

Filas de espera – entre documentos e infraestruturas da saúde e da justiça¹

Leonardo do Amaral Pedrete

1. Introdução

Aida, uma senhora aposentada, de 82 anos, portadora de gonartrose desde 2009, necessitava de uma cirurgia de artroplastia total de joelho esquerdo. Com dificuldade de caminhar, precisava de ajuda constante de terceiros. Chegou a contratar uma vizinha como cuidadora. Em março de 2012, foi encaminhada por médica da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria-RS² (SMS) para consulta especializada em traumatologia, em razão de exame radiológico ter apontado osteoartrose nos compartimentos articulares do joelho esquerdo com importante desalinhamento intercondilar. Em maio do mesmo ano, a necessidade da cirurgia foi avaliada por traumatologista do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), porém sem previsão de sua realização. O impasse restou claro: como fazer o Estado efetivar uma cirurgia já por ele mesmo reconhecida como necessária, porém que ele mesmo não prevê sua realização?

Dada a necessidade de realização da cirurgia, em outubro de 2012, Aida procurou o atendimento da Defensoria Pública da União (DPU). Ao ser requisitado a fornecer os orçamentos necessários para encaminhamento à Justiça Federal de Santa Maria (JFSM), um hospital privado da cidade informou que um de seus médicos se negava a fornecer orçamentos. Em novembro do mesmo ano, um médico do HUSM – após recusa de outro profissional em

¹ V ENADIR, GT 9 – Antropologia do Estado.

² Santa Maria possui 300 mil habitantes, sendo a quinta cidade mais populosa do estado do Rio Grande do Sul. Dispõe de cerca de 450 leitos hospitalares destinados ao SUS, compondo uma infraestrutura hospitalar referência de alta complexidade para quase 2 milhões de pessoas de 45 municípios, conforme abrangência de duas Coordenadorias Regionais de Saúde (4ª CRS e a 10ª CRS). Desde 1970, a cidade abriga o HUSM, que também é Hospital-Escola vinculado à Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), atendendo ao desenvolvimento de ensino, pesquisa e assistência em saúde. O Hospital compõe a 4ª CRS e é referência de média e alta complexidade para a região central do estado do RS. Para a traumato-ortopedia, junto a mais nove especialidades, existe uma Rede de Apoio ao HUSM composta por mais oito hospitais da região central do Estado. Os dois hospitais que maior proporção de cirurgias realizadas em 2012 foram o HUSM (38,1%), e Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo (19,9%). No HUSM atuam cerca de 1.800 funcionários (contabilizando-se atividades-meio – como as de pessoal administrativo – e profissionais da saúde – técnicos, enfermeiros e médicos); e foram realizadas 7.376 cirurgias, em 2015 (HUSM, 2016). Vale esclarecer que o principal hospital público da região central da RS (gerenciado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH) realiza todas as suas cirurgias via SUS, de modo que recebe os pacientes encaminhados pela Secretaria de Saúde, dando origem à fila de espera.

produzir o mesmo documento – atestou em formulário que sua doença se manifestava de forma severa, deformante e incapacitante, sem alternativa para a recuperação a não ser o procedimento cirúrgico. Justificou haver risco de agravamento do quadro clínico e mesmo de óbito, em razão de possíveis complicações advindas da imobilidade (como trombozes e acidentes cardiovasculares).

Conforme declaração escrita do HUSM, em novembro de 2012, Aida aguardava na 140ª posição da fila de espera pela realização do procedimento, sem previsão de realização de procedimento. Após obtenção de orçamentos parciais, o processo foi ajuizado em maio de 2013, na mesma data em que a documentação restante foi reunida. O próprio juízo requisitou a tal hospital privado os orçamentos, sem resposta no tempo devido. A requisição se deveu ao fato de que todos os orçamentos já apresentados no processo tinham sido emitidos por um médico traumatologista que deixou de realizar as cirurgias deferidas por ordens judiciais.

Em junho de 2013 a perícia judicial foi realizada, no qual o médico designado que a examinou atestou haver desvio, dores, limitação de movimentos e “marcha claudicante”, indicando que “a patologia é de caráter degenerativo, evolutivo, com agravamento inexorável das condições de marcha e piora da qualidade de vida” (conforme voto em BRASIL, 2015, *online*³). Quanto à questão da urgência ou emergência na realização da cirurgia, pontuou que “não há urgência, mas não pode ficar aguardando indefinidamente pelo agendamento do HUSM; prazo razoável: noventa dias”. A juíza federal responsável pelo processo oficiou a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ªCRS), indagando a respeito do fornecimento do tratamento, a qual indicou o HUSM como responsável pela alta complexidade – como era o caso de Aida. “Nos últimos tempos, o Serviço de Traumatologia e Ortopedia não consegue realizar cirurgias eletivas de ortopedia, devido à grande demanda de pacientes da urgência⁴/emergência que chegam via Pronto Socorro” declarou a direção do HUSM, oficiada pela Justiça.

Diante disso, a juíza providenciou junto ao HUSM a coleta de “dados estatísticos de cirurgias realizadas e a situação atual de pacientes que aguardam por procedimento do Setor de Ortopedia e Traumatologia”. Conforme as palavras da Direção Clínica do HUSM, “pouquíssimas cirurgias acontecem em um curto intervalo de tempo. Na última cirurgia realizada, o período transcorrido entre diagnóstico e cirurgia foi de três anos e foi por ordem judicial”. Além disso, dá conta de que, em 2012, o número de cirurgias realizadas foi vinte

³ Todas as citações da introdução constam no voto (sem paginação) que se converteu em decisão em segunda instância do Recurso Cível, cf BRASIL, 2015.

⁴ Na acepção da norma médica, urgência implica necessidade de assistência técnica imediata (BRASIL, 1995).

vezes inferior à quantidade de pacientes que aguardam cirurgia de quadril ou joelho – enquadradas como cirurgias eletivas, enquanto as cirurgias realizadas pelo hospital são “quase em sua totalidade, a cirurgias de urgência ou emergência decorrentes de fraturas”.

Com base no argumento de que todos os pacientes estão sendo igualmente prejudicados pela falta de previsão na realização das cirurgias, a juíza concluiu, na decisão, “a fila de espera na qual a autora se encontra inserida não está andando. Por isso, ingressar em juízo postulando a realização da cirurgia não implica 'burlar' o andamento da fila de espera”. Sendo assim “comprovada a necessidade do procedimento e a completa paralisação do serviço público buscado”, a decisão determinou que o estado do RS e a União Federal teriam três meses para realizar a cirurgia. Com o descumprimento da decisão, a Justiça Federal determinou o bloqueio de valores (aproximadamente quarenta mil reais) em conta estadual. A cirurgia foi realizada em junho de 2014, portanto mais de dois anos após a determinação de sua necessidade por avaliação especializada, ocorrida em maio de 2012.

* * *

Esse breve relato apresenta um interessante caso de entrelaçamento de uma demanda jurídica individual e suas repercussões em uma questão de gestão da saúde pública: a fila de espera de pacientes do SUS por cirurgias traumato-ortopédicas na região de Santa Maria-RS, que se reflete no encaminhamento de demandas ao sistema de justiça. Chamam atenção as diversas maneiras pelos documentos, agentes públicos e elementos infraestruturais aparecem como mediadores de controvérsias e constituem formas de administração de poderes e direitos.

A proposta deste trabalho é tecer considerações sobre tais mediações em torno da mobilização do Estado (e particularmente do sistema de justiça) em prol de cirurgias traumato-ortopédicas na cidade de Santa Maria-RS. Parte-se do insight de Annelise Riles, segundo a qual também os documentos e “formas jurídicas tecnocráticas” (RILES, 2005: 980) são mediadores de práticas sociais. Assim, não apenas os agentes públicos (médicos assistentes, peritos, juízes, defensores, servidores em geral etc.), mas artefatos documentais (laudos, exames, ofícios, inquéritos etc.) e a própria infraestrutura associada a serviços de saúde e justiça serão elementos a serem compreendidos, não como instrumentos através dos quais olhamos, mas como mediadores que modelam e constituem práticas estatais.

Além dos documentos processuais obtidos no site da Justiça Federal da Quarta Região

(www.trf4.jus.br), outra fonte documental⁵ para este texto foi o Inquérito Civil Público (ICP-Cir, daqui em diante), destinado à “verificação e acompanhamento sobre a longa espera na fila para a realização de cirurgias eletivas na especialidade de traumatologia/ortopedia no HUSM” (BRASIL, 2013) instaurado pela Procuradoria da República, que integra o Ministério Público Federal (MPF). O ICP-Cir foi criado após a JFSM expressar, em ofício, sua preocupação com a situação crítica da fila de espera por procedimentos cirúrgicos traumato-ortopédicos para pacientes do HUSM, “a refletir-se na excessiva judicialização de demandas em busca desses procedimentos”.

O trabalho se alinha a uma recente literatura antropológica que tem se debruçado sobre as práticas (e performances) cotidianas das burocracias. Algumas das tarefas que os estudiosos do tema têm se debruçado incluem: reconhecer os modos pelos quais ações e discursos são mediados por artefatos burocráticos – aquilo que Matthew Hull chama “to look *at* rather than *through* [documents]” (HULL, 2012: 13); bem como estudar as tecnologias de governo (ou, mais precisamente, as tecnicidades jurídicas, cf. RILES, 2005: 980) que aparecem como mediadores de práticas sociais, mais do que como instrumentos ou repositórios de significados. Assim, trata-se de investigar como as tecnicidades do direito⁶ medeiam ambiguidades em campos marcados pela luta em torno da autoridade e da expertise (RILES, 2005), chamando a atenção para as performances⁷ e interações por meio das quais a burocracia é materializada (PEREZ, 2016; NAKASSIS, 2013).

Atenta-se aqui, no caso da gestão da saúde e da justiça quanto às cirurgias traumato-ortopédicas, para uma situação na qual o próprio Estado se depara, por meio de diferentes instituições, com fenômenos bem diversos do controle totalizante e planejado por meio da administração burocrática moderna, como descrito por Scott (1998). Por outro lado, as controvérsias e tentativas de solução em torno da gestão burocrática por juízes e nos instigam a, sob inspiração de Scott, investigar não apenas *quem* opera cotidianamente sobre as demandas de cirurgias no seio do Estado, mas sobretudo *como* o fazem.

⁵ Este trabalho optou por priorizar as agências mediadas por documentos. No entanto, cabe explicitar que foram realizadas duas entrevistas com enfermeiras que trabalham no HUSM. Uma delas atua no bloco cirúrgico e relatou detalhes sobre a priorização de cirurgias, bem como conflitos que envolvem a judicialização da saúde. Por mais raras que tenham sido tais encontros, dado o seu caráter exploratório e a necessidade de entrevistar outros agentes envolvidos na judicialização da saúde (em especial do acesso a cirurgias), optou-se por preservar tais relatos para um futuro trabalho.

⁶ Mais do que um conjunto de normas, as tecnicidades jurídicas são tomadas como práticas e categorias rotinizadas e especializadas, que também incluem certos artefatos como contratos ou estatutos (RILES, 2005).

⁷ Performances são aqui tomadas como processos pragmáticos e ideológicos por meio dos quais propriedades materiais são promulgadas e geram consequências (PEREZ, 2016:238); enquanto materializações são vistas como atualizações performativas das qualidades materiais na vida social (NAKASSIS *apud* PEREZ, 2016:239).

2. À espera dos documentos e das infraestruturas

Em regra, são vários os caminhos a serem percorridos em se tratando dos pedidos de saúde na burocracia jurídico-estatal. Qualquer cidadão brasileiro que necessite da realização de uma cirurgia tem seu acesso garantido pelo ordenamento jurídico⁸. Assim, trata-se de uma demanda jurídica exigível em face do Estado. Na realidade santa-mariense, para que isso seja efetivado, mesmo que sem intervenção do sistema de justiça, é necessário que um médico do Sistema Único de Saúde (SUS) ateste em laudo a necessidade da realização da cirurgia e a doença que acomete o paciente, com indicação do CID (código internacional de doenças). Para fins judiciais, também são importantes detalhes como esclarecer se há urgência na realização da mesma, quais as consequências da demora para a qualidade de vida do paciente e se há risco de óbito na ausência da cirurgia.

Caso o paciente tenha apenas uma indicação por parte de profissional que atendeu na rede privada, como inicialmente ocorria com Aida (que possuía plano de saúde privado), é necessário um novo documento médico emitido em receituário do SUS por um médico que trabalha na rede pública. Uma vez que a porta de entrada do SUS é a unidade básica de saúde e, em geral, as cirurgias são indicadas por especialistas, é comum que a obtenção do laudo necessário seja obstaculizada pela demora na marcação e realização de consulta especializada. Notadamente em áreas como a traumatologia-ortopedia, tal espera pode durar por meses e até anos⁹.

A situação vivida por Aida está longe de ser excepcional na luta de pacientes do SUS pelo acesso a uma cirurgia traumato-ortopédica. Antes de mais nada, é preciso pontuar que o perfil das enfermidades que atingem a população brasileira tem observado uma mudança significativa: as maiores causas de mortes e incapacidades passaram a ser doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), tais como doenças circulatórias, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2011). Quase a metade dos casos brasileiros é registrada na região Sul, onde 10,3 milhões de habitantes possuem DCNTs. No Rio Grande do Sul, 55,4% da população feminina e 41,7% da masculina possuem pelo menos uma DCNT (IBGE, 2015). Tais doenças podem causar diferentes graus de restrições à capacidade de realizar atividades

⁸ O direito de acesso ao tratamento de saúde às pessoas sem recursos financeiros para provê-los decorre do direito (fundamental e social) à saúde, previsto no art. 196 da Constituição Federal, e da Lei 8.80/90, que instituiu o Sistema Único de Saúde.

⁹ Vale dizer que a própria realização de uma consulta especializada, com urgência, também pode ser realizada. Em Santa Maria, pelo SUS, as consultas especializadas quanto as próprias cirurgias são realizadas principalmente no HUSM. A situação da espera pela realização de consultas especializadas e cirurgias em Santa Maria-RS é de tal forma crítica que tal tópico se tornou tema abordado com frequência nas campanhas para as eleições municipais de 2016, cf. <http://diariodesantamaria.clicrbs.com.br/rs/economia-politica/noticia/2016/10/pozzobom-e-valdecitrocam-farpas-e-criticas-durante-entrevista-7693265.html>

habituais, como locomoção¹⁰, muitas vezes demandando cuidados hospitalares e domiciliares, como visto no caso de Aida.

No que se refere à luta burocrática pela realização de sua cirurgia, como ocorre tipicamente, evidenciou-se a busca por documentos e procedimentos administrativos, médicos e jurídicos da SMS, da 4ªCRS e do HUSM, afora dois hospitais privados conveniados ao SUS, sem contar as consultas prévias a médicos ligados a seu plano de saúde particular. Os documentos exclusivamente requisitados pelas instituições do sistema de justiça (DPU e JFSM) se fizeram necessários em razão da não satisfação da pretensão pela via administrativa. As pessoas que recorrem à justiça para casos de saúde são demandadas¹¹ a providenciarem os seguintes documentos: carteira de identidade e CPF; conta de água ou luz atualizada em nome do assistido (caso não possua, deve obter declaração de residência); comprovante de renda de todas as pessoas do núcleo familiar; atestado/quesitos médicos, contendo justificativa para o tratamento, além das informações sobre o problema de saúde (CID, urgência, tratamento pretendido, etc); e negativa administrativa (ou, em caso de cirurgias, uma declaração do HUSM em que conste a data desde quando o paciente aguarda a realização do procedimento). Embora, nos casos de saúde em geral, especialmente em se tratando de medicamentos, são pedidos três orçamentos do custeio do tratamento, no que se refere às cirurgias a dificuldade de obtenção desses documentos é significativa, como evidente no caso de Aida. Em casos traumato-ortopédicos, mesmo a efetivação das cirurgias frequentemente se tornou mais morosa pela falta de profissionais disponíveis para a realização dos procedimentos e aptos a fornecerem orçamentos.

Como observado no caso de Aida e também no ICP-Cir, comumente as instituições jurídicas agem de modo a buscar soluções extrajudiciais¹² (ou, ao menos, acordadas) para as

¹⁰ Tais restrições estão abrangidas no conceito de incapacidade, segundo a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIF).. Conforme DI NUBILLA e BUCHALLA (2008: 330). “Na CIF, o termo deficiência corresponde (...) a alterações apenas no nível do corpo, enquanto o termo incapacidade” indicaria “os aspectos negativos da interação entre um indivíduo (com uma determinada condição de saúde) e seus fatores contextuais (fatores ambientais ou pessoais)”

¹¹ Essa lista de documentos foi baseada nos formulários oferecidos pela DPU e pela DPE em Santa Maria, baseadas nos critérios discutidos no Conselho Regional da Saúde. No Rio Grande do Sul, ao lado dos Ministérios Públicos da União e do Estado, tais instituições que prestam as chamadas “funções essenciais à justiça” têm se aproximado dos Conselhos Regionais de Saúde, como forma de articulação com outras instituições e aproximação de questões específicas da realidade do campo da saúde, de modo que “não é incomum observar a influência das instituições jurídicas – sobretudo o Ministério Público e os Tribunais – na gestão dos serviços de saúde” (ASENSI e PINHEIRO, 2009:117). São comuns as formas extrajudiciais de atuação, ligadas ao acompanhamento da prestação de serviços em saúde, mediante estratégias mais ou menos formais de resolução (desde ofícios e audiências públicas até o contato telefônico com gestores).

¹² Tais práticas apontam uma valorização da extrajudicialidade similar à detectada por ASENSI e PINHEIRO (2009) dentre os membros do Ministério Público. Tais autores identificaram algumas representações: a de um papel (pouco conhecido e reconhecido) de defensor privilegiado da sociedade, pois representante do Estado, e não de um governo; a preocupação com a especialização da atuação em demandas de saúde e com a necessidade de

demandas de saúde, por meio de expedientes de comunicação entre órgãos da administração pública e mesmo entes privados. Assim, frequentemente a JFSM ou a DPU enviam ofícios ao HUSM, à Secretaria Municipal de Saúde e a hospitais privados da região, a fim de efetivar as cirurgias pleiteadas. Dentre os assuntos abordados, estão: estimativas de prazos para a realização das cirurgias; informações sobre hospitais do estado do RS que realizam determinadas cirurgias (como cirurgia bariátrica); informação sobre a posição dos pacientes na lista de espera para realização dos procedimentos; pedidos de respostas de quesitos, quando os demandantes relatam recusa dos médicos em prestar as informações necessárias; se há disponibilidade de equipe multidisciplinar para acompanhamento pré-cirúrgico e pós-cirúrgico; e requisição de orçamentos.

Uma leitura meramente instrumentalista nos poderia levar a crer que, nas demandas de cirurgia, os documentos envolvidos são entidades acabadas e fixas, com significados pré-definidos e modos de circulação plenamente sistematizados e inflexíveis. Tal perspectiva nos parece muito menos produtiva do que um olhar *para* os documentos (HULL, 2012), que indague como os formulários são produzidos e como os ofícios circulam. Como nos lembra Riles (2008:11), questões como essas também podem ser negligenciadas por etnografias que, no afã de criticar as tecnologias documentais e o caráter instrumental das práticas de documentação, ignoram sua eficácia interna – perdendo de vista o que os agentes públicos fazem com os laudos médicos, de que formas os laudos são “bons para pensar com” ou mesmo como as pessoas vivenciam esses fluxos de documentos

Quanto à eficácia dos documentos, cabe ressaltar que o caso de Aida demonstrou, em especial, a dificuldade pela obtenção de orçamentos e laudos médicos detalhados. Essas duas espécies de documentos são considerados fundamentais¹³ para a própria tentativa de resolução

criação de espaços de diálogo, especialmente com atores diretamente envolvidos na saúde; e a priorização do “papel de intermediação” (:141) e de meios nãoformais e mais céleres de resolução, em postura proativa de evitação da judicialização das demandas jurídicas de saúde: “a experiência de Porto Alegre tem demonstrado que MP busca *juridicizar* os conflitos, sem necessariamente *judicializá-los*” (:143). Em outro trabalho, já propomos, para fins de esclarecimento de diferentes de mobilização do jurídico: “a submissão de controvérsia a mecanismo social de administração (família, comunidade religiosa, vizinhança, mídia, direito etc.) – **regulação social**; o recurso à regulação jurídica (invocação de regras, princípios e instituições jurídicas) – **juridificação**; a formalização institucional de controvérsias e sua canalização em direção ao Estado (em autarquias da Administração Pública, órgãos do sistema de justiça etc.) – **formalização estatal (ou burocratização jurídica)**; a mobilização do sistema de justiça (Polícia, Ministério Público, Defensoria, Poder Judiciário etc.) – **justicialização**; a procura pelo Poder Judiciário – **judicialização**; e o processo de obtenção da prestação jurisdicional propriamente dita – **jurisdicionalização**” (PEDRETE, 2015:3-4)

¹³ Os orçamentos são necessários para atribuir o valor da causa judicial. A obtenção de orçamentos em hospitais privados com frequência atrasa em alguns meses o ajuizamento da ação (dentre outros, requer a estimativa de custos de equipamentos, materiais e exames, por parte de profissionais da saúde) e necessitava ser exata quando a judicialização resultava, em regra, na realização de procedimentos na via privada. Quando se tornou praxe que as cirurgias fossem realizadas após perícia médica e estabelecimento de prazo para realização na via administrativa, os casos em que, finalmente, a cirurgia foi realizada na rede privada geraram necessidade de atualização dos

judicial das demandas de saúde. Pode-se que funcionam como chaves de condições de acesso¹⁴, ao mesmo tempo em que condicionam as chances de sucesso no pedido. Especialmente os laudos periciais são frequentemente citados determinantes de indeferimentos ou indeferimentos nos processos judiciais. Afinal, um laudo que expressa haver “risco de óbito”, “incapacidade” ou “urgência” pode ser usado como fundamento de juízes mesmo para rechaçar alegações de “burla” à fila¹⁵, como ocorreu no processo de Aida. Como esclarecido no ICP-Cir, os laudos médicos periciais também são usados como base para os juízes determinarem o prazo para o cumprimento das decisões de deferimento das cirurgias.

A questão da eficácia se alia a uma outra consideração de Riles: a de que, mesmo ao se ampliar a concepção sobre o que conta como autor, não se pode ignorar o tema da autoria dos documentos (RILES, 2008:13). Em um campo caracterizado pela disputa em torno da autoridade pela interpretação legítima das normas, *quem* emite o documento faz toda a diferença. A requisição de orçamentos é exemplo disso: médicos frequentemente se recusam a emitir orçamentos requisitados por qualquer outro órgão que não o Poder Judiciário. Mesmo os formulários das Defensorias Públicas – que compõem o sistema de justiça – são recusados, como também se percebeu na história da senhora aposentada.

Quanto ao modo de circulação dos documentos e à sua materialidade, é preciso assinalar que a inserção e tramitação dos documentos nos processos que correm no TRF4 se dá de forma digital. Portanto, após a judicialização, todos os laudos, exames e orçamentos são digitalizados, a fim de serem incluídos no sistema Eprocv2 (sistema de tramitação judicial do TRF4). Documentos tais como petições e ofícios não raro circulam apenas de modo digital. Desse modo, se por um lado, é inevitável constatar a centralidade dos documentos como mediadores que constituem certos aspectos da subjetividade (como necessidade e incapacidade) e práticas de governo (especialmente a mobilização judicial pela tentativa de controle da fila de espera por cirurgias); por outro não há exatamente um “governo de papéis” (HULL, 2012), e mais o que poderíamos chamar de um “governo de ofícios”.

Não seria de todo despropositado sugerir uma ambiguidade de sentidos no termo “ofícios”, uma vez que a palavra designa o documento expedido com a finalidade de tratar de

orçamentos, uma vez que o repasse de valores deve obedecer exatamente ao orçamento juntado.

¹⁴ Para a discussão da documentação da verdade sobre o corpo como forma de acesso a direitos e benefícios, ver FASSIN e D’HALLUIN (2005). Embora pertinente, tal discussão foi aqui excluída, em razão dos limites do trabalho.

¹⁵ O argumento de evitar burlar a fila fica claro em documento do ICP-Cir datado de agosto de 2014, no qual uma Procuradora sustentou como elevado “o número de ações judiciais, através das quais alguns desses pacientes têm buscado determinação judicial para realizar a cirurgia, o que acaba “burlando” a fila e os valores do SUS”.

assuntos da administração pública, porém também evoca a ideia de profissão. E não se pode deixar de lado o fato de que tais comunicações frequentemente envolvem interpelações – por vezes, explicitamente conflitivas – entre juristas e médicos. Se levarmos em conta a ideia de que a materialidade é mais uma relação do que uma propriedade de um objeto físico (PEREZ, 2016; NAKASSIS, 2013), talvez possamos afirmar que os ofícios presentes no processo de Aida e no ICP-Cir materializam relações de poder bastante características entre categorias profissionais e instituições públicas. Exemplo claro disso é que, no ICP-Cir, há despacho (datado de março de 2014) de um juiz federal que expressa haver “claros indícios de uma possível desorganização administrativa dos recursos hospitalares”, apontando que o número reduzidíssimo de cirurgias eletivas realizadas “não pode ser justificada apenas por insuficiência estrutural”, além de identificar “incoerências estatísticas” em ofício do Diretor Clínico do HUSM, o qual, por ele é intimado a prestar mais esclarecimentos “por mandado, sob pena de desobediência”.

Quanto à rede hospitalar do SUS destinada a cirurgias traumato-ortopédicas em Santa Maria-RS, é possível apontar ao menos uma constatação unânimes a partir de notícias¹⁶ e documentos dos mais diversos agentes públicos e privados: a incapacidade de atendimento à demanda por saúde. Com efeito, a equação excesso de demanda/falta de estrutura está presente nas narrativas dos mais diversos ofícios administrativos e documentos processuais de todos os atores citados no caso de Aida e também no ICPCir (juízes, diretores clínicos do HUSM, procuradores do MPF, defensores públicos etc). Isso não significa, no entanto, que não haja divergências¹⁷ quanto à identificação dos elementos estruturais que impactam na incapacidade de atendimento à demanda.

¹⁶ Cf. <http://diariodesantamaria.clicrbs.com.br/rs/geral-policia/noticia/2016/09/husm-atua-ate-150-acimada-sua-capacidade-7504456.html>

¹⁷ Segundo um Diretor Clínico do hospital, em ofício de junho de 2013, 916 pacientes aguardavam cirurgia do serviço de Traumatologia e Ortopedia do HUSM. Salientou não haver limitação de profissionais, atribuindo as razões a “demanda de cirurgias traumatológicas, falta de leitos e salas cirúrgicas”. Relata problemas diversos: baixos preços praticados nas licitações a preço SUS; deficiência de itens, alguns fora da tabela SUS; e “o problema de suporte logístico, a saber, número insuficiente de sala cirúrgica, de leitos hospitalares e de leitos de sala de recuperação”. Conclui afirmando que “a demanda no atendimento das urgências/emergências traumatológicas tem aumentado exponencialmente...nesta situação, a falta de leito hospitalar é o pior dos problemas enfrentados na rotina diária do Serviço de Traumatologia e Ortopedia do HUSM”. Por outro lado, em maio de 2015, o então chefe da Divisão Médica do HUSM respondeu em ofício que “o volume de cirurgias traumatológicas tem sido tão elevado que ocupa quase todos os horários de cirurgia disponibilizados para esta especialidade. (...) A maior restrição para expandir salas e horários cirúrgicos é a falta de anesthesiologistas (...)”. Em comunicação à JFSM em 2003, o MPF também salientou a carência de anestesistas, além de pontuar que as salas cirúrgicas do HUSM apresentam problemas estruturais, que impasses políticos e gerenciais atrasam a abertura do Hospital Regional de Santa Maria, e que a 4ª CRS possui deficiências na gestão que sequer respondia indagações sobre a gestão da lista de espera das cirurgias eletivas. Ainda que se observe o decurso de dois anos entre as duas declarações dos médicos, elas são aparentemente antagônicas, tendo em vista, sobretudo, a contratação de novos profissionais nesse período de tempo.

No entanto, chama a atenção ao longo do ICP-Cir que, mesmo com alguns pontos consensuais condensados em discursos de ausência de infraestrutura (falta de leitos, necessidade de abertura do Hospital Regional etc.), há uma série de controvérsias pouco visíveis a uma leitura superficial, sobretudo no que se refere à gestão da lista de espera por cirurgias do SUS, os bancos de dados que registram as demandas em diversas instituições e aos próprios efeitos da judicialização da saúde. São pouco claras as respostas às questões: que instituição é responsável pela fila de espera? Sob quais critérios ela é organizada? Como ela pode ser devidamente alterada?

Quanto à lista de espera por cirurgias eletivas, a impressão geral é a de “aparente falta de comunicação” (conforme ofício de um dos juizes da JFSM) entre as listas de espera para cirurgias eletivas do HUSM e da 4ª CRS, dificultando a efetividade do cumprimento das decisões judiciais. Em janeiro de 2015, o então chefe da divisão médica do HUSM afirmou em ofício que o hospital “organizou e manteve as listas cirúrgicas da especialidade de traumatologia e Ortopedia até (...) quando as entregou, mediante protocolo, à 4ª CRS”, que “tratam-se de duas filas distintas, uma para acesso à primeira consulta na especialidade, regulada pela 4ª CRS” e outra, criada pelo HUSM (como prestador do serviço, a partir do atendimento), que, “por não suprir a demanda, acaba por gerar uma fila interna para espera de cirurgias”. Salaria que, conforme Portaria Ministerial 3390/2013, é de responsabilidade dos estabelecimentos hospitalares integrantes do SUS a organização de Núcleos Internos de Regulação. A contrarresposta da Divisão Médica do HUSM alegou que a delegação de responsabilidade pela gestão da fila foi uma iniciativa “acordada em reunião” com representantes da 4ª CRS, da SES/RS e dos poderes judiciário estadual e federal.

As visões dos profissionais do sistema de justiça ficariam bastante claras, em junho de 2015, quando em reunião na Justiça Federal, além de um juiz, compareceram representantes do Ministério Público Federal, da Defensoria Pública do Estado (DPE), da DPU, do Ministério Público do Estado (MPE) e da Advocacia Geral da União (AGU)¹⁸. O representante da DPU

¹⁸ Faz-se necessário um breve esclarecimento sobre as diferenças na atuação de tais instituições. Embora já se reconheça a legitimidade das Defensorias Públicas para a proposição de ações coletivas, tipicamente elas se destinam à prestação de assistência jurídica àqueles que não podem pagar por um advogado particular, enquanto os Ministérios Públicos se ocupam dos interesses coletivos envolvidos nas demandas de saúde. Na prática, tais interesses costumam estar ligados à fiscalização de questões como o fornecimento de medicamentos, a oferta de leitos hospitalares etc. A criação de infraestruturas jurídicas especializadas em saúde se manifesta não apenas nos Conselhos Regionais de Saúde, mas na criação de associações como a AMPASA (Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde), que visam adotar políticas de ação institucional, bem como a elaboração do *Manual de Atuação do Ministério Público Federal em defesa do direito à saúde*, por parte da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Em regra, a competência federal ou estadual pela envolvimento ou não de uma instituição pública federal. Dada a reconhecida solidariedade dos entes federais, estaduais e municipais em tratando do SUS, é comum que a Justiça Federal e as instituições que junto a ela atuam (DPU e MPF) sejam mobilizadas.

alegou que “uma vez cadastrado o paciente no sistema (...), fica à própria sorte, verificando inclusive recorrentes encaminhamentos errados”. A representante da DPE esclareceu que o encaminhamento de pessoas na Coordenadoria é inexistente, “pois não existe uma adequada informação ao usuário dos setores competentes; (...); que a Coordenadoria não faz a gestão adequada da lista de cirurgias”. O representante da AGU afirmou que “verifica-se a total ausência de controle por parte do referido órgão [4CRS]”. As representantes do MPF destacaram que “acefalia da 4ª Coordenadoria, aliada à extrema desorganização e descontrole administrativo, tem ocasionado o incremento das demandas (...); acrescentando que “fraudes decorrem em regra dessa extrema e substancial desorganização administrativa, a exemplo da ausência de controle do estoque da farmácia da Coordenadoria”. Em conclusão à reunião, o juiz federal se afirmou sensível aos problemas relatados, assinalando que “todos presentes concordam que é necessária uma atuação (...) em relação à gestão da 4ª Coordenadoria de Saúde”.

É curioso notar que, se por um lado, o dissenso em torno da responsabilidade pela regulação das filas de espera por cirurgias aparenta um jogo de delegação ou “dispersão de responsabilidades” (HULL, 2012; LOWENKRON; FERREIRA, 2014) no qual tendência de interpretação predominante é a de falta de controle¹⁹ por parte da 4CRS; por outro, nota-se fato aparentemente contraditório. Nem todos os órgãos que compõem o sistema de justiça dispõem de um controle sistemático e unificado do fluxo de demandas de cirurgias. É o que fica claro a partir da demanda de uma juíza da JFSM, a qual chega a receber resposta de juíza da Justiça Estadual, no sentido de que não foi possível contabilizar o número de ações de cirurgia “considerando que por ocasião da distribuição são cadastradas como ações (...) sem denominação própria (cirurgia), inseridas na classificação do CNJ: “(...) Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos” (ICP-Cir). Em uma das varas federais, o monitoramento começou apenas em meados de 2012, conforme ofício de janeiro de 2013.

3. Considerações finais

Se olhar para os documentos (e não através deles) significa visibilizar os documentos como mediadores (HULL, 2012; LOWENKRON, 2014), cumpre acrescentar que a narrativa

¹⁹ Em ata de reunião na JFSM, que consta no ICP-Cir, evidenciam-se uma série de qualificações negativas e relação à gestão da 4CRS, por parte de representantes de outras instituições jurídicas: “não faz a gestão adequada da lista de cirurgias” (DPE); “total ausência de controle” (AGU); “acefalia da 4ª Coordenadoria, aliada à extrema desorganização e descontrole administrativo” (MPF); “a falta de apoio administrativo da Coordenadoria” (juiz federal).

direta de Aida não é em nenhum momento colocada em nenhum dos documentos. Seus interesses e entrelaçamentos com a gestão da saúde pública são todos eles constituídos a partir da mediação de terceiros²⁰ e comunicados por documentos emitidos por servidores públicos (defensores, juizes, diretores clínicos etc.) ou prestadores de serviços públicos (como o médico perito), mesmo que em conflito com outras instituições estatais.

Embora todos os documentos aqui analisados tenham autoria bem definida, a controvérsia em torno da regulação das filas de espera por cirurgias eletivas de traumatologia demonstrou um expediente no qual a agência coletiva é evocada mediante um acordo extrajudicial entre diversas instituições estatais, para justificar uma delegação de responsabilidade. Nesse ponto, tende-se a corroborar a visão de Scott (1998), para quem o conhecimento métrico (eminente e prático), os processos informais e a improvisação frente à imprevisibilidade são inseparáveis das intervenções estatais, especialmente quando suas práticas vão além de formalizações abstratas, universais e padronizadas.

Buscou-se aqui exploratoriamente abordar as maneiras pelas quais laudos, ofícios e outros documentos processuais e administrativos materializam a gestão burocrática das cirurgias e constituem os sujeitos envolvidos. Os achados do universo abordado puseram em evidência, ao menos até aqui, mais os efeitos performativos e materiais de produção de vínculos e diferenças significativas nas relações em que os documentos se inserem predominou, do que dimensões estéticas e emotivas (conforme tipologia de HULL, 2012). Afinal, como salientou Riles (2008), documentos são artefatos que produzem efeitos e oferecem categorias e lacunas de análise. Além disso, ao procurar avaliar em que medida tais documentos mantêm uma certa ordem planejada de vigilância (SCOTT, 1998) ou se imbricam em uma “confusão incurável” da desordem burocrática (HERZFELD, 2005), este trabalho se aproximou de análises da judicialização da saúde que questionam a sistematicidade²¹ do caso brasileiro (BIEHL e PETRYNA, 2016). Ao menos no universo da gestão das cirurgias eletivas de traumatologia, a força das infraestruturas burocráticas parece residir, mais do que no

²⁰ É bastante clara a pertinência aqui da discussão em torno da transformação profissional do sofrimento (ver KLEINMAN e KLEINMAN, 1991), a qual foi aqui subtraída, em razão dos limites do trabalho.

²¹ A propósito do acesso a medicamentos, BIEHL e PETRYNA (2016) chegam a falar em um “sistema descentralizado e disfuncional de saúde pública” (:176, *tradução minha*) e em um “sistema improvisado de acesso e distribuição de medicamentos” (:187). Já em texto anterior, tratando da judicialização da saúde como uma judicialização da biopolítica, BIEHL (2013) se referia à ausência de um “modelo biopolítico de governança de cima pra baixo” (:422, *tradução minha*), constatando a “descentralização da autoridade estatal” (idem). Uma vez que, em se tratando da judicialização da saúde, a “biopolítica é um empreendimento inseguro, na verdade, mais um sintoma dos limites do governo do que um marcador de sua presença e controle” (:431), vários agentes (como defensores, mas também procuradores e juizes, como vistos no nosso caso) “demandam que o Estado aja biopoliticamente” (:432).

formalismo jurídico ou mesmo em um “fetichismo infraestrutural”²², em práticas ativas de obscurecimento e contestação decorrentes do poder performativo²³ da desordem jurídica, como assinalou Perez (2016: 220).

Observa-se, nos procedimentos e documentos aqui descritos, um quadro distante da observação de tecnologias de controle e vigilância que estabelecem mapas de legibilidade e hierarquias bem definidas; mas, sim, mais próximo da identificação de controvérsias e negociações entre instituições estatais (e mesmo internas a elas), amplamente mediadas por artefatos documentais. Tal achado nos faz lembrar que uma antropologia da burocracia não precisa se limitar a processos informais: também as estruturas e procedimentos formais das instituições podem ser vistas de forma dinâmica e móvel em seus papéis de mediação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASENSI, A. R.; PINHEIRO, R.. (2009) A juridicização da saúde e o Ministério Público. 63, Revista do Ministério Público, p. 113-150.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1451/95 de 10 de março de 1995. Disponível em: www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm. Acessado em 03/08/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011- 2022 – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradoria da República no Município de Santa Maria. Inquérito Civil Público nº 1.29.008.000285/2013-68. Originador: MPF – Portaria ICP 87/2013. Interessado: HUSM. Data de autuação: 07/08/2013.

BRASIL. Tribunal Regional Federal (Região 4). Recurso Cível nº xxxxxxx-33.2013.404.7102/RS. Relatora: Simone Barbisan Fortes. Disponível em: <http://www2.trf4.jus.br/trf4/>. Acesso em: 13 de fevereiro de 2017. Santa Maria, 27 de janeiro

²² Expressão utilizada para designar a crença historicamente sedimentada na associação entre infraestrutura, mudança, progresso e liberdade, cf. LARKIN (2013: 332-333). Mais do que um projeto modernista de planificação ou um apego ao normativismo, no presente caso o que parece estar em jogo são as consequências concretas e cotidianas da indeterminação de responsabilidades e do cumprimento ou não de determinações jurídicas.

²³ Em um interessante trabalho sobre a regulação urbana de Bogotá, Perez (2016) argumenta que a materialidade da topografia jurídica emerge como uma linguagem estratégica que permite que especialistas obscureçam ou contestem práticas jurídicas, de maneira que “infraestruturas burocráticas não são meras redes materiais que possibilitam a ação tecnopolítica; e complexidades jurídicas não são simplesmente um reflexo de formalismos excessivos e tecnicidades” (:237, tradução minha).

de 2015.

BIEHL, João; PETRYNA, Adriana. (2016) Tratamentos jurídicos: os mercados terapêuticos e a judicialização do direito à saúde. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro , v. 23, n. 1, p. 173-192, Mar. 2016

BIEHL, J. (2013) “The judicialization of biopolitics: Claiming the right to pharmaceuticals in Brazilian courts”. *American Ethnologist*, 40: 419.

DI NUBILA, Heloisa Brunow Ventura; BUCHALLA, Cassia Maria. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo , v. 11, n. 2, p. 324-335, June 2008

FASSIN, D.; D'HALLUIN, E.. (2005). “The Truth from the Body: Medical Certificates as Ultimate Evidence for Asylum Seekers”. *American Anthropologist* 107 (4): 597–608

HERZFELD, Michael. 2005. “Political Optics and the Occlusion of Intimate Knowledge”. *American Anthropologist* Vol. 107, No. 3: 369-376.

HOLMES, D. R., MARCUS, G. E. (2005) “Cultures of Expertise and the Management of Globalization: Toward a Refunctioning of Ethnography.” In *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*, edited by Aihwa Ong and Stephen J. Collier, 235–62. Malden, Mass.: Blackwell.

HULL, Matthew. 2012. “Documents and bureaucracy”. *Annual Review of Anthropology* 41: 251-267.

HULL, Matthew S. 2003. “The file: agency, authority, and autography in an Islamabad bureaucracy”. *Language & Communication* 23 (2003) 287–314.

HUSM – Hospital Universitário de Santa Maria. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm/informacoes/institucional/nossa-historia> Acesso: em 14 de fevereiro de 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. (2015) Pesquisa de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro : IBGE. violências : Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação

JIMENO, M. (2008) Colombia: Citizens and anthropologists. En Deborah Poole. *A companion to Latin American Anthropology*. Blackwell Publishing. Malden, Oxford. Pág 72-89

KLEINMAN, Arthur; KLEINMAN, Joan. (1991) Suffering and its Professional Transformation: Toward an Ethnography of Interpersonal Experience. *Culture, Medicine and Psychiatry*, v.15, n.3, p. 275-301.

KOHN, Eduardo. (2013) *How forests think: Toward an anthropology beyond the human*. Univ of California Press, 2013.

- LARKIN, B. 2013. "The Politics and Poetics of Infrastructure." *Annual Review of Anthropology*, 42: 327-43.
- LOWENKRON, L.; FERREIRA, L.. (2014) "Anthropological perspectives on documents Ethnographic dialogues on the trail of police papers". *Vibrant* 11(2): 75-111. LUGONES, M.G. (2014). "(In)credulidades compartilhadas: expedientes para observar administrações estatais." In Castilho et al. *nacional de saúde 2013 : acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes*
- NAKASSIS, C. (2013) "Materiality, Materialization." *Hau* 3 (3): 399–406.
- OVERING, Joanna. "Introduction". In: Joanna Overing (ed.), *Reason and Morality*: 147. London: Tavistock, 1985
- PEDRETE, L. (2015) *Com o Estado, diante do Estado, contra o Estado: trajetórias da judicialização do acesso a medicamentos*. Anais do IV ENADIR. USP, São Paulo.
- PEIRANO, M. (2006). *A teoria vivida e outros ensaios de antropologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2006.
- PÉREZ, F. (2016), *Excavating Legal Archaeology Landscapes: Juridical Archaeology and the Politics of Bureaucratic Materiality in Bogotá, Colombia*. *Cultural Anthropology*, 31: 215–243.
- RILES, A. (2008). *Documents: Artifacts of modern knowledge* (A. Riles, org.). Ann Arbor: University of Michigan Press.
- RILES, Anelise. 2008. "Introduction. In Response" in: _____; *Documents: Artifacts of modern knowledge* (A. Riles, org.). Ann Arbor: University of Michigan Press.
- RILES, Annelise, "A New Agenda for the Cultural Study of Law: Taking on the Technicalities" (2005). *Cornell Law Faculty Publications*. 782.
- SCHUCH, P. (2013). *A vida social ativa da ética na Antropologia (e algumas notas do "campo" para o debate)*.
- SCOTT, James. *Seeing Like a State: How Certain Schemes to Improve the Human Condition Have Failed*. New Haven, CT: Yale University Press, 1998.
- STRATHERN, Marilyn. *The relation: issues in complexity and scale*. Cambridge: Prickly Pear Press, 1995
- VIANNA, A. (2014). *Etnografando documentos: uma antropóloga em meio a processos judiciais*.