragem no direito processual brasileiro. 1. ed. São Paulo: Almedina, 2021. 320 p. ISBN: 978-65-8733-123-4.

FERRAZ, Octávio Luiz Motta. Health inequalities, rights, and courts: the social impact of the judicialization of health. In: YAMIN, Alicia Ely; GLOPPEN, Siri (Ed.). **Litigating health rights: can courts bring more justice to health?** Cambridge, MA: Harvard University Press, 2011. p. 76-102. (Human Rights Program Series). ISBN 978-0-674-06132-5. Disponível em: <https://www.hup.harvard.edu/catalog.php?isbn=9780674061325>. Acesso em: 17 out. 2025.

FIGUEIREDO, Iara Veloso Oliveira. **O direito à saúde no Brasil**: entre a judicialização e a desjudicialização. 2019. 180 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/785>. Acesso em: 20 maio 2025.

FILPO, Klever Paulo Leal. Soluções consensuais para demandas de saúde pública no Rio de Janeiro: práticas institucionais sob discussão. **Revista Eletrônica da Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 45-68, jul./dez. 2021. DOI: <https://doi.org/10.46818/pge.v4i2.213>. ISSN: 2595-6968. Disponível em: <https://revistaeletronica.pge.rj.gov.br/index.php/pge/article/view/213>. Acesso em: 20 maio 2025.

FLORIANO, Fabiana Rodrigues; BOEIRA, Larissa; BIELA, Camila Aparecida et al. Estratégias para abordar a Judicialização da Saúde no Brasil: uma síntese de evidências. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 181-196, jan. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023281.11932022>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/V8NqnZbjJ6wrFBVrsztMQvr/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2025.

FREIRE, Lucas. Diagnosticar falhas e solucionar litígios de saúde: o processo de criação da CRLS. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 38, n. 111, e3811104, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/3811104/2023>. ISSN: 0102-6909. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/prJLXK9RBcrYBBZwT9thJvS/>. Acesso em: 21 maio 2025.

GALANTER, Marc. Acesso à Justiça em um mundo de capacidade social em expansão. **Revista Brasileira de Sociologia do Direito**, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 37-49, jan./jun. 2015. DOI: <https://doi.org/10.5102/rbsd.v2i1.6>. Disponível em: <https://revista.abrasd.com.br/index.php/rbsd/article/view/6/12>. Acesso em: 9 abr. 2025.

GARIOLLI, Rodrigo de Moraes; LOUREIRO, Rodrigo Joverno; BEZERRA, Italla Maria Pinheiro. Graduação médica, a prescrição de medicamentos não incorporados ao SUS e a judicialização da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica, Brasília**, DF, v. 48, n. 4, e095, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v48.4-2024-0105>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/zG3ZNTLrxNtD5JjXWs9nLkP/>. Acesso em: 17 out. 2025.

GEBRAN NETO, João Pedro. Direito constitucional à saúde e suas molduras jurídicas e fáticas. In: SCHULZE, Clênio Jair; GEBRAN NETO, João Pedro. **Direito à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2019. p. 99-130.

GIMENEZ, Charlise Paula Colet. A justiça consensual no modelo múltiplas portas e a política pública norte-americana de gestão de conflitos. **Revista História: Debates e Tendências**, Passo Fundo, v. 22, n. 2, p. 67-92, maio/ago. 2022. DOI: <https://doi.org/10.5335/hdtv.22n.2.13469>. ISSN: 2236-0879. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/5524/552472327005/552472327005.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2025.

GODOY, Arnaldo Sampaio de Moraes. Construção e desconstrução doutrinária do conceito de interesse público no direito brasileiro. **Revista da AGU**, Brasília, DF, ano X, n. 28, p. 15-38, abr./jun. 2011. ISSN: 0104-9164. Disponível em: <https://revistaagu.agu.gov.br/index.php/AGU/article/view/159>. Acesso em: 13 maio 2025.

GOLDBERG, Stephen B.; SANDER, Frank E. A.; ROGERS, Nancy H.; COLE, Sarah Rudolph. **Dispute resolution**: negotiation, mediation, and other processes. 5. ed. New York: Aspen Publishers, 2012. 700 p. ISBN: 978-0735507104. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/494980598/Dispute-Resolution>. Acesso em: 30 abr. 2025.

GONÇALVES, Maria Helena; CABRAL, Maria Salomé. cold: An R Package for the Analysis of Count Longitudinal Data. **Journal of Statistical Software**, [S. l.], v. 99, n. 3, p. 1-34, 2021. DOI <https://doi.org/10.18637/jss.v099.i03>. Disponível em: <https://www.jstatsoft.org/article/view/v099i03>. Acesso em: 16 jan. 2025.

GRINOVER, Ada Pellegrini; WATANABE, Kazuo; LAGRASTA NETO, Caetano (coords.). **Mediação e gerenciamento do processo**: revolução na prestação jurisdicional. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2015. 320 p. ISBN: 978-85-224-8765-2.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conta-Satélite de Saúde**: Brasil 2010-2021. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102075_informativo.pdf. Acesso em: 16 nov. 2024.

IPEA. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Análises situacionais e retrospectivas**: acesso aos serviços públicos de saúde. Brasília, DF: Ipea, 2025[a]. 11 p. DOI: <https://dx.doi.org/10.38116/ri-eb-2050-acesso-saude>. Acesso em: 26 mar. 2025.

IPEA. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Pesquisa assistência farmacêutica no SUS**: gasto em medicamentos judicializados de estados e municípios participantes (2019-2023). Brasília, DF: Ipea, maio 2025[b]. 49 p. (Texto para Discussão, n. 3119). Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/entities/publication/0f667075-af71-45b0-823a-38e76119d3eb>. Acesso em: 17 out. 2025.

JAMS. **Healthcare mediation and arbitration**. [Irvine, CA]: JAMS, [2025]. Disponível em: <https://www.jamsadr.com/healthcare?tab=overview>. Acesso em: 23 mai. 2025.

JAYME, Francisco Gilson; DUTRA, Vinícius Borges. Dejudicialization and proceduralism based on the nature of conflicts and according to the Brazilian Constitution. **Revista Internacional CONSINTER de Direito**, Vila Nova de Gaia, n. 13, p. 341-356, dez. 2021. DOI: <https://doi.org/10.23907/2183-9522.2021.13.341-356>.

Disponível em: http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2183-95222021000200341&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 9 abr. 2025.

JOINVILLE. **Decreto nº 30.043, de 4 de dezembro de 2017**. Institui o Núcleo de Apoio Técnico ao Sistema de Justiça (NatJus) e regulamenta os procedimentos para prevenção e resolução administrativa de litígios na saúde pública. Joinville, SC: Prefeitura Municipal de Joinville, 2017. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/sc/j/joinville/decreto/2017/3005/30043/decreto-n-30043-2017-institui-o-nucleo-de-apoio-tecnico-ao-sistema-de-justica-NatJus-regulamenta-os-procedimentos-voltados-a-prevencao-e-resolucao-administrativa-de-litigios-na-saude-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 20 maio 2025.

LAMY, Marcelo. **Metodologia da pesquisa**: técnicas de investigação, argumentação e redação. 2. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Matrioska, 2020. 320 p. ISBN 978-6586050073.

LEAL JÚNIOR, João Carlos; PENHA, Renata Mayumi Sanomya. Acesso à justiça e o sistema multiportas de solução de conflitos no ordenamento jurídico brasileiro. **Revista Jurídica**, Porto Alegre, v. 74, n. 563, p. 23-58, set. 2024. ISSN: 0103-3506. Disponível em: <https://bd.tjdft.jus.br/items/a7dc228a-630d-47a7-9520-b0687d678db3>. Acesso em: 24 abr. 2025.

LEITÃO, Cristina. **As técnicas de conciliação e mediação pelo poder público no CPC**. Curitiba: PGE-PR, 2019. 45 p. Disponível em: https://www.pge.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2019-10/007astecnicasdeconciliacaoemediacaopelopoderpubliconocpc2017.pdf. Acesso em: 29 abr. 2025.

LIMA, Luísa Bragança Pires dos Santos; AGUIAR, Mônica Pereira. Mediação sanitária como instrumento de efetivação do direito fundamental à saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. e0015, jul./dez. 2022. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.rdisan.2022.179202>. ISSN: 2317-2770. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rdisan/article/view/179202>. Acesso em: 15 jan. 2026.

LIRA, Sachiko Araki. **Análise de correlação**: abordagem teórica e de construção dos principais coeficientes. 2004. 130 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004. Disponível em: https://www.ipardes.pr.gov.br/sites/ipardes/arquivos_restritos/files/documento/2019-09/sachiko_dissertacao_2004.pdf. Acesso em: 16 jan. 2025.

LIVELAW NEWS NETWORK. **Tech-driven justice**: unraveling the dynamics of online dispute resolution. LiveLaw, [s.l.], 9 jun. 2024. Disponível em: <https://www.livelaw.in/lawschool/tech-driven-justice-unraveling-the-dynamics-of-online-dispute-resolution-260028>. Acesso em: 24 abr. 2025.

LOPES, Luiz Carlos; BARBERATO FILHO, Silvio; COSTA, Andréia Cristina et al. Uso racional de medicamentos antineoplásicos e ações judiciais no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 620-628, ago. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000400007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/9Hr54wPh5jdKK4p6bw5fRnx/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2025.

LOPES, Luiz Mauricio Nunes et al. (Un)equitable distribution of health resources and the judicialization of healthcare: 10 years of experience in Brazil. **International Journal for Equity in Health**, London, v. 18, n. 10, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/server/api/core/bitstreams/020115a1-fbfe-43c2-a90a-427c2dc028f5/content>. Acesso em: 9 abr. 2025.

LOPES, Silvine Cecília Teixeira. **Análise do uso de plataforma digital para gestão das ações relacionadas à saúde**. 2023. 38 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Design de Sistemas Aplicado à Resolução de Conflitos e Gestão Processual) – Faculdade de Direito, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/server/api/core/bitstreams/fb0f8f06-f66f-4cfc-8042-2d13fc68cdf6/content>. Acesso em: 29 abr. 2025.

LUCHIARI, Valéria Ferioli Lagrasta. **Mediação judicial**: análise da realidade brasileira: origem e evolução até a Resolução n. 125, do Conselho Nacional de Justiça. Rio de Janeiro: Forense, 2012. 240 p. ISBN: 978-8530940560.

MACÊDO, Márcia Fernanda Silva. **A intervenção do poder judiciário no acesso a medicamentos no Rio Grande do Norte**: uma análise sob a ótica das políticas nacionais de medicamento e de assistência farmacêutica. 2013. 117 f. Dissertação (Mestrado em Política e Gestão Pública) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/items/c13b2bb8-4f71-411f-8643-5031bf18be04>. Acesso em: 29 abr. 2025.

MADUREIRA, Claudio Penedo. O código de processo civil de 2015 e a conciliação nos processos envolvendo a Fazenda Pública. In: MADUREIRA, Claudio Penedo (org.). **Justiça multiportas**: mediação, conciliação, arbitragem e outros meios de solução adequada para conflitos. 2. ed. Salvador: JusPodivm, 2018. p. 169-213. ISBN: 978-85-442-1234-5.

MANTOVANI, Willian Pollis; SPENGLER, Fabiana Marion. Mediação comunitária como mecanismo de acesso à justiça. **Revista Direitos Humanos e Democracia**, Ijuí, v. 12, n. 24, p. e14270, jan./dez. 2024. DOI: <https://doi.org/10.21527/2317-6105.2024.24.14270>. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/direitoshumanosedemocracia/article/view/14270>. Acesso em: 17 abr. 2025.

MARQUES, Cláudia Marília França Lima; DUTRA, Gabrielle Scola; WICHINHESKI, Tuani Josefa. A mediação sanitária como instrumento de efetivação do direito humano à saúde dos migrantes. **Scientia Iuris**, Londrina, v. 29, n. 2, p. 92-104, jan./jun. 2025. DOI: <https://doi.org/10.5433/2178-8189.2025v29n2p92-104>. ISSN: 2178-8189. Disponível em: <https://www.uel.br/revistas/uel/index.php/sci/article/view/49234>. Acesso em: 15 jan. 2026.

MARQUES, Suzana Barroso. O controle judicial das políticas e ações de saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 100-105, mar./jun. 2016. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v17i1p100-105>. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rdisan/article/view/117046/114644>. Acesso em: 17 out. 2025.

MARQUETO, Alessandra. **Análise normativa da Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde – CAMEDIS como instrumento de gestão na judicialização da saúde no Distrito Federal**. 2021. 115 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de

Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/50719>. Acesso em: 20 maio 2025.

MARQUETO, Alessandra; ABREU, Marcela Alves de; VENTURA, Miriam. 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**, Brasília, DF, v. 11, n. 4, p. 86-105, out./dez. 2022. DOI: <https://doi.org/10.17566/ciads.v11i4.922>. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/922>. Acesso em: 20 maio 2025.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de direito administrativo**. 18. ed. São Paulo: Malheiros, 2005. 1024 p. ISBN: 85-7420-650-7.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O lado oculto de uma pandemia**: a terceira onda da COVID-19 ou o paciente invisível. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2020. 114 p. Disponível em: <https://redehumanizausus.net/wp-content/uploads/2020/10/Terceira-Onda.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2025.

MENKEL-MEADOW, Carrie. Roots and inspirations: a brief history of the foundations of dispute resolution. In: MOFFITT, Michael L.; BORDONE, Robert C. (org.). **The handbook of dispute resolution**. San Francisco: Jossey-Bass, 2005. p. 13-31. ISBN: 978-0787975388. Disponível em: <https://dokumen.pub/the-handbook-of-dispute-resolution-9786468600-9780787975388-0787975389.html>. Acesso em: 30 abr. 2025.

MENKEL-MEADOW, Carrie. Regulation of dispute resolution in the United States of America: from the formal to the informal to the 'semi-formal'. In: STEFFEK, Felix et al. (ed.). **Regulating dispute resolution**: ADR and access to justice at the crossroads. Oxford: Hart Publishing, 2013. p. 419-454. ISBN: 978-1849463966. Disponível em: <http://scholarship.law.georgetown.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2300&context=facpub>. Acesso em: 29 abr. 2025.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS. **MPDFT lança relatório e painel de dados sobre a judicialização da saúde pública no DF**. Brasília, DF: Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, 16 ago. 2023. Disponível em: <https://www.mpdft.mp.br/portal/index.php/comunicacao-menu/sala-de-imprensa/noticias/noticias-2023/15092-mpdft-lanca-relatorio-e-painel-de-dados-sobre-a-judicializacao-da-saude-publica-no-df>. Acesso em: 20 maio 2025.

MORETTI, Natalia Pasquini. **Solução consensual de conflitos sanitários na esfera administrativa**. 2014. 142 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2134/tde-11022015-132957/>. Acesso em: 16 maio 2025.

MULLER, Jean-Marie. **Não-violência na educação**. Tradução de Tônia Van Acker. São Paulo: Palas Athenas, 2006. 150 p. ISBN: 978-85-7661-046-7.

NASCIMENTO, Dulce Maria Martins do. Mediação de conflitos na área da saúde: experiência portuguesa e brasileira. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, DF, v. 5, n. 3, p. 201-211, jul./set. 2016. DOI: <https://doi.org/10.17566/ciads.v5i3.333>. ISSN: 2358-1824. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/333>. Acesso em: 16 maio 2025.

NATIONAL CENTER FOR STATE COURTS (NCSC). **Court Statistics Project**. Williamsburg, VA: NCSC, [2025]. Disponível em: <https://www.courtstatistics.org>. Acesso em: 24 abr. 2025.

OKLAHOMA BAR ASSOCIATION. Early Settlement Mediation: a proven dispute resolution process. **Oklahoma Bar Journal**, Oklahoma City, v. 96, n. 3, mar. 2025. Disponível em: <https://www.okbar.org/barjournal/march-2025/early-settlement-mediation/>. Acesso em: 24 abr. 2025.

OLIVEIRA, Bruno da Cunha de. **Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NatJus)**: a criação de um sistema paralelo de avaliação de tecnologias em saúde. 2025. 92 f. Dissertação (Mestrado em Direito e Desenvolvimento) – Fundação Getúlio Vargas, Escola de Direito de São Paulo, São Paulo, 2025. Orientador: Daniel Wei Liang Wang. Disponível em: <https://repositorio.fgv.br/items/97b56b7c-f3d7-4888-a534-8ef761e42c0e>. Acesso em: 17 maio 2025.

OLIVEIRA, Luthyana Demarchi de; SPENGLER, Fabiana Marion. O Fórum Múltiplas Portas como política pública de acesso à justiça e à pacificação social. **Pensar: Revista de Ciências Jurídicas**, Fortaleza, v. 18, n. 2, p. 556-579, maio/ago. 2013. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/rpen/article/download/3085/pdf/12037>. Acesso em: 24 abr. 2025.

OLIVEIRA, Maria Rita de Moraes; DELDUQUE, Maria Célia; SOUSA, Maria Fátima de; MENDONÇA, Ana Valéria Machado. Judicialização da Saúde: para onde caminham as produções científicas? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 525-535, abr./jun. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/MXQmGQRJDVhFXrtDgJ3sFwd/>. Acesso em: 26 mar. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Proclamada pela Resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 10 de dezembro de 1948. Paris: Organização das Nações Unidas, 1948. 8 p. Disponível em: <https://www.un.org/pt/about-us/universal-declaration-of-human-rights>. Acesso em: 26 mar. 2025.

PAUMGARTTEN, Michele P. **Novo CPC**: métodos adequados de resolução de conflitos. Curitiba: Juruá, 2015. 240 p. ISBN: 978-85-362-5778-9.

PIERONI, Fabrizio de Lima. **A consensualidade e a administração pública**: a autocomposição como método adequado para a solução dos conflitos concernentes aos entes públicos. 2019. 120 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2019. Orientador: Anselmo Pietro Alvarez. Disponível em: <https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/22206/2/Fabrizio%20de%20Lima%20Pieroni.pdf>. Acesso em: 17 maio 2025.

PINTO, Marcos Paulo Alvarenga. Um olhar sobre a Lei de Mediação (Lei nº 13.140/2015): a resolução de conflitos pela Administração Pública. **Revista Meritum**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 195-220, jan./abr. 2022. DOI: <https://doi.org/10.46560/meritum.v17i1.9036>. Disponível em: <https://revista.fumec.br/index.php/meritum/article/view/9036>. Acesso em: 28 jan. 2026.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOINVILLE. **Joinville recebe prêmio por gestão de judicializações na saúde que gerou economia de R\$ 47 milhões**. Joinville, SC: Prefeitura Municipal de Joinville, 15 jul. 2022. Disponível em:

<https://www.joinville.sc.gov.br/noticias/joinville-recebe-premio-por-gestao-de-judicializacoes-na-saude-que-gerou-economia-de-r-47-milhoes/>. Acesso em: 20 maio 2025.

QUEIROZ, Cláudia Carvalho. **A mediação como instrumento concretizador do direito fundamental à saúde**: uma alternativa à judicialização de conflitos. 2013. 202 f. Dissertação (Mestrado em Constituição e Garantias de Direitos) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/items/41ae1123-af0c-43e5-abb0-05d2d570b82a>. Acesso em: 20 maio 2025.

QUEIROZ E SILVA, Jules Michelet Pereira. Conciliação no direito público brasileiro: a experiência do CIRADS no Rio Grande do Norte. **Revista Direito e Liberdade**, Natal, v. 12, n. 1, p. 45-68, jan./jun. 2011. ISSN: 1982-0498. Disponível em: https://www.esmarn.tjrn.jus.br/revistas/index.php/revista_direito_e_liberdade/article/view/417. Acesso em: 20 maio 2025.

RINGEISEN, Ana Tereza da Silva. **Mediação de conflitos no Sistema Único de Saúde**: visões e práticas de uma experiência no município de Natal/RN. 2016. 119 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/21748>. Acesso em: 15 out. 2024.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. **Governo estabelece parceria e lança Projeto SER Saúde para reduzir judicialização**. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde, 28 fev. 2020. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/governo-estabelece-parceria-e-lanca-projeto-ser-saude-para-reduzir-judicializacao>. Acesso em: 14 mai. 2025.

ROSADO, Fernando. **Outliers em dados estatísticos**. Covilhã: Sociedade Portuguesa de Estatística, 2006. 124 p. ISBN 972-8890-07-9. Disponível em: https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=515261006&att_display=n&att_download=y. Acesso em: 16 jan. 2025.

SALES, Lília Maia de Moraes; SOUSA, Mariana Almeida de. O sistema de múltiplas portas e o Judiciário brasileiro. **Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça**, Porto Alegre, v. 5, n. 16, p. 204-220, jul./set. 2011. DOI: <https://doi.org/10.30899/dfj.v5i16.360>. Disponível em: <https://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/360/467>. Acesso em: 24 abr. 2025.

SANDER, Frank E. A. Varieties of dispute processing. In: UNITED STATES. Congress. House. Committee on the Judiciary. Subcommittee on Courts, Civil Liberties, and the Administration of Justice. **Dispute Resolution Act**: hearings before the Subcommittee on Courts, Civil Liberties, and the Administration of Justice of the Committee on the Judiciary House of Representatives, Ninety-Fifth Congress, Second Session, on S. 957. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1978. Apêndice 1 (a)(1), p. 184-207. Disponível em: https://www.google.com/books/edition/Dispute_Resolution_Act/fs-snPu0MPQC?hl=en&gbpv=0. Acesso em: 24 abr. 2025.

SANDER, Frank E. A.; CRESPO, Mariana Hernandez. Diálogo entre os professores Frank Sander e Mariana Hernandez Crespo: explorando a evolução do Tribunal Multiportas. In: ALMEIDA, Rafael Alves de; ALMEIDA, Tania; CRESPO, Mariana Hernandez (org.). **Tribunal Multiportas**: investindo no capital social para maximizar o sistema de solução de conflitos no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2012. p. 32.

Disponível em: https://www.jfpe.jus.br/images/stories/docs_pdf/biblioteca/livros_online/tribunal_multiportas.pdf. Acesso em: 24 abr. 2025.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Para uma revolução democrática da Justiça**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011. 160 p. (Coleção Questões da Nossa Época, v. 138). ISBN: 978-8524912443.

SÃO PAULO (Estado). Tribunal de Justiça. Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania - Saúde. **Dados estatísticos: CEJUSC Saúde**. São Paulo: TJSP, 25 jun. 2025. Mensagem eletrônica enviada a Sergio Luiz de Matteo. Solicitação #55793301. 1 arquivo anexado.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. **Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 171-213, jan./jun. 2007. DOI: <https://doi.org/10.30899/dfj.v1i1.590>. Disponível em: <https://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/590>. Acesso em: 26 mar. 2025.

SAÚDE pública: mediação evitou que 406 queixas virassem processo. **Metrópoles**, Brasília, DF, 4 dez. 2023. Disponível em: <https://www.metropoles.com/distrito-federal/df-saude-novembro>. Acesso em: 20 maio 2025.

SCHIER, Paulo Ricardo. Ensaio sobre a supremacia do interesse público sobre o privado e o regime jurídico dos direitos fundamentais. **A&C - Revista de Direito Administrativo & Constitucional**, Belo Horizonte, ano 11, n. 44, p. 13-36, abr./jun. 2011. Disponível em: <https://revistaaec.com/index.php/revistaaec/article/view/610>. Acesso em: 6 maio 2025.

SCHULZE, Clênio Jair. Direito à saúde e o Poder Judiciário. In: SCHULZE, Clênio Jair; GEBRAN NETO, João Pedro. **Direito à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2019. p. 131-162. ISBN: 978-85-9501-123-4.

SILVA, Eduardo Cunha da; MONTEIRO, Lilyan Rosmery Luizaga de. Desjudicialização da saúde: análise dos dados do NatJus Municipal de Araguaína-TO, no período de 2012 a 2022. **JNT-FACIT Business and Technology Journal**, Araguaína, v. 2, n. 45, p. 332-336, set. 2023. ISSN: 2526-4281. Disponível em: <http://revistas.faculdefacit.edu.br/index.php/JNT/article/view/2459>. Acesso em: 20 maio 2025.

SPENGLER, Fabiana Marion. Mediação: um retrospecto histórico, conceitual e teórico. In: SPENGLER, Fabiana Marion; SPENGLER NETO, Theobaldo (org.). **Mediação enquanto política pública: a teoria, a prática e o projeto de lei**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2010. p. 15-48. ISBN: 978-85-7578-123-4. Disponível em: <https://repositorio.unisc.br/jspui/bitstream/11624/1838/1/Media%20pol%C3%ADtica%20p%C3%BAblica.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2025.

SPENGLER, Fabiana Marion. **Da jurisdição à mediação: por uma outra cultura no tratamento de conflitos**. 2. ed. Ijuí: Editora Unijuí, 2016. 280 p. ISBN: 978-85-419-0123-4.

TARTUCE, Fernanda. **Mediação nos conflitos civis**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2019. 480 p. ISBN: 978-85-309-8765-4.

TARTUCE, Fernanda; DELLORE, Luiz. Autocomposição em processos envolvendo a Fazenda Pública. **Revista Eletrônica de Direito Processual**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1-28, set./dez. 2020. Disponível em:

<https://periodicos.ufes.br/processocivilinternacional/article/view/26035>. Acesso em: 28 jan. 2026.

THEODORO JÚNIOR, Humberto; ANDRADE, Érico. Novas perspectivas para atuação da tutela executiva no direito brasileiro: autotutela executiva e "desjudicialização" da execução. **Revista de Processo**, São Paulo, v. 46, n. 315, p. 109-158, maio 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0100-6045.2021.V44N3.AR>. Disponível em: <https://www.revistadeprocesso.com.br/artigo/novas-perspectivas-para-atuacao-da-tutela-executiva-no-direito-brasileiro-autotutela-executiva-e-desjudicializacao-da-execucao/>. Acesso em: 25 abr. 2025.

TUSHNET, Mark. Alternative forms of judicial review. **Michigan Law Review**, Ann Arbor, v. 101, n. 8, p. 2781-2802, Aug. 2003. Disponível em: <https://repository.law.umich.edu/mlr/vol101/iss8/9/>. Acesso em: 22 maio 2025.

URQUIZA, Antônio Hilário Aguilera; CORREIA, Adelson Luiz. Acesso à justiça em Cappelletti/Garth e Boaventura de Souza Santos. **Revista de Direito Brasileira**, São Paulo, v. 20, n. 8, p. 305-319, maio/ago. 2018. DOI: <https://doi.org/10.5585/rdb.v20i8.3844>. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/rdb/article/view/3844/4002>. Acesso em: 26 mar. 2025.

UNITED STATES. Department of Health and Human Services. **Mediation**. [Washington, DC]: U.S. Department of Health and Human Services, [2025]. Disponível em: <https://www.hhs.gov/es/about/agencies/dab/adr-services/mediation/index.html>. Acesso em: 23 maio 2025.

VASCONCELOS, Nádia Pena. Entre justiça e gestão: colaboração interinstitucional na judicialização da saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p. 923-949, jul./ago. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200121>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/9tTLBHPyj4ygN3pnwgQw4ng/?lang=pt>. Acesso em: 9 abr. 2025.

VASCONCELOS, Natalia Pires de. Entre justiça e gestão: colaboração interinstitucional na judicialização da saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p. 923-949, jul./ago. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/9tTLBHPyj4ygN3pnwgQw4ng/?lang=pt>. Acesso em: 9 abr. 2025.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Direito à saúde no Brasil**: seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2020. 46 p. (Texto para Discussão, n. 2547). ISBN: 978-65-5635-000-0. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9714/1/TD_2547.pdf. Acesso em: 26 mar. 2025.

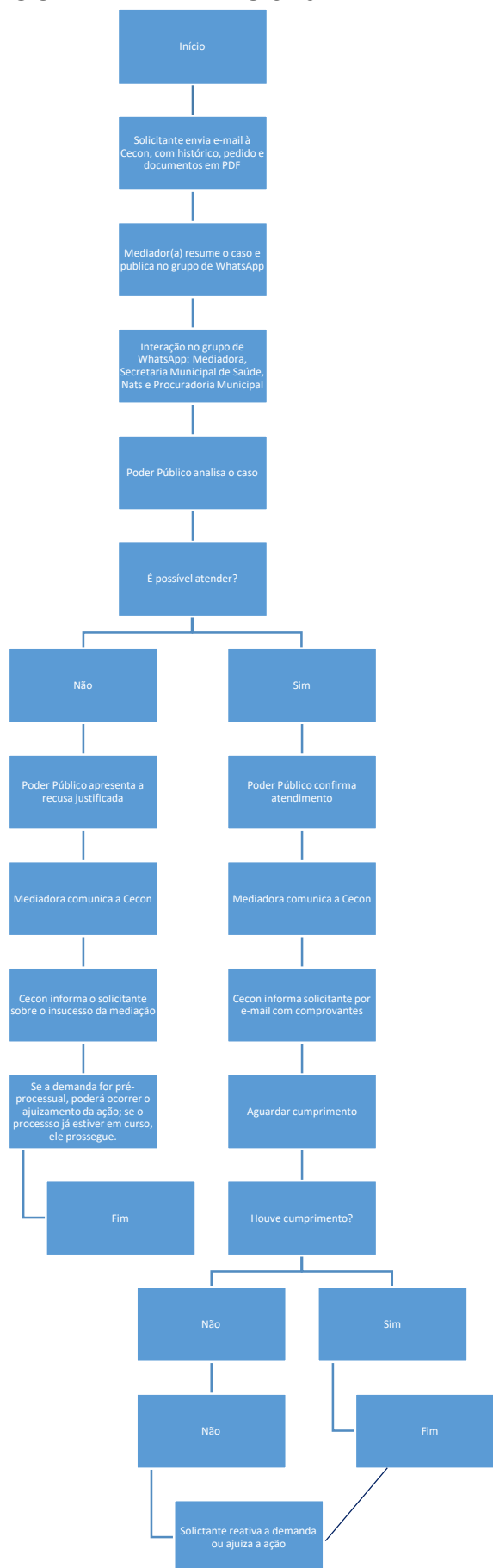
VIEIRA, Fabiola Sulpino et al. **Beneficiômetro da Seguridade Social**: a relevância do Sistema Único de Saúde para a população brasileira. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2023. 52 p. (Texto para Discussão, n. 2935). ISBN: 978-65-5635-293-6. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/12479/1/TD_2935_web.pdf. Acesso em: 26 mar. 2025.

WANG, Daniel Wei Liang. Right to health litigation in Brazil: the problem and the institutional responses. **Human Rights Law Review**, Oxford, v. 15, n. 4, p. 617-641,

2015. DOI: <https://doi.org/10.1093/hrlr/ngv025>. Disponível em: <https://qmro.qmul.ac.uk/xmlui/bitstream/handle/123456789/11469/Wang%20Healthcare%20Litigation%20in%20Brazil%20Accepted%202015.pdf?sequence=2>. Acesso em: 22 abr. 2025.

ZANELATTO, Isabele Silveira. **O acesso à saúde e a diminuição da judicialização das políticas públicas de saúde por meio da mediação**: uma análise acerca da (im)possibilidade de implementação do programa "SUS Mediado" no Estado de Santa Catarina. 2020. 161 f. Monografia (Graduação em Direito) – Universidade do Sul de Santa Catarina, Itajaí, 2020. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/items/db534908-b0e4-41be-a578-607a1f0df532>. Acesso em: 13 mai. 2025.

APÊNDICE 1 – FLUXOGRAMA CAMEDS JF3R



APÊNDICE 2 - DEMANDAS QUE TRAMITARAM NA CAMEDS JF3R NO ANO DE 2020

Demandas Atendidas (Total ou Parcialmente)

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
1	Consultas (neurocirurgia, acupuntura, fisioterapia, urologia)	Parcialmente atendida	Sem vagas para doppler de bolsa escrotal e cirurgia urológica.	13 dias
2	Consultas e outros (fisioterapia, fraldas, sonda)	Parcialmente atendida	Agendada consulta com fisioterapeuta. Não constam informações sobre o atendimento das demais solicitações.	7 dias
3	Exame (colonoscopia)	Atendida		7 dias
4	Consultas (ortopedia e neurocirurgia)	Parcialmente atendida	Agendada consulta com ortopedista. A equipe do Município entrou em contato com a demandante e ela informou que já havia realizado neurocirurgia em hospital particular	6 dias
5	Cirurgia (ortopedia - joelho, implante)	Parcialmente Atendida	Agendada consulta para avaliação.	Não especificada
6	Consultas (ortopedia, neurocirurgião, fisioterapia)	Atendida		8 dias

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
7	Antecipação de procedimento (dermatologia plástica)	Atendida	Agendada consulta com dermatologista.	10 dias
8	Consulta e exames (reumatologia, eletroneuromiografia)	Parcialmente atendida	Agendada consulta. Não foram encontradas solicitações em aberto para os exames	8 dias
9	Cirurgia (vascular)	Atendida		1 dia
10	Exame (tomografia de coerência óptica)	Atendida		1 dia
11	Equipamento (cadeira de rodas)	Parcialmente Atendida	Iniciados os procedimentos para compra da cadeira.	Resposta em até 24 horas
12	Cirurgia (estrabismo)	Parcialmente Atendida	Agendada consulta com oftalmologista para avaliação.	5 dias
13	Cirurgia (artroscopia)	Parcialmente Atendida	Agendada consulta com ortopedista para avaliação.	11 dias
14	Consultas (oftalmologia)	Atendida		Resposta em até 24 horas
15	Consultas (cirurgia ginecológica)	Atendida	Agendada consulta com especialista.	Resposta em até 24 horas

Demandas Não Atendidas ou Prejudicadas

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
1	Medicamento (Daflon, Cedraflon)	Não Atendida	Foi informado que os medicamentos solicitados não estão padronizados no âmbito do SUS. Também foram fornecidas informações sobre os tratamentos disponíveis e o procedimento de encaminhamento de solicitações especiais para análise da possibilidade de fornecimento dos medicamentos requeridos em caráter excepcional.	23 dias
2	Cirurgia (nefrectomia)	Não Atendida	Consta informação da Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS) de que não existe solicitação para cirurgia cadastrada no sistema. Encerrado sem solução.	10 dias
3	Antecipação de procedimento (neurocirurgia)	Não Atendida	Município de Guarulhos comunicou impossibilidade de atendimento da demanda.	1 dia

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
4	Medicamento (Alfa-Glicosidase)	Não Atendida	Deve-se seguir o rito de medicamento de alto custo.	2 dias

APÊNDICE 3 - DEMANDAS QUE TRAMITARAM NA CAMEDS JF3R NO ANO DE 2021

Demandas Atendidas (Total ou Parcialmente)

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
1	Cirurgia (Ortopedia – hérnia)	Atendida	Agendada consulta de avaliação.	2 dias
2	Consultas (endocrinologia, neurologia) Exames (ressonância, eletroneuromiografia, polissonografia, videolaringoscopia)	Parcialmente Atendida	1. Ressonância Magnética da coluna lombro-sacra adulto sem uso de contraste e sedação: foi informado ao demandante que o procedimento não pôde ser realizado devido ao peso limite da máquina, que é de 130kg; 2. Consulta nas especialidades endocrinologia e metabologia: o pedido não atendido, pois não há médico na especialidade disponível no Município de Guarulhos; 3. Polissonografia convencional: aguardando a abertura da agenda; 4. Videolaringoscopia: foi informado que o procedimento já foi agendado, mas o	4 dias

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
			comprovante não foi fornecido, devendo ser obtido na UBS de referência do demandante; 5. Eletroneuromiografia dos quatro membros: procedimento agendado; 6. Consulta em neurologia: necessário a apresentação de um pedido médico para realizar o agendamento.	
3	Exame (ressonância de coluna)	Atendida		3 dias
4	Cirurgia (oncologia)	Atendida	A cirurgia foi realizada no dia 20/07/2021.	4 dias
5	Cirurgia (aneurisma)	Parcialmente Atendida	Agendada consulta de avaliação.	2 dias
6	Cirurgia (pequenas cirurgias – unha)	Atendida	Procedimento agendado.	8 dias
7	Ressonância magnética (joelho e ombros)	Atendida		11 dias

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
8	Outros (adaptação de aparelho auditivo)	Parcialmente Atendida	Consulta de avaliação agendada.	16 dias
9	Exame (colonoscopia)	Atendida		15 dias
10	Cirurgia (prótese)	Parcialmente Atendida	Consulta de avaliação agendada.	104 dias
11	Consultas (neuropediatria, geneticista) Exame (ressonância)	Parcialmente Atendida	Agendada apenas a consulta com geneticista.	11 dias
12	Cirurgia (neurocirurgia – coluna)	Atendida		102 dias
13	Exame (broncoscopia)	Atendida		1 dia

Demandas Não Atendidas ou Prejudicadas

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
1	Consulta (neurocirurgia)	Não Atendida	A demanda não foi atendida em razão da pandemia de Covid 19.	1 dia

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
2	Consulta (reumatologia, oftalmologia)	Não Atendida	A demanda não foi atendida em razão da pandemia de Covid-19	Resposta em até 24 horas
3	Consulta (psiquiatria)	Não Atendida		231 dias
4	Cirurgia (ortopedia – quadril)	Não Atendida	Informada a impossibilidade de atendimento da demanda, haja vista que o Município de Guarulhos não possui unidade referenciada para realização de cirurgia de quadril, por ser procedimento de alta complexidade. Foi informado, também, que a fila de espera na especialidade é de 300 pacientes, e o paciente mais antigo aguarda desde 24/04/2017.	16 dias
5	Medicamentos (Insulina Lantus; Insulina Novorapid; agulha; fitas para glicemia)	Não Atendida	Não foi possível atender a demanda, tendo em vista que as medicações de alto custo possuem procedimento próprio para requerimento perante a Secretaria Estadual de Saúde.	1 dia
6	Cirurgia (ortopedia – prótese de quadril)	Não Atendida	Foi informado que existem 97 pacientes aguardando a realização desse tipo de	Resposta em até 24 horas

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
			cirurgia e, em razão da pandemia de Covid-19, as cirurgias eletivas ainda não retornaram à normalidade.	

APÊNDICE 4 - DEMANDAS QUE TRAMITARAM PELA CAMEDS JF3R NO ANO DE 2022

Demandas atendidas (total ou parcialmente)

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
1	Cirurgia (ortopedia - pé)	Parcialmente Atendida	O Município de Guarulhos informou que não possui unidade referenciada para o procedimento solicitado. Aguarda posicionamento da Diretoria Regional de Saúde. Consulta agendada na Santa Casa de Mogi das Cruzes, a fim de verificar é possível atender o caso.	41 dias
2	Cirurgia (gastrocirurgia)	Atendida		21 dias
3	Consultas (endocrinologia, neurocirurgia, dermatologia)	Parcialmente Atendida	Agendadas consultas com dermatologista e endocrinologista. Não há vaga para consulta em neurocirurgia.	13 dias
4	Antecipação de consulta	Atendida		15 dias
5	Cirurgia (hérnia)	Parcialmente Atendida	Agendada consulta de avaliação.	179 dias
6	Cirurgia (oftalmologia - catarata)	Parcialmente Atendida	Agendada consulta de avaliação.	14 dias

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
7	Cirurgia e exames (oncologia)	Parcialmente Atendida	Agendados os exames pré-operatórios pendentes.	3 dias
8	Consulta (neurocirurgia)	Atendida	O Município de Guarulhos informou que o demandante foi incluído em uma lista de mutirão do Hospital Padre Bento e deverá ser chamado em breve.	2 dias
9	Consulta (neurocirurgia)	Atendida	O Município de Guarulhos informou que a demandante foi incluída em uma lista de mutirão do Hospital Padre Bento e deverá ser chamada em breve.	56 dias
10	Consulta (neurocirurgia)	Atendida	Consulta agendada.	1 dia
11	Cirurgia (ortopedia - quadril) Exame (eletro-neuromiografia)	Parcialmente Atendida	Agendada consulta de avaliação para a cirurgia ortopédica. Foi informado que não há disponibilidade de eletro-neuromiografia no Município de Guarulhos, tampouco há oferta de cotas pela Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS).	1 dia

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
12	Consulta (Oftalmologia)	Atendida		1 dia
13	Consulta (endocrinologista) Exame (endoscopia digestiva)	Atendida		1 dia
14	Cirurgia (ortopedia - quadril)	Parcialmente Atendida	Caso foi redirecionado ao Hospital Geral de Guarulhos.	3 dias
15	Cirurgia (ortopedia – quadril)	Parcialmente Atendida	Agendada consulta de avaliação.	16 dias
16	Cirurgia (cabeça e pescoço)	Parcialmente Atendida	A ausência de profissional especializado na rede municipal e a exclusão do diagnóstico da paciente (CID) da oferta estadual não impediram que o Município viabilizasse, por meio da Diretoria de Saúde do Estado, consulta na Santa Casa de São Paulo.	21 dias
17	Cirurgia (ginecologia)	Atendida	Agendada consulta de avaliação.	7 dias
18	Cirurgia (ortopedia – joelho)	Atendida	Agendada consulta de avaliação.	2 dias

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
19	Cirurgia (ortopedia – joelho)	Atendida	Agendada consulta de avaliação.	Resposta em até 24 horas
20	Cirurgia (neurocirurgia)	Atendida	Agendada consulta de avaliação.	1 dia
21	Exames (Holter; Eletrocardiograma)	Atendida		29 dias
22	Cirurgia (ortopedia – quadril)	Atendida	Agendada consulta de avaliação.	25 dias
23	Cirurgia (geral)	Parcialmente Atendida	Agendada consulta de avaliação.	Resposta em até 24 horas
24	Consulta (oftalmologia)	Atendida	Consulta agendada.	23 dias
25	Consultas (nefrologia, urologia, cardiologia)	Parcialmente Atendida	Preexistia agendamento para consulta urológica. Foi realizado agendamento para cardiologia. Permaneceu pendente resposta quanto ao agendamento para nefrologia.	Resposta em até 24 horas
26	Tratamento (fisioterapia) Exame (estudo urodinâmico)	Atendida	Foram realizados agendamentos para avaliação fisioterapêutica, consulta em ortopedia e avaliação urodinâmica completa.	Resposta em até 24 horas

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
27	Exame (eletroneuromiografia)	Parcialmente Atendida	Foi agendado exame de eletroneuromiografia do membro superior. A instituição informou que dispunha de apenas uma cota de atendimento, exclusivamente para o membro superior direito. Orientou-se a demandante a comparecer com sua documentação médica e o pedido de exame, a fim de tentar realizar o procedimento também no membro superior esquerdo	3 dias

Demandas Não Atendidas ou Prejudicadas

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
1	Acompanhamento médico (medicina fetal)	Prejudicada	O Município de Guarulhos informou que a demandante já é acompanhada pela equipe de Medicina Fetal do Hospital das Clínicas de São Paulo.	56 dias
2	Cirurgia (oncologia)	Não Atendida	Foi informado que, em razão da demanda e da existência	Resposta em até 24 horas

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
			de fila de espera, o caso deverá ser ajuizado.	
3	Tratamento (oncologia)	Não Atendida	Foi informado que não é possível o atendimento em razão da existência de fila de espera.	Resposta em até 24 horas
4	Exames (retossigmoidoscopia, tomografia, ressonância magnética)	Não Atendida	A demandante deverá protocolar os pedidos de atendimento junto à Unidade Básica de Saúde (UBS), a fim de que a solicitação seja registrada no sistema municipal de regulação	1 dia
5	Tratamento (oncologia)	Não Atendida	O Município de Guarulhos informou que o caso foi aceito pela Rede Hebe Camargo, encontrando-se em fase de agendamento. A ausência de contato institucional entre a Cameds JF3R e a Rede Estadual de Saúde inviabiliza qualquer intervenção para agilizar o agendamento. Orientou-se o demandante de que, caso a demora persista, poderá recorrer à ação judicial, seja	6 dias

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
			por intermédio de advogado particular, seja pela Defensoria Pública da União.	
6	Cirurgia (ortopedia – quadril)	Encerrada sem atendimento	Demandante não retornou o contato.	

APÊNDICE 5 - DEMANDAS QUE TRAMITARAM NA CAMEDS JF3R NO ANO DE 2023

Demandas Atendidas (total ou parcialmente)

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
1	Cirurgia (oftalmologia – correção de estrabismo)	Parcialmente Atendida	Agendada consulta de avaliação.	Resposta em até 24 horas
2	Medicamentos	Atendida	Agendado atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) para emissão de receituário correto.	8 dias
3	Consultas diversas	Parcialmente Atendida	Não foram especificadas as especialidades das consultas. Consta a informação de que uma das consultas demandas não foi agendada.	1 dia
4	Cirurgia (urologia)	Atendida	Cirurgia agendada.	1 dia
5	Cirurgia (nefrologia)	Parcialmente Atendida	Agendada consulta de avaliação.	5 dias
6	Outros (atendimento multidisciplinar domiciliar)	Parcialmente Atendida	Realizada visita de avaliação.	2 dias
7	Cirurgia (litolitripsia)	Parcialmente Atendida	Agendada consulta de avaliação.	2 dias

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
8	Consultas (neurologia, pneumologia)	Atendida		22 dias
9	Consulta (neurologia infantil)	Atendida		24 dias
10	Consulta (psiquiatria infantil)	Atendida		23 dias
11	Cirurgia (ortopedia - prótese total do quadril esquerdo)	Atendida	Demandante internando em 02/05/2023 para a realização da cirurgia no Hospital Estadual Mário Covas.	27 dias
12	Consulta (avaliação cirúrgica)	Atendida		3 dias
13	Cirurgia (ortopedia - ombro)	Parcialmente Atendida	Agendada consulta de avaliação.	14 dias
14	Exame (tomografia computadorizada)	Atendida		3 dias
15	Equipamentos e insumos (cama hospitalar, órtese e fraldas)	Parcialmente Atendida	Quanto aos insumos solicitados: a cama hospitalar não será fornecida; e fraldas serão disponibilizadas em quantidade reduzida. Agendado acompanhamento no Centro	1 dia

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
			Especializado em Reabilitação (CER).	
16	Cirurgia (urologia)	Parcialmente Atendida	Agendada consulta de avaliação.	Resposta em até 24 horas
17	Cirurgia (ortopedia - retirada de material de síntese, com posterior realização de artroplastia)	Parcialmente Atendida	Agendada consulta de avaliação.	5 dias
18	Consulta (psicologia)	Atendida		2 dias
19	Outros (acompanhamento por neurologista pediátrico e equipe multidisciplinar)	Atendida		Não especificado.
20	Outros (acompanhamento multidisciplinar)	Atendida		8 dias
21	Exame (tomografia computadorizada)	Atendida		58 dias
22	Outros (transporte para frequentar terapias). Insumos (fraldas). Medicamento (valproato de sódio)	Atendida		36 dias

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
23	Consulta (neurologia)	Atendida		Não especificado.
24	Terapias (fisioterapia motora, fonoaudiologia, equoterapia e hidroterapia) Insumos (fraldas)	Parcialmente Atendida	Agendamentos realizados: fisioterapia, fonoaudiologia, avaliação multiprofissional em reabilitação neurológica Acompanhamento nutricional em andamento. Encaminhamento para equoterapia na Universidade de Guarulhos (UNG) efetivado. Hidroterapia não é procedimento padronizado no SUS.	7 dias
25	Exames (cintilografia, gastroesofágica, cintilografia renal estática com DMSA, endoscopia digestiva alta e uretrocistografia miccional)	Atendida		Não especificado.
26	Insumos (prótese de membro amputado)	Parcialmente Atendida	Agendadas consultas com ortopedista e fisioterapeuta.	8 dias
27	Tratamento (esquizofrenia)	Atendida		3 dias

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
28	Consulta (ortopedia) Cirurgia (ortopedia – prótese do joelho)	Parcialmente Atendida	Agendada consulta de avaliação.	10 dias
29	Cirurgias (ortopédica - pelve, mão)	Parcialmente Atendida	Foi informado à família do demandante a necessidade de protocolar as solicitações junto à Unidade Básica de Saúde (UBS) para inserção no sistema municipal de regulação. Posteriormente, foi agendada consulta em ortopedia no Hospital Municipal de Criança e Adolescente de Guarulhos (HMCA) para onde foram encaminhadas as solicitações, a fim de que se iniciasse a fase de articulação com a Coordenação da Atenção Primária à Saúde (DAIS) para viabilizar a inserção dos pedidos no sistema municipal. Conforme informado, após a inserção das solicitações, proceder- se-á à busca pelos recursos demandados, com posterior	27 dias

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
			comunicação às partes interessadas.	
30	Consulta (otorrino)	Atendida		6 dias
31	Terapia (psicoterapia longitudinal)	Atendida		11 dias
32	Cirurgia (laqueadura)	Parcialmente Atendida	Processo de laqueadura eletiva aprovado em 22/06/2023, aguardando vaga no sistema de regulação municipal (protocolado em 04/05/2023). Em 28/08/2023, a Regulação Municipal de Atenção à Saúde/Atenção Primária à Saúde (RAMI/DAIS) informou aprovação e aguardo de vaga. Em 29/08/2023, constatada indisponibilidade de vagas; agendada consulta pré-operatória no Hospital Municipal Pimentas Bonsucesso (HMPB) para 05/09/2023, 12h.	4 dias
33	Consultas (nutricionista)	Atendida		7 dias

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
	Terapias (fonoaudiologia, psicologia e terapia ocupacional)			
34	Cirurgia (geral)	Parcialmente Atendida	Agendadas consultas de avaliação.	3 dias
35	Outros (transporte para tratamento de saúde - hemodiálise)	Parcialmente Atendido	Foram disponibilizadas informações para que a demandante possa solicitar o transporte perante o serviço municipal.	5 dias
36	Cirurgia (nefrolitotomia)	Parcialmente Atendido	Agendada consulta de avaliação.	1 dia
37	Cirurgia (timpanotomia, adenoamigdalectomia)	Parcialmente Atendida	Agendadas consultas de avaliação.	2 dias
38	Equipamento (cadeira de rodas)	Parcialmente Atendida	Agendada consulta de avaliação.	2 dias
39	Exame (genética) Consultas (neurologista e psiquiatra) Terapia (fono, terapia ocupacional e psicologia)	Atendida		5 dias

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
40	Consulta (nutricionista, fonoaudiólogo)	Atendida		Resposta em até 24 horas
41	Exames (sangue, tomografia) Consulta (anestesiologista e psiquiatria infantil)	Parcialmente Atendida	Tomografia agendada. Exames laboratoriais e consulta psiquiátrica confirmados. Avaliação anestesiológica será requisitada pelo serviço cirúrgico responsável pelo procedimento.	6 dias
42	Terapias (psicoterapia comportamental, fono, terapia ocupacional, musicoterapia, psicomotricidade, psicopedagogia, terapia nutricional e terapia parental e familiar).	Parcialmente Atendida	Agendada avaliação multiprofissional para reabilitação neurológica	Não especificado.
43	Equipamento (cadeira de rodas)	Parcialmente Atendida	Agendada consulta de avaliação.	4 dias
44	Terapias (psicólogo, fonoterapia e terapia ocupacional)	Atendida	Agendada avaliação multiprofissional para reabilitação neurológica.	5 dias

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
45	Equipamento (cadeira de rodas adaptada)	Parcialmente Atendida	Agendadas consultas de avaliação.	9 dias
46	Equipamento (elevador de transferência)	Parcialmente Atendida	Pedido foi incluído em processo de compras	6 dias

Demandas Não Atendidas ou Prejudicadas

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
1	Outros (internação de longa permanência - idosa)	Não Atendida	Idosa recusa internação; sugerida reunião familiar.	Resposta em até 24 horas
2	Consulta e cirurgia (ortopedia)	Não Atendida	Retorno da Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS) indica inviabilidade do encaminhamento.	34 dias
3	Outros (acolhimento em unidade psicossocial permanente)	Não Atendida	A família relatou que providenciou internação particular do demandante em São Paulo - SP, por iniciativa própria.	8 dias

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
4	Medicamento (Interferon alfa 2B, 1.000.000U/ml)	Não Atendida	Medicamento manipulado — inviabilidade informada.	Não especificado.
5	Outros (educação especial autismo método ABA)	Não Atendida	Demandante orientado a procurar atendimento na rede pública.	20 dias
6	Medicamento (Venvanse® - Lisdexanfetamina 30mg)	Não Atendida	Medicamento não padronizado no Sistema Único de Saúde (SUS).	32 dias
7	Medicamento (Canabidiol)	Não Atendida	A substância não consta na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) de 2022 e não é disponibilizada pelo SUS.	22 dias
8	Cirurgia (ortopedia)	Não Atendida	Constatou-se que não há solicitação registrada na rede pública. O demandante foi orientado a dirigir-se a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) para que o pedido seja inserido no sistema.	Resposta em até 24 horas
9	Cirurgia (ginecologia)	Não Atendida	Constatou-se que a interessada não apresentou documentos nem possui	2 dias

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
			encaminhamentos prévios relacionados à demanda	
10	Medicamentos (Cloridrato de Metilfenidato e Aripiprazol)	Não Atendida	Os medicamentos Metilfenidato e Aripiprazol não constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e não integram nenhum programa de fornecimento da Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde (SUS).	Resposta em até 24 horas
11	Medicamento (Gonadotrofina Coriônica - HCG)	Não Atendida	Consta informação de que o registro do medicamento não está ativo na ANVISA, não houve comercialização em 2022, o produto não está incluído na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e não integra nenhum programa da Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde (SUS).	8 dias
12	Equipamento (cadeira de rodas motorizada)	Não Atendida	O demandante encontra-se na fila de atendimento referente ao pedido; contudo, o Município de	12 dias

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
			Guarulhos informou que a solicitação é recente e que os casos mais antigos têm prioridade no atendimento.	
13	Medicamento (Lactulona)	Não Atendida	O medicamento Lactulona® (princípio ativo Lactulose) não consta na REMUME - Relação Municipal de Medicamentos. Questionado sobre a possibilidade de disponibilizar medicamento equivalente, considerando o quadro clínico do menor e a especificidade do fármaco solicitado, o Município de Guarulhos informou que dispõe, como alternativa para o tratamento da constipação, do óleo mineral. No entanto, ressaltou-se que o uso de óleo mineral é contraindicado para pacientes com dificuldade de deglutição e/ou acamados, e que não há outra opção terapêutica	2 dias

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
			disponível na Relação Municipal de Medicamentos de Guarulhos para esses casos.	
14	Terapia (hidroterapia)	Não Atendida	Consta informação de que o demandante não possui histórico recente de atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e que tanto a hidroterapia quanto o método ABA não são procedimentos padronizados pelo SUS.	2 dias
15	Medicamento (Aripiprazol)	Não Atendida	A substância não consta na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) de 2022 e não é disponibilizada pelo SUS.	Resposta em até 24 horas
16	Medicamento (tratamento cardíaco – não especificado)	Não Atendida	Solicitação declinada, uma vez que o paciente tem 78 anos e o PCDT recomenda o uso do medicamento apenas até os 75 anos de idade.	8 dias
17	Exame (molecular para síndrome de Marfan)	Não Atendida	O exame não integra a lista de procedimentos ofertados pela rede pública	1 dia

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
			municipal. A família informou que conversará com o médico prescritor para reavaliação da solicitação.	
18	Insumos (troca da marca das fraldas fornecidas pelo município)	Não Atendida	Consulta com dermatologista realizada em 31/07/2023, ocasião em que foi mantida a recomendação de troca frequente das fraldas. Diante disso, o Município propôs dobrar a quantidade de fraldas fornecidas, a fim de reduzir o tempo que a menor permanece utilizando o mesmo item.	1 dia
19	Medicamentos (Bupropiona 150mg e adesivo nicotina 21mg)	Não Atendida	Em falta; normalização prevista para agosto de 2023.	1 dia
20	Consulta (ortopedia) Cirurgia (ortopedia – mão)	Não Atendida	A demandante está em tratamento no Hospital Stella Maris, com consulta marcada para 02/08/2023, às 9h58.	2 dias

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
			Questionado sobre possível encaminhamento a serviço estadual especializado em microcirurgia, o Município de Guarulhos informou que o médico responsável deve emitir o encaminhamento e cadastrá-lo na Unidade Básica de Saúde (UBS), possibilitando a busca pelo atendimento na rede estadual. Não há outras mensagens registradas.	
21	Equipamentos (cadeira de rodas adaptada, cadeira de banho, órtese e andador)	Não Atendida	O Município informou que a menor não possui cadastro nem histórico de atendimentos nos serviços municipais de saúde, sendo necessário o comparecimento a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) para início do acompanhamento.	5 dias
22	Medicamentos (Denosumabe 60mg, Ciclobenzaprina)	Não Atendida	Foram prestados esclarecimentos acerca dos medicamentos	1 dia

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
	10mg e Carbonato de cálcio 600mg, Colicobiferol 200mg/dia)		solicitados e das possíveis alternativas terapêuticas, tendo em vista que os referidos fármacos não estão disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS).	
23	Medicamentos	Não Atendida	Identificada divergência entre os medicamentos prescritos no receituário e aqueles solicitados no pedido encaminhado pela Defensoria Pública. Não há outras mensagens registradas.	Não especificado.
24	Exame (motilidade ocular - teste ortóptico)	Não Atendida	O interessado não compareceu à consulta agendada em fevereiro e deverá retornar à Unidade Básica de Saúde (UBS) para que a solicitação seja inserida no sistema.	9 dias
25	Equipamento (Cadeira Kimba Neo 3)	Não Atendida	Devolutiva da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência – RCDP/DAI, informando que não há necessidade de cadeira de rodas de marca específica,	7 dias

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
			sendo a fornecida pela municipalidade adequada às necessidades do paciente.	
26	Cirurgia (cardiologia marca-passo)	Prejudicada	Não foi necessária intervenção da CAMEDS. Em 28/08/2023, a filha da demandante informou que o procedimento já foi realizado.	5 dias
27	Medicamento (Olanzapina)	Sem Resposta		
28	Cirurgia (ortopedia - artroplastia total do quadril esquerdo com instalação de prótese)	Não Atendida	A cirurgia é classificada como de alta complexidade e, portanto, de responsabilidade estadual. O Município de Guarulhos informou não haver registro do pedido de cirurgia no sistema municipal ou na Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS). Como o paciente está em acompanhamento na Santa Casa de São Paulo, foi orientado a procurar a	5 dias

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
			instituição para obter informações sobre a fila interna, visto que a regulação municipal não tem competência sobre unidades fora do município.	
29	Cirurgia (ortopedia - fêmur com enxerto ósseo)	Não Atendida	Foi informado que a solicitação não se encontra registrada no sistema municipal, sendo necessário que o demandante procure a UBS de referência para inserção do pedido.	Não especificado.
30	Outros (Internação - vaga em UTI)	Não Atendida	Foi informado que o caso se encontra inserido no sistema desde 28/08/2023, aguardando vaga no recurso solicitado. O registro consta no Sistema de Regulação Estadual (SIRESP/CROSS), sob a Ficha nº SS-7112352-23, não havendo previsão para atendimento.	1 dia
31	Medicamento e insumos (insulina,	Não Atendida	Foi informado que o Município de Guarulhos	6 dias

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
	fitas reagentes, lancetas, glicosímetro)		não dispõe dos fármacos demandados.	
32	Medicamento (Omalizumabe - 2 seringas de 150mg a cada 4 semanas)	Não Atendida	Consta informação de que os medicamentos solicitados não estão contemplados para a Classificação Internacional de Doenças (CID) associada à demandante, razão pela qual não são fornecidos pelo sistema público para esse diagnóstico.	3 dias
33	Medicamentos (Bupropiona 150MG e Topiramato 25MG)	Não Atendida	Conforme informações prestadas, os medicamentos solicitados não estão contemplados para a Classificação Internacional de Doenças (CID) associada à demandante e não integram a lista de aquisição do Município, motivo pelo qual não são fornecidos pela rede pública local.	2 dias

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
34	Outros (vaga em clínica para hemodiálise)	Não Atendida	Solicitação de vaga para hemodiálise recebida em 06/07/2023. Caso inserido em fila de espera, atualmente com 46 pacientes, aguardando disponibilidade em clínicas contratualizadas pelo Município de Guarulhos.	Resposta em até 24 horas.
35	Internação (transferência imediata para hospital especializado com equipe neurológica clínica e cirúrgica)	Prejudicada	Inserção no SIRESP/CROSS em 24/08/2023 (Ficha nº SS-7100680-23). Em 31/08/2023, a instituição solicitou cancelamento em razão do óbito da demandante.	Resposta em até 24 horas.
36	Cirurgia (oftalmologia)	Não Atendida	O Município de Guarulhos informou não possuir gerência sobre o serviço prestado pelo hospital em que o paciente aguarda a cirurgia, sugerindo o encaminhamento de ofício à Secretaria de Estado da Saúde (SES) para as devidas providências.	5 dias

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
37	Cirurgia (ortopedia - artroplastia total dos joelhos)	Não Atendida	Informação de que o caso é classificado como de alta complexidade e está sob gerência do Hospital Geral de Guarulhos (HGG), unidade de gestão estadual, motivo pelo qual não é possível intervenção por parte do Município.	2 dias
38	Equipamento/insumo (sensor de glicemia freestyle)	Não Atendida	Foi esclarecido que o sensor solicitado não integra a lista de itens disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A equipe responsável forneceu informações sobre o protocolo existente e orientou o demandante quanto ao modo de acesso ao dispositivo, conforme as diretrizes vigentes.	13 dias
39	Medicamentos (Citrato de Cálcio, Colecalciferol, Denosumabe e Indapamida)	Não Atendida	Medicamentos não padronizados no Sistema Único de Saúde (SUS).	4 dias

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
40	Medicamentos (Flixotide e Ziclague)	Não Atendida	Medicamentos não padronizados no Sistema Único de Saúde (SUS).	8 dias
41	Outros (troca de local de dispensação de fraldas)	Não Atendida	Foi informada a impossibilidade de atendimento ao pedido. Como alternativa, foi indicada a possibilidade de que a responsável realize a retirada das fraldas a cada 2 ou 3 meses, conforme disponibilidade e necessidade do caso.	2 dias
42	Medicamentos (Canabidiol e Flunarizina)	Não Atendida	Medicamentos não padronizados no Sistema Único de Saúde (SUS).	5 dias
43	Medicamentos (Aripiprazol e Metilfenidato)	Não Atendida	Um dos medicamentos (Aripiprazol) não é padronizado no Sistema Único de Saúde (SUS). O outro (Metilfenidato) deve ser verificado quanto à possibilidade de dispensação em um dos endereços indicados pelo serviço de saúde.	7 dias
44	Outros (antecipação de consulta com	Não atendido	O Município de Guarulhos informou não possuir	3 dias

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
	urologista para avaliação cirúrgica)		gerência sobre os agendamentos realizados no Ambulatório Médico de Especialidades (AME), por se tratar de unidade sob gestão do Governo Estadual.	
45	Insumos (troca de tamanho de fraldas de M para G da marca Bigfral)	Não atendido	Após a submissão do caso à Cameds JF3R, o Município orientou que a receita atualizada seja encaminhada pela Defensoria ao setor de mandados, a fim de incluir o documento no processo administrativo e justificar a alteração e a compra solicitada.	1 dia
47	Medicamento (Aripiprazol)	Não atendido	Medicamentos não padronizados no Sistema Único de Saúde (SUS).	9 dias
48	Insumos (fraldas descartáveis, marcas Tena ou Bigfral, tamanho P geriátrico)	Não atendido	O Município informou que não realiza o fornecimento de marcas específicas e que convocará a representante legal da menor à Unidade Básica	6 dias

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
			de Saúde (UBS) para os devidos esclarecimentos.	
49	Medicamento (não especificado)	Não atendido	É necessária a atualização do endereço e do código CID para que o Município possa verificar a disponibilidade do recurso solicitado.	2 dias
50	Insumos (fraldas descartáveis, marca Bigfral adulto, tamanho G)	Não atendido	Não é possível atender à demanda com indicação de marca específica por via administrativa.	3 dias
51	Medicamento (Rivaroxabana, Xarelto)	Não Atendida	Não é possível atender à solicitação no âmbito municipal. O caso deve ser encaminhado à Secretaria de Estado da Saúde (SES) para verificação da possibilidade de atendimento.	1 dia
52	Medicamento (Seretide)	Não Atendida	Como a Defensoria Pública do Estado (DPE) também havia encaminhado a demanda por ofício, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) respondeu diretamente à DPE.	14 dias

APÊNDICE 6 - DEMANDAS QUE TRAMITARAM NA CAMEDS JF3R NO ANO DE 2024

Demandas atendidas (total ou parcialmente)

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
1	Insumos (sonda uretral, Cloridrato de Lidocaína gel, fralda adulto, gazes, Solução Enema glicerina 12%)	Parcialmente Atendida	O município condicionou a disponibilização dos insumos solicitados ao cumprimento do protocolo municipal, exigindo comparecimento à Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência para cadastro e formalização do pedido. Mesmo após reiteração pela Defensoria Pública do Estado (DPE), incluindo solicitação de soro fisiológico, a administração municipal reafirmou que a disponibilização dos itens factíveis depende do comparecimento e observância do protocolo estabelecido.	9 dias
2	Consulta (cirurgião vascular)	Atendida		1 dia
3	Outros (informação para cumprimento de tutela concedida pelo	Atendida		11 dias

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
	Juízo para fornecimento dos medicamentos Pembrolizumab 100mg/AMP e Brentuximab Vedotin 50mg/AMP pela União)			
4	Insumos (fraldas Bigfral, tamanho M) Terapias (fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional)	Parcialmente Atendida	O Município de Guarulhos agendou consulta especializada em neurologia e avaliação multiprofissional, fornecendo orientações para solicitação de fraldas, com ressalva de que não se obriga à disponibilização de marca específica. O atendimento multiprofissional foi antecipado conforme solicitação da Defensoria Pública Estadual (DPE).	10 dias
5	Outros (reagendamento das consultas com fonoaudiologia e psicologia).	Atendida		31 dias

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
6	Terapias (psicologia, fonoaudiologia e terapia ocupacional)	Parcialmente Atendida	É necessário o comparecimento da demandante à Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência para formalização das solicitações no sistema de gestão municipal.	1 dia
7	Cirurgia (Mamoplastia)	Parcialmente Atendida	Agendada consulta de avaliação.	1 dia
8	Insumos (Pediasure e Módulo de Fibras)	Parcialmente Atendida	Conforme avaliação clínica, o Pediasure não será fornecido à criança, tendo em vista que se encontra em estado nutricional de eutrofia, situação que não justifica suplementação nutricional específica. As fibras serão disponibilizadas mediante solicitação formal na Unidade Básica de Saúde (UBS), observando-se o protocolo municipal. Recomendou-se acompanhamento especializado no Centro de Especializado em	35 dias

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
			Reabilitação (CER) para avaliação e tratamento da seletividade alimentar, com encaminhamento a ser formalizado pela UBS de referência.	
9	Consulta (Oftalmologia)	Atendida		Resposta em até 24 horas.
10	Equipamento (cadeira de rodas motorizada)	Atendida	Agendada consulta no Centro Especializado em Reabilitação (CER). O processo de avaliação e prescrição para fornecimento de cadeira de rodas será realizado pela unidade especializada, conforme protocolo institucional. Tendo em vista que o beneficiário é pessoa adulta e não está abrangido pelos termos do Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) vigente, deverá aguardar o cumprimento do fluxo de dispensação administrativa estabelecido pelo	Resposta em até 24 horas.

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
			município, observando-se os prazos legalmente previstos.	
11	Consultas (Ortopedista, Cirurgião Plástico, Infectologista, Fisioterapeuta, Cirurgião Ortopedista) Exames (Raio-X de antebraço direito, Raio-X de cotovelo direito e Raio-X de punho direito)	Parcialmente Atendida	Agendada consulta em Ortopedia. O paciente está em acompanhamento de fisioterapia ortopédica. Quanto às solicitações de Cirurgia Plástica, Infectologia e Radiografia (RX), o paciente ou responsável legal deverá formalizá-las na UBS mais próxima de sua residência, conforme protocolo municipal.	Não especificado.
12	Exame (molecular para síndrome de Marfan - sequenciamento do gene FBN1)	Atendida		33 dias
13	Consultas (Neurologia pediátrica e avaliação junto ao CER II).	Atendida		73 dias
14	Exames (estudo urodinâmico)	Atendida		2 dias

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
15	Cirurgia (renal)	Parcialmente Atendida	Agendada consulta de avaliação.	1 dia
16	Cirurgia (neurologia)	Parcialmente Atendida	Agendada consulta de avaliação.	1 dia
17	Cirurgia (neurologia)	Parcialmente Atendida	Agendada consulta de avaliação.	1 dia
18	Exames (Cintilografia, Holter e Eco)	Atendida		5 dias
19	Outros (transferência para hospital especializado em cardiologia pediátrica)	Atendida	Transferido para o Hospital Pirajussara.	1 dia
20	Tratamento (oncologia)	Parcialmente Atendida	O caso está regularmente inscrito na Rede de Atenção à Oncologia Hebe Camargo, com consulta agendada. Foi disponibilizada ficha de atendimento da Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS) com informações procedimentais. Encaminhou-se correspondência eletrônica ao Departamento de Saúde Regional solicitando	Resposta em até 24 horas

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
			análise de antecipação da consulta conforme critérios de priorização clínica.	
21	Consulta (ortopedia) Exames (eletroencefalografia, ultrassonografia mamaria, ressonância magnética de coluna torácica sem contraste e sem sedação, ressonância magnética de coluna cervical/pescoço sem contraste e sem sedação)	Atendida		1 dia
22	Consulta (antecipação de consulta oncológica)	Atendida		3 dias
23	Outros (atendimento psiquiátrico)	Atendida		7 dias

Demandas Não Atendidas ou Prejudicadas

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
1	Medicamento (Canabidiol e Aristab)	Não Atendida	Os medicamentos não constam na Remume - Relação Municipal de Medicamentos.	10 dias
2	Medicamento (Tebentafusp)	Não Atendida	O produto solicitado não possui registro aprovado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) na categoria de medicamento, não atendendo, portanto, aos critérios mínimos de segurança, eficácia e qualidade exigidos para dispensação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Resposta em até 24 horas.
3	Consultas (Neurocirurgia e Ortopedia)	Não Atendida	O caso encontra-se em situação de aguardo de agendamentos em especialidades de competência estadual, estando tal responsabilidade fora da alçada administrativo-orçamentária do Município. Não obstante, o Município de Guarulhos forneceu ao Juízo cópia integral do	9 dias

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
			histórico de atendimentos realizados pela paciente, constando toda documentação clínica e administrativa pertinente, com vistas à instrução processual e análise completa da situação.	
4	Consulta (Oftalmologia)	Não Atendida	O caso encontra-se em situação de aguardo de agendamento sob responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde, não possuindo o Município competência gerencial ou administrativa sobre tal processo.	6 dias
5	Equipamento (Leitor Libre Freestyle (Monitor) e Sensor Libre Freestyle)	Não Atendida	Equipamentos não disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).	4 dias
6	Medicamentos (Dobevem 500mg e Xarelto 2,5mg)	Não Atendida	Medicamentos não padronizados no Sistema Único de Saúde (SUS).	1 dia
7	Medicamento (Lisdexamfetamina 30mg)	Não Atendida	Medicamentos não padronizados no Sistema Único de Saúde (SUS).	2 dias

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
8	Medicamento (aumento na quantidade de medicamento fornecido – Tegretol (Carbamazepina))	Não Atendida	Conforme orientação do setor responsável, o representante/paciente deverá comunicar a alteração de posologia mediante petição dirigida ao Processo n. 1027XXX-58.2018.8.26.0224, em trâmite perante a Vara da Infância e da Juventude de Guarulhos. A alteração de posologia deve constar formalmente do processo a fim de atender aos requisitos estabelecidos pela Portaria nº 8/2018 da Secretaria da Fazenda do Município, que disciplina os procedimentos de compras públicas.	3 dias
9	Cirurgia (retirada de cálculo renal)	Não Atendida	O Município de Guarulhos sustentou não possuir atribuição legal para interferir na operacionalização do sistema estadual, em que a solicitação está cadastrada.	Resposta em até 24 horas.

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
10	Terapia (Hidroterapia)	Não Atendida	Pedido deve ser encaminhado ao setor de Mandados da Prefeitura.	5 dias
11	Cirurgia (ortopedia – quadril)	Não Atendida	O Município de Guarulhos sustentou não possuir atribuição legal para interferir na operacionalização do sistema estadual, em que a solicitação está cadastrada.	4 dias
12	Insumos e medicamento (Insulina e insumos para aplicação)	Não Atendido	Os insumos e fármaco solicitados não constam da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) ou de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do SUS. Foram fornecidas orientações especificadas sobre os mecanismos de acesso aos insumos, medicamentos alternativos e procedimentos disponibilizados pelo sistema único de saúde	2 dias
13	Cirurgia (Cardíaca)	Não Atendida	Constatou-se que a paciente se encontra	1 dia

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
			internada no Hospital Padre Bento. O implante de cardioversor-desfibrilador (CDI) é procedimento de competência exclusiva do Estado, disponibilizado mediante sistema de regulação estadual. A solicitação foi formalizada pelo Hospital Padre Bento no Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo - Siresp e encontra-se em fase de análise. Ressalte-se que o Hospital Padre Bento, na condição de serviço de referência estadual, detém autonomia para regular sua demanda interna, solicitando recursos ao Estado por meio do Siresp — Regulação Ambulatorial, Módulo Paciente Internado.	
14	Cirurgia (artroplastia de quadril)	Não Atendida	Procedimento cirúrgico de alta complexidade em Ortopedia, de responsabilidade exclusiva do Estado. A paciente foi	3 dias

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
			registrada no Centro de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS) pelo Hospital de Ferraz de Vasconcelos, encontrando-se em fila de espera para agendamento conforme critérios de priorização estadual.	
15	Cirurgia (ortopedia – não especificada)	Não Atendida	Vaga solicitada à Secretaria Estadual de Saúde - SES, sem previsão para atendimento.	6 dias
16	Cirurgia (ortopedia - quadril e tornozelo)	Não Atendida	Vagas solicitadas à Secretaria Estadual de Saúde - SES, sem previsão para atendimento.	5 dias
17	Medicamentos (Carmen's Medicinals Relief CBD + 1000 CBG; Carmen's Medicinals Full Spectrum Goma 35mg CBD + 5 mg THC e Carmen's Medicinals Rest 2000 mg CBD + 1000 CBN)	Não Atendida	Os medicamentos solicitados não se encontram padronizados em nenhuma esfera governamental, não integrando a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) nem a Relação Municipal de Medicamentos do Município de Guarulhos.	1 dia

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
			Tratam-se de produtos de origem importada. Exceção parcial: o canabidiol na apresentação de 100 mg/mL (solução oral) é dispensado pelo Estado de São Paulo, porém circunscrito ao tratamento de epilepsias farmacorresistentes, especificamente nas síndromes de Dravet e Lennox-Gastaut e no Complexo de Esclerose Tuberosa, conforme protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas estaduais.	
18	Medicamento (Carmen's Medicinals Full Spectrum 6000 mg)	Não Atendida	O medicamento solicitado não se encontra padronizados em nenhuma esfera governamental, não integrando a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) nem a Relação Municipal de Medicamentos do Município de Guarulhos. Tratam-se de produtos de	1 dia

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
			origem importada. Exceção parcial: o canabidiol na apresentação de 100 mg/mL (solução oral) é dispensado pelo Estado de São Paulo, porém circunscrito ao tratamento de epilepsias farmacorresistentes, especificamente nas síndromes de Dravet e Lennox-Gastaut e no Complexo de Esclerose Tuberosa, conforme protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas estaduais.	
19	Cirurgia (ortopédica – modalidade não especificada)	Não Atendida	Município informa que não possui gerência sobre a especialidade, que é de responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde (SES).	3 dias
20	Terapia (Hidroterapia)	Não Atendida	Hidroterapia não é oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS)	2 dias

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
21	Equipamentos (cadeira de rodas e cadeira de banho)	Não Atendida	Informado ao paciente que a demanda se encontra em processamento e será atendida conforme fila de espera estabelecida	3 dias
22	Medicamentos (Bupropiona, Escitalopram e Bemove (Colágeno))	Não Atendida	O Bemove e o Escitalopram 10 mg não se encontram padronizados no SUS. A Bupropiona é padronizada exclusivamente para o tratamento da dependência de nicotina (tabagismo), não sendo indicada para outras finalidades terapêuticas.	2 dias
23	Cirurgia (oftalmologia -descolamento da retina por tração)	Não Atendida	O paciente encontra-se inscrito em fila de espera para realização de procedimento cirúrgico oftalmológico no Ambulatório Médico de Especialidades (AME) Maria Zélia, unidade sob gestão da Secretaria de Estado da Saúde. Com vistas a viabilizar alternativa assistencial e reduzir tempo de espera,	Resposta em até 24 horas

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
			foi encaminhada solicitação formal à Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP) pleiteando vaga em unidade especializada compatível com a indicação cirúrgica.	
24	Insumos e equipamentos (fraldas, cadeira de rodas e órtese)	Não Atendida	Conforme análise da documentação apresentada, não se encontram evidências técnicas suficientes que comprovem a necessidade de fralda com especificações particulares. A cadeira de rodas solicitada encontra-se em processamento conforme fluxo regular de atendimento no sistema de regulação. Ressalte-se que órteses não foram incluídas na solicitação inicial, não configurando objeto desta análise.	6 dias
25	Insumos e equipamentos (farinha láctea,	Não Atendida	Consta informação de que o caso já havia sido encaminhado diretamente	20 dias

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
	iogurte natural, espessante alimentar, toalhas umedecidas, órtese neurofisiológica, veste de ajuste postural e cadeira de rodas).		à Secretaria Municipal de Saúde (SMS)	
26	Medicamentos (restabelecimento do fornecimento de Leflunomida 20 MG para tratamento de quadro de artrite reumatoide e suas complicações).	Não Atendida	Foi informado que a solicitação deve ser direcionada à Secretaria Municipal de Saúde.	1 dia
27	Terapias (Hidroterapia e Hidroginástica)	Não atendida	O usuário já possui agendamento para acompanhamento no Centro de Atendimento à Pessoa com Deficiência (CAMPD). A hidroterapia, não consta na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP), portanto	7 dias

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
			não é padronizado pelo sistema. Acerca da disponibilidade do oferecimento de hidroginástica ou hidroterapia em estabelecimentos conveniados, o Município de Guarulhos informou que a hidroginástica constitui modalidade de atividade física sem caráter terapêutico, não integrando os recursos padronizados pelo SUS; atualmente não mantêm convênios para hidroterapia. Recomendou-se o encaminhamento do caso à Secretaria da Saúde através de ofício acompanhado dos respectivos relatórios médicos, visando melhor avaliação da viabilidade assistencial.	
28	Consultas (Neurologia, Oftalmologia)	Não Atendida	O paciente encontra-se sob acompanhamento regular no município. Foi realizada busca de vaga em nível	7 dias

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
			estadual, porém não se identificaram vagas disponíveis no momento. O paciente possui agendamentos futuros confirmados nas especialidades de Neurologia e Oftalmologia, conforme cronograma de atendimento vigente.	
29	Cirurgia (vitrectomia posterior via pars plana)	Não Atendida	Constatou-se que o paciente se encontra sob regular acompanhamento clínico na especialidade de Oftalmologia no Hospital Padre Bento, serviço de referência sob responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP). A solicitação inicial originou-se do Ambulatório Médico de Especialidades (AME) de Praia Grande, que encaminhou demanda para avaliação de patologia retiniana. O Hospital Padre Bento, após análise clínica, identificou necessidade de	6 dias

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
			intervenção cirúrgica especializada em Retina, tendo o paciente sido regularmente submetido a procedimento de vitrectomia em outubro de 2023. Encontra-se o paciente em acompanhamento pós-operatório contínuo na mesma instituição, conforme protocolo de seguimento estabelecido.	

APÊNDICE 7 - DEMANDAS QUE TRAMITARAM NA CAMEDS JF3R ATÉ AGOSTO DE 2025, INCLUSIVE

Demandas atendidas (total ou parcialmente)

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
1	Exame (ultrassonografia - ombro)	Atendida		14 dias
2	Consulta (uroginecologia)	Atendida		1 dia
3	Consulta (neurocirurgião)	Atendida		Referência inválida
4	Exame (colonoscopia com mucosectomia)	Atendida		Referência Inválida
5	Consulta (endocrinologista)	Atendida		1 dia
6	Consultas (diversas especialidades)	Atendida	Verificou-se que o menor se encontra regularmente sob atendimento clínico nas especialidades que constavam da solicitação cadastrada no sistema de regulação, possibilitando continuidade assistencial conforme demanda identificada.	8 dias
7	Consulta (ortopedista)	Atendida		

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
8	Insumos (curativos, bandagens, soro etc.)	Atendida	A paciente encontra-se cadastrada no programa de fornecimento de insumos domiciliares pela UBS Alvorada para recebimento dos itens prescritos. Dos insumos solicitados, soro fisiológico, gaze hidrófila e atadura rayon encontram-se já cadastrados conforme quantitativos da prescrição médica. Os itens fita micropore, atadura crepe e compressa tipo zobec encontravam-se cadastrados conforme cota padronizada no protocolo municipal. Procedeu-se ao ajuste das cotas conforme prescrição médica, possibilitando fornecimento em quantitativo acima do previsto no protocolo municipal, com previsão de retirada na UBS Alvorada em setembro de 2025. Ressalte-se que a UBS Alvorada realizará avaliação clínica para encaminhamento aos	Referência inválida

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
			serviços de referência especializada em hanseníase do município (UBS Tranquilidade e CEMEG Centro) para acompanhamento contínuo e realização de curativos conforme protocolo municipal.	
9	Exame (neuropsicológico)	Parcialmente Atendida	A solicitação do exame foi formalizada e cadastrada no sistema de regulação.	Referência inválida

Demandas Não Atendidas ou Prejudicadas

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
1	Cirurgia (ortoplastia total de quadril)	Não atendida	A especialidade solicitada não integra competência municipal, configurando atribuição exclusiva da Secretaria de Estado da Saúde (SES). Foi encaminhada requisição formal à SES pleiteando alocação de vaga em unidade estadual de referência.	18 dias

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
2	Cirurgia (ortopedia – quadril)	Não atendida	O paciente encontra-se regularmente inscrito em lista de espera para atendimento conforme cronograma de priorização estabelecido, com previsão de atendimento previsto para maio de 2025.	8 dias
3	Medicamento (Insulina - Degludeca/Tresiba, 300U/ml; alternativamente, Insulina Glargina: 100U/ml)	Não Atendida	Medicamentos não padronizados no Sistema Único de Saúde (SUS).	Resposta em até 24 horas
4	Equipamento (cadeira de rodas adaptada)	Não Atendida	O Município informou que não fornece cadeira adaptada conforme solicitação. A demanda foi encaminhada ao CROSS — Centro de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde, que também informou indisponibilidade de cadeira adaptada no momento.	8 dias
5	Medicamento (alteração do local de	Não Atendida	Competência da Secretaria Estadual da Saúde.	2 dias

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
	dispensação de medicamento de São Paulo/Capital para Guarulhos)			
6	Cirurgia (catarata)	Não Atendida	O paciente encontra-se sob acompanhamento clínico regular no Hospital Padre Bento, serviço especializado sob gestão da Secretaria de Estado da Saúde (SES).	3 dias
7	Internação para realização de exame oncológico	Não Atendida	O paciente se encontra atualmente internado no Município de São Paulo. Os contatos dos filhos/responsáveis legais foram registrados e comunicados à administração municipal para facilitar contato e acompanhamento da internação	14 dias
8	Insumos (soro fisiológico, xampú, flaconetes etc.)	Não Atendida		8 dias
9	Cirurgia (ortopedia)	Não Atendida	O Município forneceu documentação completa do histórico de	Referência Inválida

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
			atendimentos clínicos do paciente. Conforme informação municipal, o caso encontra-se sob gerência da Secretaria de Estado da Saúde (SES), configurando situação sob responsabilidade primária estadual.	
10	Medicamento (Insulina Glargina)	Não Atendida	Os medicamentos não constam na Remume - Relação Municipal de Medicamentos.	2 dias
11	Medicamento (Fumarato de Dimetila 240 mg)	Não Atendida	Os medicamentos não constam na Remume - Relação Municipal de Medicamentos.	1 dia
12	Cirurgia (endometriose)	Não Atendida	Foi informado que existe consulta agendada para avaliação na especialidade de endometriose.	1 dia
13	Tratamento (câncer)	Não Atendida	Foi informado que o caso já está sendo acompanhado pelo serviço de saúde estadual (Município de Guarulhos não tem gerência sobre o andamento).	8 dias

#	Descrição da demanda	Status	Observações relevantes	Tempo de Tramitação
14	Cirurgia (ortopedia-artroplastia do ombro)	Não Atendida	Sem vagas, aguardando agendamento.	Referência Inválida
15	Tratamento (câmara hiperbárica)	Não Atendida	O equipamento encontra-se em manutenção. A única unidade de referência na região está sob gestão estadual (Hospital Arnaldo Pezzuti), onde o aparelho também se encontra em manutenção. Foi encaminhado e-mail ao ente estadual solicitando apoio.	5 dias