

Entre disputas e convênios: algumas notas sobre a “resolução administrativa” dos litígios em saúde no Rio de Janeiro¹

Lucas Freire (PPGAS/MN/UFRJ)

Introdução

Esse trabalho tem por objetivo apresentar algumas notas e reflexões iniciais sobre o fenômeno da “judicialização da saúde” a partir da etnografia que venho realizando na Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS) do Rio de Janeiro, como parte de minha pesquisa de doutorado. A CRLS é um órgão estatal fruto da *parceria* entre o Tribunal de Justiça do Estado (TJ-RJ), as Procuradorias Gerais do Município e do Estado (PGM e PGE), as Defensorias Públicas do Estado e da União (DPE e DPU), as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde (SES e SMS) e o Ministério da Saúde (MS). Fundada em setembro de 2013, a principal missão da instituição é oferecer “resoluções administrativas” para demandas relacionadas à saúde, de modo a reduzir tanto o tempo quanto os custos para solucionar judicialmente tais questões.

Como destacado por inúmeros autores, tais como Ferraz (2009), a crescente judicialização de demandas no setor da Saúde representa um verdadeiro “desafio administrativo e fiscal” para a saúde pública no país, uma vez que o fenômeno tem um enorme potencial de acirrar ainda mais as desigualdades na prestação e acesso a serviços de saúde. Nesse cenário, as disputas entre os diversos atores são inúmeras: de um lado, os gestores públicos do Sistema Único de Saúde (SUS) acusam membros do Judiciário de extrapolar suas funções ao influir diretamente na distribuição dos recursos destinados à saúde pública; do outro, juízes, promotores, defensores públicos etc. questionam a eficiência dos administradores em alocar corretamente tais recursos e tomam para si a missão de assegurar a efetivação dos direitos fundamentais prestacionais (Pereira, 2015).

Busco então discutir como a atribuição de deveres e responsabilidades entre as instituições que compõem a CRLS se convertem em disputas e convênios, de modo a traçar linhas e estabelecer contornos para as múltiplas dimensões do Estado que se fazem presentes

¹ V ENADIR, GT 9 – Antropologia do Estado.

quando a questão é o “litígio em saúde”, produzindo assim aquilo que Mitchell (2006) nomeia como o “efeito de Estado”.

Um breve panorama da CRLS

Como dito anteriormente, a CRLS é um órgão composto pela parceria entre distintas instituições estatais. Localizada no Centro da cidade do Rio de Janeiro, a instituição ocupa um anexo de três andares de um prédio da Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro (PGE-RJ). Muito resumidamente, a Câmara foi criada com o objetivo de buscar “soluções administrativas” para qualquer demanda na área de saúde e assim evitar a judicialização, ou, como veiculado em alguns portais de notícias em reportagens de 2013 sobre a criação da câmara, a função da instituição é resolver as demandas *antes* que os pacientes decidam “entrar na justiça”. Nesse sentido, a CRLS assume uma espécie de papel de mediação e de gestão de questões jurídicas envolvendo o “direito à saúde” através de uma atuação “extrajudicial” que preza pela solução de litígios de maneira “consensual” e “conciliadora”. Palavras como *entendimento, acordo, eficácia, parceria* etc. e frases como “resolução em saúde: é conversando que a gente se entende” se encontram nas paredes de todos os ambientes da CRLS.

Para que o “atendimento inicial” possa ser realizado, é preciso que o assistido² ou o seu representante apresente um determinado conjunto de documentos, que servirão para legitimar o que foi demandado. Assim, a pessoa precisa levar a carteira de identidade, CPF, comprovante de residência, comprovante de renda, receita e laudo médico emitidos por profissionais habilitados, de preferência vinculados ao SUS. Quase todos esses documentos são considerados indispensáveis para que o atendimento seja realizado. O CPF é fundamental para que o cadastro do assistido seja feito no sistema de gerenciamento interno da CRLS. O comprovante de residência é necessário para que a pessoa prove que é residente do município do Rio de Janeiro, uma vez que a CRLS se limita a atender apenas moradores da cidade. A receita, a guia de referência, o laudo médico e outros documentos emitidos por profissionais de saúde são indispensáveis para a análise das solicitações.

A CRLS é composta de quatro setores: triagem, atendimento, análise técnica e retorno. Esses setores compõem também o caminho percorrido pela demanda dos assistidos no interior

² Apesar da CRLS ser uma instituição composta por funcionários oriundos de distintos órgãos e setores governamentais, as pessoas que procuram seus serviços são chamadas de “assistidos”, categoria que designa os sujeitos que recebem assistência da Defensoria Pública no Rio de Janeiro.

da instituição. É curioso notar como se dá a organização do espaço físico da Câmara, pois chama atenção o fato de que as demandas literalmente “sobem” e “descem” de acordo com seu andamento, sendo a triagem feita no subsolo, o atendimento no primeiro andar, a análise técnica no segundo andar e o retorno novamente no primeiro andar.

Para demonstrar como é o fluxo básico de atendimento na CRLS, trago aqui como exemplo o caso de dona Maria³. Dona Maria é uma senhora aposentada de 66 anos. Ela mora em Inhoaíba com seu irmão, sua neta e seu bisneto. No início de 2014 ela foi matriculada no Instituto Nacional do Câncer (INCA) para tratar de um câncer de mama. Em maio de 2014 ela foi submetida a mastectomia e desde então faz quimioterapia paliativa com o medicamento Herceptin®, pois há recidiva da doença no fígado e no plastrão. Em sua ficha médica há a informação de que a quimioterapia está tendo um bom resultado e que não há previsão de suspensão do tratamento. Além do câncer, dona Maria é também diabética.

Em abril de 2017, dona Maria compareceu a CRLS para informar que estava sem receber o referido medicamento desde novembro do ano anterior e que ela não tem condições de comprá-lo por conta própria. Ou seja, a assistida estava com seu tratamento interrompido há mais ou menos cinco meses. Diante da falta do medicamento indicado, seu médico alterou seu tratamento e ela passou a tomar outra medicação: Xeloda®. No laudo, o médico afirma que ainda é cedo para avaliar os benefícios da modificação do tratamento, mas que em razão da toxicidade do novo remédio, dona Maria estava tendo como efeitos colaterais o inchaço de suas mãos e pés, bem como diarreia. Assim, ele indica que a paciente deveria retornar a fazer a quimioterapia com o Herceptin®.

Por se tratar de paciente em acompanhamento por uma unidade federal de saúde, dona Maria foi encaminhada para ser atendida na DPU. Ao chegar no guichê, ela começou a contar sua saga até chegar na CRLS e entregou todos os documentos que possuía: identidade, CPF, comprovante de residência, comprovante de renda, ficha médica do INCA, cartão ambulatorial e laudo do médico que acompanha seu tratamento. Durante o atendimento, dona Maria contou que existe o medicamento Herceptin® no hospital, mas que devido ao baixo estoque e não previsão de retorno de normalidade do fornecimento, os profissionais estão dispensando a medicação apenas para pacientes que estão em fase pré ou pós operatória. Antes de encerrar o atendimento e remeter o caso de dona Maria para o setor de análise técnica, a funcionária da DPU explicou que ela deveria entregar alguns documentos na próxima vez que comparecesse

³ Como de praxe em pesquisas antropológicas, os nomes aqui citados são pseudônimos utilizados para proteger a identidade dos interlocutores.

a CRLS: os comprovantes de renda dos outros moradores da casa, o formulário médico padrão da DPU e a receita do Herceptin®.

Dona Maria então retornou para o subsolo para aguardar a resposta da análise. Após cerca de 40 minutos ela foi chamada novamente no primeiro andar, agora para os guichês de retorno. Lá, a funcionária leu para a assistida o parecer emitido pelo setor de análise, o qual reproduzo aqui integralmente: “Entramos em contato com a direção do INCA III que solicitou prazo de 15 dias para que possa se pronunciar sobre o caso da assistida”. Após receber esse documento, foi dito a dona Maria que ela retornasse para sua casa e voltasse a procurar a CRLS se esse prazo não fosse cumprido.

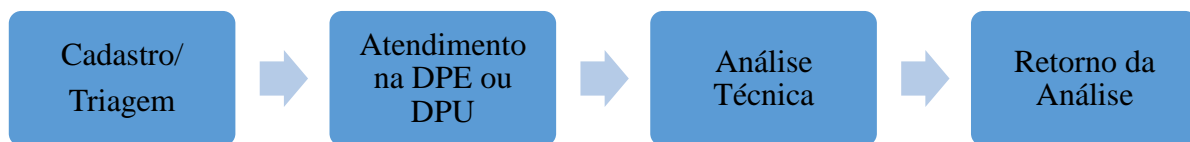


Imagem 1: Fluxograma de atendimento

Básico, especializado e complexo: a distribuição da responsabilidade sobre a saúde pública entre os âmbitos estatais

Três dos princípios que regem a organização do SUS são a *regionalização*, a *hierarquização* e a *descentralização*. Em conjunto, esses três princípios dizem respeito ao processo de distribuição de responsabilidades e competências, da alocação de recursos e da divisão de poder. Nesse sentido, a conformação do SUS se dá do seguinte modo: os Municípios são responsáveis pelo fornecimento de serviços de saúde e medicamentos básicos, tais como a manutenção das Unidades Básicas de Saúde (UBS) – como por exemplo, as Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro – e a disponibilização dos medicamentos listados na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME); aos Estados cabem os procedimentos de média complexidade e serviços especializados, como a dispensação de medicamentos do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF); já à União tem o dever de coordenar, financiar e manter as políticas nacionais de saúde os serviços de alta complexidade, tais como o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o Instituto Nacional de Traumatologia e

Ortopedia (INTO) os Hospitais Federais etc. Ou seja, a organização do SUS obedece a uma lógica de complexidade tecnológica crescente.

No que diz respeito especificamente ao acesso à medicamentos, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) se divide em três componentes: básico, especializado e estratégico. Do mesmo modo que a organização do SUS, a PNAF também se articula a partir de níveis de complexidade, de modo que os Municípios são responsáveis pelo componente básico, os Estados pelo especializado e à União cabe os medicamentos do componente estratégico.

No cotidiano da CRLS, essa divisão se traduz nos caminhos internos percorridos pelas demandas dos assistidos. Como mencionado acima, após apresentarem a documentação necessária para a realização do atendimento e passarem pelo setor de triagem, os usuários são encaminhados para serem atendidos nos guichês da Defensoria Pública da União (DPU) ou da Defensoria Pública do Estado (DPE). A lógica de encaminhamento obedece a instituição de origem do paciente, ou melhor, da instituição que forneceu o laudo, receituário e/ou pedido médico: assistidos que apresentam documentos oriundos da rede privada ou de Unidades de Saúde municipais e estaduais são encaminhados para o atendimento na DPE e aqueles que recebem assistência de hospitais ou institutos federais são atendidos pela DPU.

Em seguida, a documentação do assistido é digitalizada e enviada para o setor de “Análise Técnica” da CRLS. Esse setor é composto por médicos, farmacêuticos, enfermeiros e nutricionistas subordinados à Secretaria Estadual de Saúde (SES), à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e ao Departamento de Gestão Hospitalar da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DGH/SAS/MS). A distribuição das demandas entre os funcionários obedece a lógica semelhante à da organização do SUS. Assim, os analistas ligados a SMS ficam responsáveis por demandas de insumos básicos – tais como fraldas geriátricas e fórmulas de alimentação complementar –, medicamentos que constam da REMUME do Rio de Janeiro e por procedimentos e exames solicitados por UBS e que são inseridos na plataforma do Sistema Nacional de Regulação (SisReg). Os funcionários da SES, por sua vez, são encarregados de analisar as demandas por medicamentos que constam na lista do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF) do Rio de Janeiro e por procedimentos inseridos na plataforma do Sistema Estadual de Regulação (SER). Já aos profissionais vinculados ao DGH é delegada a função de analisar os pleitos envolvendo os hospitais federais no Rio de Janeiro. Segundo essa lógica de distribuição, o caso de dona Maria foi analisado pelas pessoas ligadas à SES.

“Resoluções administrativas”, disputas e convênios: estabelecendo diálogos interinstitucionais

Apesar da CRLS ser composta por diferentes setores e todos eles serem importantes para o funcionamento da instituição como um todo, gostaria de me deter aqui nas formas pelas quais alguns casos foram “analisados” pelos pareceristas da Câmara. Minha intenção é discutir como a CRLS se insere em um conjunto mais amplo de instituições ao exercer um papel de “mediação de conflitos” e funcionar como uma espécie de “instrumento de pressão” para que os outros órgãos do Estado cumpram corretamente suas funções e obrigações. Argumento que o exercício de estabelecer diálogos interinstitucionais executado pelos funcionários da CRLS culminam em processos de interação entre os órgãos marcados por “disputas” e “convênios”. Além disso, acredito também que ao direcionar atenção para esses processos, é possível observar diferentes projetos de Estado em tensão e de que modo os atores constroem linhas que demarcam as fronteiras daquilo que cabe – e que de certa forma é – ao Estado, conformando o que Mitchell (2006) chama de “efeito de Estado”.

Antes de mais nada, é preciso apontar que existem apenas duas categorias de classificação para os atendimentos realizados na CRLS: “resolução administrativa” e “judicialização”. Colocados sob a rubrica da “judicialização” estão todos os casos cujo encaminhamento final é a Defensoria Pública, seja do Estado, seja da União. Classificados como “resolução administrativa” estão todos os outros casos⁴, inclusive aqueles nos quais é solicitada a revisão dos documentos apresentados, quando há proposição de substituição dos medicamentos solicitados por outros etc.

Essas categorias se encontram em pontos distintos em um tipo ideal de “*continuum* da solução”. Isto é, parte-se sempre do princípio de que o Estado precisa cumprir seu dever constitucional de promover a saúde de toda a população e que a judicialização está no horizonte de possibilidades para responder à essa necessidade, mas, que é preciso tentar todas soluções alternativas disponíveis antes de apelar para esse caminho. Assim, três são as possibilidades de fluxo ideal para o atendimento da demandas: 1) há casos em que é possível solucionar administrativamente a questão e responder ao pleito do assistido; 2) pode-se tentar primeiramente uma solução administrativa e diante da impossibilidade de efetivação, por

⁴ É de fundamental importância ressaltar dois pontos: 1) nem tudo aquilo que é classificado como “resolução administrativa” representa de fato uma solução para as demandas das pessoas; 2) são essas as categorias utilizadas para construir o banco de dados que gera os gráficos e estatísticas sobre o funcionamento da instituição apresentados publicamente. Contudo, devido aos limites da proposta desse paper, não abordarei essas questões com profundidade.

qualquer motivo que seja, recorre-se à judicialização para resolver a questão; 3) existem casos em que não há a possibilidade de tentar uma solução administrativa e são encaminhados diretamente para a Defensoria Pública.

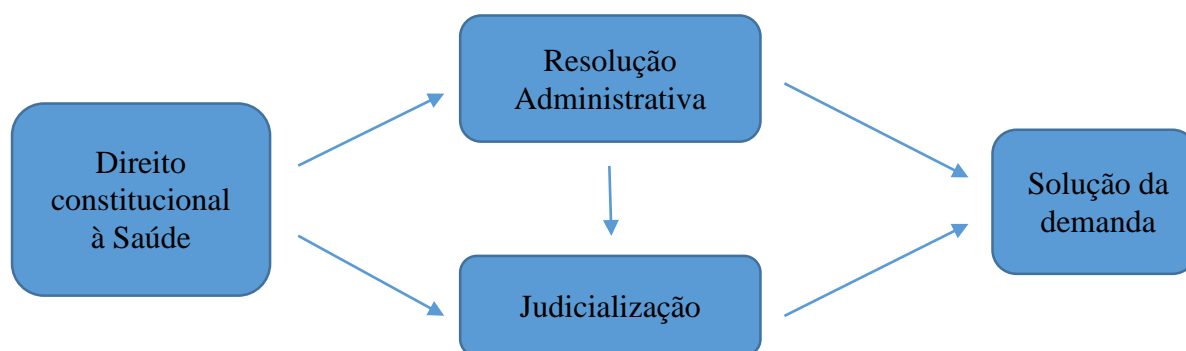


Imagem 2: Modelo ideal de fluxo no “continuum da solução”.

Trago agora alguns exemplos que ilustram como funcionam os fluxos ideias da resolução das demandas, os casos de João, Natália, Camila, Bruno, Marta e Geraldo.

O representante de Bruno compareceu a CRLS no início do mês de junho de 2017 alegando que ele esperava a marcação de uma consulta em urologia há muito tempo. No setor de análise técnica, um dos pareceristas verificou que a solicitação havia sido inserida no SisReg em dezembro de 2016 com risco amarelo⁵ e que, portanto, o prazo para a regulação do pedido já estava ultrapassado há bastante tempo. Diante disso, o profissional entrou em contato com a Central de Regulação Unificada (REUNI-RJ) e encaminhou os documentos de Bruno por e-mail. Em seu parecer, ele solicita uma posição da REUNI em um prazo de 7 dias, caso contrário o caso será encaminhado para a Defensoria Pública para que seja judicializado. Tal prazo foi estipulado em um acordo entre a CRLS e a Central de Regulação Ambulatorial do Município do Rio de Janeiro.

A representante de João compareceu a CRLS pela primeira vez no início do mês de julho de 2017 informando que o assistido estava aguardando há muito tempo a realização de

⁵ A tabela de classificação de risco do SisReg para regulação ambulatorial está organizada por cores, do seguinte modo:

Vermelho = até 30 dias para o atendimento

Amarelo = até 90 dias para o atendimento

Verde = até 180 dias para o atendimento

Azul = atendimento eletivo / mais de 180 dias para o atendimento

um procedimento de cateterismo cardíaco. João tem 66 anos e mora na zona Oeste do Rio, apresenta quadro de cardiopatia isquêmica, pequenas anginas e também é portador de Diabetes Melitus tipo II. Nessa ocasião, foi feito o contato com o Núcleo Interno de Regulação (NIR) da unidade de saúde que atende o paciente e foi informado que o material necessário para a realização do procedimento ainda estava em fase de licitação. Diante disso, foi solicitado um prazo de 7 dias para que a instituição se posicionasse em relação ao caso. No final do mês de julho, a representante compareceu novamente a CRLS para informar que a situação ainda não havia sido resolvida. Em consulta ao SER, foi verificado que o pedido do paciente foi inserido em meados de março de 2017 com risco vermelho e que ele aguarda em fila desde então. Uma das pareceristas da CRLS entrou em contato com o setor de cardiologia do SER e foi informada por uma médica que a regulação não está sendo feita porque não há material para a realização do procedimento e nem houve repasse de verba para a compra dos mesmos. A profissional da Câmara contestou alegando que o paciente era de risco vermelho, ao passo que a médica respondeu que há mais de 100 pessoas na mesma situação que João na frente dele na fila e que realmente não há vagas nesse momento. Diante disso, o caso de João foi encaminhado para a Defensoria Pública e o parecer informou que foram feitas tentativas de resolução administrativa sem sucesso.

Natália compareceu a CRLS no fim de julho de 2017 para solicitar o medicamento Cinacalcete. A assistida tem 39 anos e é portadora de doença renal crônica. Após verificar se toda a documentação apresentada estava de acordo com o solicitado, o parecerista da CRLS encaminhou o caso para a Defensoria, uma vez que esse medicamento é indicado para a condição clínica da paciente, mas não é padronizado para disponibilização pelo SUS, de modo que não existe forma de consegui-lo administrativamente.

O representante de Camila compareceu a CRLS para solicitar o medicamento Saxenda®. Camila tem 40 anos e mora na zona Oeste do Rio de Janeiro. Paciente diabética e apresenta quadro de síndrome metabólica e obesidade grau III. A medicação solicitada era originalmente utilizada para o controle de sintomas de Diabetes tipo II e teve sua utilização para perda de peso aprovada recentemente. Apesar de ser considerado como indicado para o tratamento do quadro clínico da assistida, esse medicamento não é padronizado para disponibilização pelo SUS. Mesmo deduzindo que o médico da paciente solicitou o medicamento por conta do quadro de obesidade, o analista da CRLS escreveu um parecer propondo a substituição do medicamento solicitado por outras medicações para o controle dos sintomas da diabetes, padronizados e disponibilizados pelos SUS.

O representante de Marta compareceu na CRLS em meados de junho de 2017 para pedir que a consulta em cirurgia de varizes da assistida fosse agendada, haja visto que ela já está aguardando há mais de seis meses. De acordo com os documentos anexados à solicitação, Marta tem 53 anos, sente muitas dores e sofre de uma série de dificuldades para a realização de suas tarefas cotidianas. Ao consultar a plataforma do SisReg, o parecerista da Câmara pode constatar que a solicitação da assistida foi inserida em novembro de 2016 com risco azul, tendo a última atualização ocorrido em maio de 2017, mantendo a paciente em risco azul. Diante disso, o parecerista da CRLS encaminhou um pedido de reavaliação da classificação de risco para a UBS de referência da assistida.

O representante de Geraldo compareceu a CRLS em junho de 2017 solicitando fraldas geriátricas e bolsas coletoras de fezes. Geraldo tem 59 anos e sofre de incontinência fecal. O parecerista da Câmara explicou que as bolsas coletoras não fazem parte da lista oficial de insumos dispensados, mas que seria possível tentar uma solução administrativa para o caso, uma vez que as bolsas são amplamente utilizadas nas internações dos hospitais. Ele elaborou um parecer a ser encaminhado para a UBS de referência do assistido solicitando que a instituição se articule com os hospitais públicos e solicite a transferência de bolsas coletoras para a unidade, para que a unidade possa fornecer ao paciente. Ele informa que caso essa articulação não seja possível, a UBS deve enviar um relatório a ser enviado para a Defensoria Pública detalhando os motivos da falha na articulação interinstitucional. O parecerista solicitou também a revisão da quantidade de fraldas solicitadas, tendo em vista que o número foi considerado excessivo diante da constante falta de insumos nas instituições⁶.

Como podemos notar a partir dos casos narrados, o principal trabalho do setor de análise técnica – e, de certo modo, é também o cerne do trabalho da CRLS – é buscar “soluções administrativas” para os pleitos dos assistidos e essa busca consiste em basicamente tentar estabelecer “diálogos interinstitucionais”, especialmente no que diz respeito à comunicação entre órgãos do Poder Judiciário e instituições do setor da Saúde. Tais diálogos são estabelecidos de diferentes maneiras, de acordo com o nível de formalidade do contato: através de ligações telefônicas, troca de e-mails, envio de ofícios etc. Obviamente, essas formas de estabelecer diálogos possuem “pesos” distintos e implicam diferentes reações dos atores das outras instituições, uma vez que, por exemplo, há a obrigação judicial de responder a um ofício.

⁶ O funcionário da CRLS em questão me informou que “antigamente” – isto é, antes da instauração da “crise” – não havia questionamento da quantidade de fraldas solicitadas, mas que atualmente há um limite de 4 fraldas diárias por paciente.

Contudo, há algo subjacente a todas essas formas de comunicação interinstitucional: a ameaça implícita da judicialização da demanda e todas as possíveis consequências que isso pode ter.

Se seguirmos as pistas desse raciocínio, acredito que é possível afirmar que a judicialização funciona como uma espécie de instrumento de pressão para que as outras instituições cumpram com aquilo que é considerado como parte de suas atribuições. Nesse contexto, “estabelecer diálogos interinstitucionais” equivale a “fazer pressão institucional”. Tal *mecanismo resolutivo* só pode funcionar na medida em que os sujeitos compartilham a ideia de que a “judicialização” – enquanto um fenômeno – é algo que deve ser evitado, pois representa um tipo de “perigo” não só para as instituições, mas também para os funcionários que respondem por elas.

É no desenrolar desses “diálogos interinstitucionais” que surgem as disputas e convênios, uma vez que existe uma série de tensões acerca de como o dever do Estado em assegurar o direito à saúde da população se configura na prática cotidiana, bem como sobre qual o escopo de atuação de cada um dos órgãos que trabalham junto a ou que são acionados pela CRLS. Os objetos dessas disputas e convênios são a autonomia, a autoridade e o poder de atribuir obrigações e de fazer cumprir mandados das instituições.

Na esfera dos convênios, há, por exemplo, um acordo entre a CRLS e a Central de Regulação Ambulatorial do Município que estabelece um prazo de 7 dias para que esta última se pronuncie sobre os casos de pacientes que já atingiram o limite máximo de espera determinado pela classificação de risco, mas ainda não tiveram suas solicitações autorizadas. Há também uma espécie de pacto entre a Câmara e o Núcleo de Assessoria Técnica (NAT) do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro (TJRJ) quanto ao modo de proceder nas análises técnicas realizadas por ambas as instituições. É através desse pacto que foi estabelecido que as demandas só podem ser analisadas caso o assistido apresente todos os documentos médicos pertinentes.

É no âmbito das disputas que as tensões se manifestam de modo mais explícito. Como foi dito por uma das pessoas que trabalha no setor de análise da CRLS, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) realiza menos *intervenções* que a Secretaria Municipal (SMS) porque não tem poder de negociação. A coordenação da Câmara já tentou firmar acordos com os gestores da Central de Regulação Unificada (REUNI-RJ), mas a instituição nunca enviou um representante para uma reunião. Outro ponto de tensão é relativo aos hospitais universitários, uma vez que os funcionários da CRLS afirmam que não possuem qualquer tipo de poder para tentar “articular” uma solução administrativa quando a demanda apresentada por um assistido é oriunda de um hospital universitário.

Um exemplo de como essas relações se dão em meio a tensões de diversas ordens pode ser visto no caso de Joana. A assistida compareceu pela primeira vez na CRLS em meados de março de 2017 com um quadro clínico de fortes dores abdominais. Na época, sua solicitação era de um exame para de colonoscopia para se chegar a algum diagnóstico. Em consulta ao SisReg, foi verificado que o pedido da paciente foi inserido com classificação de risco azul e estava aguardando vaga. Nessa ocasião, foi encaminhado um ofício da CRLS para a UBS de referência da paciente com um pedido de reavaliação da classificação de risco da paciente. No final de junho, Joana retornou à Câmara para reclamar que ela ainda não havia realizado o exame. Ao consultar novamente o SisReg, a analista da CRLS percebeu que a classificação de risco havia sido alterada em abril de azul para amarelo, fazendo com que, teoricamente, o procedimento fosse agendado com mais agilidade. No campo de justificativa para a alteração constava a mensagem: “classificação de risco alterada a pedido da CRLS”.

Essa justificativa deixa evidente que a alteração da classificação de risco da paciente nada tem a ver com o agravamento de seu quadro clínico, mas sim com “questões políticas”. De acordo com essa mesma analista, justificativas desse tipo são comuns e representam um tipo de reação ou “resposta mal criada”. Justificativas como essa também servem para reforçar uma visão que é frequentemente mencionada pelos funcionários da Câmara: a de que a CRLS estabelece formas de “furar fila” e extrapola seu papel de mediação.

Ao ocupar uma posição ambígua – que não é nem de uma instituição jurídica e nem de Saúde no sentido estrito do termo – a CRLS é capaz de administrar um amplo conjunto de questões relativas à saúde, como, por exemplo, a gestão e orientação dos assistidos quanto as portas de entrada do SUS; a prescrição dos pleitos, indicando como esses devem ser corretamente formatados, como aconteceu nos casos dos pedidos de fralda e do medicamento Saxenda®; a organização dos fluxos regulatórios de acordo com os prazos estabelecidos em acordos e convenções etc.

Em suma, é nesse cenário de convênios e disputas que ficam evidentes as formas pelas quais os atores vão produzindo as linhas que delimitam o que é o Estado – e como este supostamente deveria funcionar – para cada uma dessas instituições. Ao alegarem que determinada coisa ou situação é de responsabilidade de um dado órgão estatal – ou não –, os sujeitos produzem o “efeito de Estado” (Mitchell, 2006) ao elaborarem um conjunto de “outros” que, de certa forma, conformam as dimensões “exteriores” ao Estado. Além disso, quando tomadas em conjunto, essas instituições compõem uma malha que constroem o Estado enquanto uma entidade autônoma capaz de regular e administrar não somente os sujeitos, mas também uma série de conflitos.

Uma reflexão final: uma teodiceia particular

Tentei com este paper demonstrar como as situações dos “diálogos interinstitucionais” conformam arenas nas quais convênios são firmados e disputas são travadas em torno daquilo que deveria ser o “correto funcionamento” das instituições estatais. Para encerrar, busco relacionar o que tenho acompanhado em minha pesquisa de campo com o que Herzfeld (2016) chama de *teodiceia secular*. Para o autor, a teodiceia secular é uma espécie de linguagem que permite que se fale contra o Estado sem necessariamente questionar sua crença fundante. Ou seja, é a teodiceia secular que permite o questionamento daquilo que é descrito como errado ou disfuncional, sem descrer na cosmologia do Estado.

Um dos discursos mais constantes entre os funcionários de todos os setores da CRLS é o de que a Câmara só existe porque não há de fato direito à saúde para toda a população. Ou seja, a CRLS só existe porque o Estado não cumpre efetivamente seu papel. Assim, defendo que a CRLS sustenta sua própria existência enquanto uma política pública nos marcos da ideia de teodiceia secular de Herzfeld (2016), haja visto que as atuações dos funcionários – e da instituição como um todo – se articulam e se justificam a partir de um modelo ideal de Estado e de prestação de serviços públicos de saúde.

É nesse sentido que defendo que, com o “apoio” da Defensoria Pública, a CRLS toma para si a missão de fazer com que o dever do Estado de promover o direito à saúde seja efetivamente cumprido.

Referências Bibliográficas

FERRAZ, Octavio. 2009. “The right to health in the courts of Brazil: worsening health inequities?”. *Health and Human Rights: An International Journal*, v.11, n.2, pp.33-45.

HERZFELD, Michael. 2016. *A Produção Social da Indiferença: explorando as raízes simbólicas da burocracia ocidental*. Petrópolis: Vozes.

MITCHELL, Timothy. 2006. “Society, Economy and the State Effect”. In: SHARMA, Aradhana; GUPTA, Akhil (eds.). *The Anthropology of the State: a reader*. Oxford: Blackwell Publishing, pp. 169-186.

PEREIRA, Jane. 2015. “Direitos Sociais, Estado de Direito e desigualdade: reflexões sobre as críticas à judicialização dos direitos prestacionais”. *Quaestio Iuris*, v. 8, n. 3, pp. 2080-2114.