

CAPÍTULO 4

‘Na minha mão não morre’: uma etnografia das ações judiciais de medicamentos

LISE VOGT FLORES

Este trabalho é um estudo etnográfico de ações judiciais de medicamentos, processos nos quais o Estado — seja ele representado pela União, estados-membros ou municípios é demandado por um “*paciente*” a fornecer medicamentos pela via judicial. A intenção é compreender *como se faz* o direito à saúde, numa aproximação teórica àquela desenvolvida por Latour (2010). Para isso, são percorridos os caminhos desses processos, desde o paciente, sua doença e o receituário médico inacessível para compra, até se encontrar o Estado em diferentes posições: *em demanda*, através das instituições que têm a competência legal para processarem o Estado (Ministério Público Estadual e Defensoria Pública da União); *em defesa*, por meio da atuação da Procuradoria Geral do Estado; e, finalmente, o Estado *em decisão*, pela análise dos processos que tramitam no Judiciário e que se destinam a uma decisão de um magistrado, a comandar o fornecimento (ou não) do medicamento pleiteado. A pesquisa possibilitou encontrar um processo de transformação do direito à saúde em direito à vida, que se manifesta não apenas a partir de um texto legal cujas disposições se constroem na prática dos processos, mas também pela diversidade de elementos que mobiliza, especialmente os sentimentos dos agentes públicos que laboram com tais demandas. A pesquisa de campo foi realizada de janeiro de 2015 a fevereiro de 2016 em instituições públicas das cidades de Cascavel e Curitiba, ambas no estado do Paraná, compreendendo observações, entrevistas e análise de documentos.

A construção do direito à saúde no Brasil: das normas aos processos, um caminho não linear

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 — CF/88, denominada por uma série de juristas como a “*constituição-cidadã*”¹, por abarcar com destaque os direitos sociais, surgiu, pela redação do artigo 6º, o reconhecimento da saúde como direito e a noção de que o Estado teria a obrigação de oferecer aos seus cidadãos o exercício desse. Nesse contexto, uma sinalização foi inscrita no art. 196, que previu que a “saúde é direito de todos e dever do Estado”, e que esse deveria ser o garantidor dessa saúde, “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Essas normas trazidas pela CF, ao mesmo tempo em que definiram a saúde como dever do Estado, abriram espaço para que se concebesse o direito a medicamentos como contido no bojo dos enunciados constitucionais. Dois anos depois, com a chamada Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8080/90), buscou-se regulamentar, por exemplo, o art. 198 da CF, que também tratou sobre o tema, repartindo responsabilidades, no âmbito da saúde, entre os entes federativos. Assim, o crescente número de demandas judiciais por medicamentos surgiu primeiramente como resultado da ausência desses recursos na via administrativa. Isso acontece quando determinados remédios que deveriam estar disponíveis para retirada nas farmácias governamentais, em decorrência da previsão desses fármacos nas listagens oficiais

¹ “A Carta da República de 1988, chamada de constituição cidadã pelo deputado Ulysses Guimarães, é considerada até hoje uma das mais avançadas e democráticas do mundo, no que diz respeito aos direitos e garantias individuais do cidadão. Presidente do STF na data da promulgação da Constituição, o ministro aposentado Rafael Mayer explica que Ulysses Guimarães denominou a Carta de cidadã ‘referindo-se à intensa participação popular na elaboração do texto — porque quem quis se manifestou e foi acolhido’, disse o ministro em entrevista concedida ao site do Supremo à época da comemoração dos 20 anos da Constituição”. Fonte: <<http://www.conjur.com.br/2011-out-05/23-anos-audiencia-historica-foi-promulgada-constituicao-federal>>. Acesso em: 30 out. 2015.

de medicamentos (como a RENAME² ou a REMUME, por exemplo) não são fornecidos à população. O ajuizamento de processos de medicamentos possibilitou que muitas pessoas pudessem desenvolver seus tratamentos para a recuperação da saúde e, em muitos casos, manutenção da própria vida. Hoje as demandas judiciais buscam compelir o Estado a fornecer remédios que ele antecipadamente firmou o compromisso de dispensar (por meio dessas listagens). No entanto, muitos processos judiciais por medicamentos têm buscado tecnologias farmacêuticas mais modernas e, também por isso, de alto custo, que não constam na lista de remédios fornecidos gratuitamente. Só entre 2010 e 2014, os valores gastos pelo Ministério da Saúde, em razão de decisões judiciais, tiveram um aumento de 500%.³

Nesse caminho, as demandas judiciais por medicamentos tiveram seu marco inicial nos pedidos de remédios para tratamento do HIV/AIDS. Fato é que o grande volume de ações judiciais que aportaram no Judiciário na década de 1990, pressionando o poder público para o fornecimento de remédios antirretrovirais, resultou hoje numa das políticas públicas mais reconhecidas no mundo inteiro (Villarinho, 2013) quando se fala em tratamento para o HIV. Uma parte dessa história foi descrita no relatório “O Remédio via Justiça: um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/AIDS no Brasil por meio de

² “A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) é uma lista de medicamentos que deve atender às necessidades de saúde prioritárias da população brasileira. Deve ser um instrumento mestre para as ações de assistência farmacêutica no SUS. Relação de medicamentos essenciais é uma das estratégias da política de medicamentos da Organização Mundial da Saúde (OMS) para promover o acesso e uso seguro e racional de medicamentos. Foi adotada há mais de 25 anos, em 1978, pela OMS e continua sendo norteadora de toda a política de medicamentos da Organização e de seus países membros. Essa Relação é constantemente revisada e atualizada pela Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Rename (Comare), instituída pela Portaria GM no. 1.254/2005, e composta por órgãos do governo, incluindo instâncias gestoras do SUS, universidades, entidades de representação de profissionais da saúde.”. Fonte: Site do Conselho Federal de Farmácia: <<http://www.cff.org.br/pagina.php?id=140>>. Acesso em: 30 out. 2015. A REMUME é a Relação Municipal de Medicamentos, na qual cada município elabora uma listagem de remédios que serão fornecidos sob sua responsabilidade.

³ “Desde 2010, houve um aumento de 500% nos gastos do Ministério da Saúde com ações judiciais para aquisição de medicamentos, equipamentos, insumos, realização de cirurgias e depósitos judiciais. Naquele ano, o valor consumido foi de R\$ 139,6 milhões. Apenas em 2014, o gasto chegou a R\$ 838,4 milhões. Em todo o período, a soma ultrapassa R\$ 2,1 bilhões.” <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/20195-em-cinco-anos-mais-de-r-2-1-bilhoes-foram-gastos-com-acoes-judiciais>>. Acesso em: 07 abr. 2016.

ações judiciais”, uma ampla pesquisa sobre a “judicialização” dos medicamentos para HIV/AIDS no Brasil, promovida pelo Ministério da Saúde e coordenada pelo pesquisador Mário Scheffer⁴, que buscou compreender o comportamento do Poder Judiciário diante dessas demandas. Também analisou as políticas de incorporação de remédios na dispensação oficial pelo sistema público de saúde: a maioria das ações judiciais de medicamentos envolviam não apenas os medicamentos para HIV/AIDS, mas também para o tratamento de doenças como hepatite C, câncer e outras patologias, especialmente buscando no Judiciário novas tecnologias farmacológicas não disponíveis no país (Brasil, 2005: 38).

Como expliquei, o Sistema Único de Saúde (SUS) possui listagens de medicamentos que são fornecidos gratuitamente pelo Estado, seja ele representado pela União, estado ou município. Essas listas de medicamentos – RENAME – Relação Nacional de Medicamentos e REMUME – Relação Municipal de Medicamentos – são apenas uma parte do imenso corpo normativo destinado a regulamentar a assistência farmacêutica no país. Além disso, os avanços tecnológicos que surgem da indústria farmacêutica, criando novas possibilidades de tratamento e cura a todo momento, não estão disponíveis à população, devido ao alto custo dessas inovações farmacológicas. Alguns remédios hoje prescritos, por exemplo, nem se encontram disponíveis no país, exigindo sua importação, altos custos e o burocrático desembaraço aduaneiro. Isso sem contar recentes descobertas científicas a respeito do uso medicinal de substâncias consideradas então como ilegais no Brasil, tais como remédios formulados com base no *canabidiol*, derivados da maconha (especialmente para casos de tratamento de epilepsia infanto-juvenil). A despeito disso, estudos sobre o fenômeno das ações judiciais como forma de acesso a medicamentos são escassos na literatura antropológica. A maioria dos trabalhos sobre a temática divide-se entre analisar sob o enfoque jurídico o direito à saúde e o modo como os tribunais vêm recepcionando essas novas demandas sanitárias (Figueiredo & Sarlet (2008), Lovato (2007), Cury (2005)).

⁴ Professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FAMUSP, na área de Políticas de Saúde.

A intenção deste trabalho é compreender como se faz o direito a medicamentos em ações judiciais de remédios contra o Estado, mais especialmente quando se trata de processos propostos por agentes do próprio Estado (Ministério Público Estadual e Defensoria Pública da União). Já de antemão é preciso esclarecer ao(à) leitor(a) que se trata de uma escolha de percurso de pesquisa dentro de um universo bem mais amplo, tendo em vista que existem outros caminhos “jurídicos” para que um paciente busque obter tratamento medicamentoso no Judiciário (como por meio da advocacia privada, por exemplo), e muitos outros caminhos “não jurídicos⁵”. Todavia, meu objetivo aqui é compreender a feitura do direito à saúde quando o Estado litiga em face do próprio Estado, costurando decisões que ora se complementam, ora se contrariam, mas que se reúnem, de certo modo, na composição da decisão final ditada por um juiz, também Estado. Trata-se de uma relação entre três posições ocupadas pelo Estado (Defensoria Pública da União/Ministério Público Estadual versus Advocacia Geral da União/Procuradoria Geral do Estado, com decisão de um magistrado). A intenção de entender como se dá a feitura do direito, em termos já cunhados por Latour (2010), toma como premissa que o direito não está imediatamente explícito e contido na lei, mas é o resultado das ações dos diferentes atores que participam de sua “aplicação”, nas suas práticas cotidianas.

Procurei seguir a trilha desses processos “estatais” desde seu início: conversando com pacientes, conhecendo seus percursos, seus médicos, advogados, os agentes públicos envolvidos nas demandas de medicamentos e os documentos produzidos por esses atores. Ao longo da pesquisa de campo, a questão inicial, que compreendia entender os momentos inicial (a petição dos advogados) e final (a decisão do juiz) modificou-se: diferentemente do que imaginava, que as ações judiciais de medicamentos eram processos lineares e unitários, que iniciavam com o pedido feito por um advogado e terminavam com a sentença de um juiz, a experiência etnográfica revelou a existência de muitos outros processos e elementos que compõem esse mesmo processo, sendo que

⁵ Como por exemplo, determinados recursos acessados pelos pacientes que acompanhei durante a etnografia, tais como a realização de rifas e sorteios para angariar fundos e a concessão de entrevistas na televisão, buscando a sensibilização da comunidade e da Coordenadoria Regional de Saúde, etc.

cada um deles possui um modo de fazer o direito à saúde muito peculiar. Sobretudo, a etnografia demonstrou que o direito é construído, e por esse motivo, tudo aquilo que acontece no meio do caminho entre a petição inicial e a sentença contribui para essa elaboração. Analisar todos esses processos, portanto, tornou-se essencial para que eu pudesse compreender o direito. Por uma necessidade de economia textual, contudo, neste trabalho destaco apenas um dos “processos do processo”, qual seja, aquele proposto pela Defensoria Pública da União.

Um dos trabalhos que me serviu de inspiração à análise etnográfica foi aquele elaborado por Mol e Law (2004), no artigo “*Embodied Action, Enacted Bodies. The example of Hypoglycaemia*”, no qual buscaram descrever o que é a doença chamada de “hipoglicemia”, tendo tomado conhecimento desse artigo pelas referências na tese de Castro (2014). Para isso, partiram das definições científicas trazidas pela medicina e passaram a ampliar a busca dessa definição investigando as compreensões sobre a doença tida por médicos, pacientes e suas relações sociais. A partir disso, a doença deixa de ser simplesmente um conjunto de sinais e sintomas, mas passa a ser significada por outras situações/elementos estreitamente conectados, como por exemplo, a identificação da hipoglicemia com o medo do paciente de ser acometido por uma queda da taxa de glicose no meio da madrugada e as tristes consequências desse fato à sua vida. Fala-se, então, de como se fabrica a doença a partir de diversos outros elementos que se relacionam. Da mesma forma, diferentes processos, que não têm a mesma natureza, compõem o direito à saúde na pesquisa de campo, foram produzindo diferentes argumentos e (re)definindo o que a norma legal determinou. As teorias nativas compõem os processos e esses, reunidos, fazem o direito.

De forma semelhante, fui inspirada na metodologia empregada na produção do texto “*The Zimbabwe Bush Pump: Mechanics of a Fluid Technology*” (Laet & Mol, 2000), igualmente conhecida pela abordagem de Castro (2014). Ao analisarem a bomba de água mais utilizada no Zimbábue, com extrema delicadeza e detalhamento, procuraram revelar sua fluidez através de uma série de outros elementos e objetos que precisavam existir e atuar em concomitância com a “*bush pump*” para que ela exercesse sua função, propondo uma crítica à ideia de se dar um sentido obrigatório às coisas, rigidamente estabelecido, através da suposição, por exemplo, da

existência da separação entre sujeito e objeto, ou entre o mundo e o sujeito que significa esse mundo. Procuo realizar uma analogia entre a análise da “*bush pump*” e os processos, tomando-os como objetos que agregam diferentes atores (humanos e não humanos), tempos e espaços. Dessa forma, a etnografia revela-se como a descrição dessas conexões entre os elementos heterogêneos que compõem o direito à saúde.

Os três autores, cada um com seu percurso próprio, produziram textos em aproximação teórica, haja vista que contributivas daquela que se tornou conhecida como a teoria ator-rede, que tem Bruno Latour como seu principal expoente e desenvolveu-se a partir dos estudos de ciência e tecnologia. Nesse sentido, lanço mão dessas ideias, a fim de compreender o processo de medicamentos em todas as suas conexões e elementos formadores, tomando por base a agência que cada um desses exerce sobre os outros e, ao final, faz o direito à saúde inscrito numa sentença. É em busca das delicadezas desses processos que a etnografia se impulsiona.

Como não poderia deixar de ser, o percurso etnográfico também se deu sob a inspiração da tese de Castro (2014), intitulada “A integralidade como aposta: etnografia de uma política pública no Ministério da Saúde”, na qual buscou demonstrar o processo de elaboração de uma política pública no âmbito desse Ministério. Para isso, adentrando no universo pesquisado, observou e acompanhou tudo o que se relacionava à elaboração dessa política, especialmente os agentes públicos e suas práticas, buscando perseguir o “rastro dos objetos que a incorporam, dos espaços que a acolhem, das agências que a constituem e sustentam” (Castro, 2014: 18). Sua tese tem particular interesse para minha pesquisa, já que de forma aproximada à dela que lido com instâncias estatais e busco identificar quem são e como se relacionam os diferentes atores que compõem as decisões judiciais e o direito à saúde nos processos de medicamentos.

Tal como Castro buscou responder o que é uma política pública de saúde, seguindo seu caminho de elaboração desde o início e considerando na sua composição elementos intrínsecos e externos às práticas dos agentes públicos do Ministério da Saúde, busquei empreender esta etnografia, seguindo o rastro dos processos judiciais de medicamentos, desde seu início, com os pacientes, até a decisão final do juiz. Além disso, o trabalho promoveu uma análise da legislação que serve de escopo para os processos, tomando as leis e outras normas como dados etnográficos.

Voltando meu olhar para a atuação dos agentes jurídico-estatais, tentei conhecer as razões dos agentes públicos para defender ou não o direito ao fornecimento judicial de medicamentos, bem como sua compreensão sobre os efeitos de suas ações, despachos, pareceres e decisões nas vidas dos doentes demandantes. Observar e conhecer a atuação deles permitiu-me ver que quase sempre (especialmente nas demandas cujos medicamentos são destinados a garantir a sobrevivência da pessoa) uma questão paira sobre suas práticas: a consciência de que suas decisões têm uma implicação de vida e de morte, e que decidir favoravelmente ao caso de um paciente poderá significar decidir contrariamente a tantos outros (dadas as limitações orçamentárias do Sistema Único de Saúde). Esse dilema tem potência sobre suas práticas. Como se coloca, no dia-a-dia de trabalho dessas pessoas, a questão de decidir sobre uma vida?

Olhando *de fora* para os processos, antes eu supunha que existia uma polaridade entre razão e emoção nos autos: por um lado, o paciente, agindo de forma emocional em busca de sua cura/tratamento; de outro, o agente público que decide sobre o direito, lançando mão de recursos legais para a melhor solução da demanda. O percurso etnográfico, “ênfatizando a particularidade das experiências concretas e as perspectivas dos agentes implicados nos processos estudados” (Schuch, 2005: 300), revelou que a emoção e o engajamento com a dor do paciente também entram em jogo na hora de decidir como um valor importante para os próprios agentes públicos. Emoção e engajamento, portanto, são tomados neste trabalho como qualidades expressadas nas narrativas dos meus interlocutores, em suas falas, gestos e práticas, dentro e fora das instituições. Nas situações específicas que pude observar, tais qualidades que, em princípio, não estariam contidas nas técnicas jurídicas, são transformadas em direito. As ações judiciais de medicamentos, no contexto que pesquisei, permitem um ponto de intersecção entre racionalidade e emoção, à medida que ambas se conjugam para formar a técnica legal, que *fará* o direito ao remédio. Este trabalho irá demonstrar, portanto, como as emoções e o engajamento participam da configuração dos processos e, por consequência, do próprio direito, numa quase sempre dramática busca de equalizar o que é (ou pode ser) a lei e o que se entende por justiça.

Com isso, o agente público busca, no arcabouço legal, nas regras jurídicas, na jurisprudência e nos princípios gerais do direito, ou seja, na amplitude

de normas que regulamentam a matéria, formas de tornar jurídico o que, em uma primeira análise, não seria, para produzir uma decisão que considere mais justa. Aqui, racionalidade e sentimento andam juntos, ou seja, não estão em oposição. Emergiu da pesquisa de campo justamente a noção de que as emoções e o engajamento dos agentes são elementos que entram na composição das decisões. Não se trata, por óbvio, de elementos escritos nas leis, mas sim inscritos nas práticas de justiça analisadas.

Assim, uma das premissas deste trabalho é que o direito não é dado (apenas) na literalidade da legislação, mas sim produzido no próprio processo de sua efetivação. Foi paulatinamente que se fez o acesso à medicamentos pela via judicial como parte do direito constitucional à saúde e que o faz hoje ser considerado como um dos pilares da cidadania. A partir disso, emergiu a abordagem empregada para produzir a pesquisa, conduzindo-me no percurso do trabalho de campo e orientando-me a considerar os diferentes agentes institucionais e elementos que compõem um direito muito específico, investigando as condições em que tal composição se (re)produz.

Abro um parêntese para esclarecer o uso do termo “agente” ao longo deste texto, empregado principalmente para a descrição dos agentes públicos (ou estatais) entrevistados. Como se poderá perceber, este trabalho abarca as expressões “paciente” e “agente” com grande frequência, dado o universo pesquisado. Curiosamente, o “paciente”⁶, nas ações judiciais de medicamentos analisadas, é aquele que age e impulsiona o processo. O primeiro “agente” do processo, portanto, é o “paciente”. Assim, para fins analíticos, explico que farei uso dessa expressão no sentido trazido por Marilyn Strathern (2006: 193): “agente” é aquele que age por causa de suas relações e que, ao mesmo tempo, revela-se nessas ações. Nesse sentido, o “paciente” é “agente” para impulsionar o processo, em virtude das relações em que se coloca e dos efeitos que suas ações produzem no mundo, embora não seja tomado desse modo pelo direito. A despeito disso, também lançarei mão da expressão “agente público estatal ou institucional” para denominar aqueles que exercem cargos públicos.

⁶ Destaco que tanto no linguajar médico quanto no jurídico o termo “paciente” é utilizado. Logo, pessoas em busca de tratamento são duplamente “pacientes”, além da paciência — no sentido de característica de tolerância — que têm que ter com todos os processos até a obtenção do remédio.

De quantos “processos” se faz uma sentença?

“O que os médicos não estão conseguindo resolver, os juízes resolvem.” (fala de um magistrado entrevistado)

O processo de medicamentos proposto pela Defensoria Pública da União

Um dos processos que escolhi analisar em profundidade, buscando investigar a feitura do direito a remédios no Judiciário foi aquele que pude acompanhar, em partes, da paciente Maria Luísa. Trata-se de uma menina de três anos de idade que tem a *síndrome de dravet*, uma doença degenerativa e que provoca convulsões. Após a tentativa com outros remédios, somente um importado da França, denominado *diacomit*, demonstrou capacidade de controlar as crises na criança. Trata-se de medicamento sem registro na ANVISA e sem fabricação no Brasil.

O processo judicial tem início com a petição inicial, desenvolvida pela Defensoria Pública da União – DPU, em formato padrão, com cabeçalhos e rodapés da instituição e protocolada no sistema da justiça federal denominado E-PROC em 05/04/2014. Por meio de um sorteio eletrônico, o processo fica sob responsabilidade da 1ª Vara Federal e Juizado Especial Federal da Subseção de Cascavel, Seção Judiciária do Paraná. Nesse documento, há a qualificação da paciente, denominada “assistida”, e uma seção dedicada ao benefício da assistência judiciária gratuita (que isenta a parte autora ao pagamento de custas processuais e honorários advocatícios). A demanda é uma ação judicial ordinária com pedido de tutela antecipada para o fornecimento de medicamento e realização de exame, contra a União Federal e o Estado do Paraná (os dois são réus do processo). Nota-se que o defensor apresenta a dificuldade da família em obter o remédio pelo seu alto custo e, com isso, sensibilizar o julgador, escrevendo sobre a legislação que em tese ampara o pedido, e juntando entendimento dos tribunais sobre a matéria. Sobretudo, o defensor destaca os riscos que a demora no fornecimento do remédio poderá acarretar na saúde da criança.

Em 07 de abril de 2014, adveio decisão do magistrado determinando que a DPU apresentasse comprovação da hipossuficiência, com documentos da renda familiar de Maria Luísa, através de uma emenda à petição inicial. Veja-se que a argumentação do magistrado apresenta

são questões formais e legais, que não dizem respeito à saúde da menina. Neste caso, a “burocracia” não parece ter sido vencida pela “urgência”. A DPU, então, responde justamente enfatizando a pressa.

Em petição datada de 10/04/2014 a DPU informa o valor do exame de sequenciamento genético (R\$5.000,00) e junta comprovantes de renda da família. Traz também o argumento de que o juiz deve decidir a antecipação de tutela com a máxima urgência, “visto que o caso dos autos envolve direito ao acesso à saúde”, independentemente se a discussão de competência não restasse superada. Veio então a decisão liminar em 11 de abril de 2014. Em suas seis páginas, o juiz discorre sobre cinco requisitos para a concessão da medida, logo após discorrer sobre o histórico clínico da menina:

No caso em questão passaremos a analisar a presença dos 05 (cinco) requisitos necessários, para fins de concessão do medicamento requerido.

1) Comprovação da hipossuficiência: conforme informado na inicial da DPU, a genitora da parte autora possui renda inferior a um salário mínimo, consoante comprovante. Não possui condições financeiras suficientes ao pagamento de custas e despesas processuais, nem tampouco com o valor do medicamento de que necessita para sua filha, sem prejuízo de seu sustento, consoante declaração de pobreza firmada, em anexo. (...). Assim, entendo estar presente o requisito da hipossuficiência.

2) Juntada aos autos de quaisquer documentos comprobatórios do estado atual de saúde do autor⁷: No presente caso, há receita médica, laudos e exames, emitidos pelo médico [nome] e pelo corpo médico do Hospital das Clínicas de São Paulo, diagnosticando a doença e o medicamento ora requerido.

3) A realização de perícia judicial: (...) Ressalto que, desde que comprovada a extrema situação de urgência, em razão de comprovado risco de vida para o autor, pode-se conceder imediatamente o remédio requerido, desde que presentes os demais requisitos, marcando-se *a posteriori*, na data mais breve possível, a realização da referida perícia judicial, situação que entendo ser o caso dos autos,

⁷ Os constantes erros desse tipo (gênero, plural/singular, concordância etc.) parecem indicar que o arquivo já estava pronto e só foi adaptado. É outra marca “estética” da urgência com que o processo é feito, analisado e decidido.

por se tratar de paciente com um ano e sete meses de vida, sem possibilidade de utilizar medicamento intravenoso, estando suscetível sérias complicações médicas e sequelas físicas irreparáveis, o que já se verificou em outros casos, com necessidade de admissão em unidades de tratamento intensivo e necessidade de ventilação mecânica e intubação endotraqueal, por certo, com alto risco de morte súbita. Desta forma, preenchido os demais requisitos, é possível a antecipação da tutela, mediante a antecipação da perícia para a data mais próxima possível, o que se faz na presente decisão.

4) O medicamento a ser deferido pela tutela jurisdicional deve estar devidamente registrado na ANVISA com prescrição específica de combate à doença do autor: No caso em questão, conforme narrado pela própria Defensoria Pública da União, o pedido do medicamento perante a 10ª Regional de Saúde do Paraná foi indeferido sob o fundamento de que o medicamento DIACOMIT 500mg não existe no Brasil e que não dispões de registro na ANVISA.

5) A submissão inicial ao tratamento e ao medicamento oferecido pelo SUS: Conforme relatórios médicos, todos os medicamentos disponíveis na listagem da 10ª Regional de Saúde já foram utilizados nos tratamentos da parte autora os quais não tiveram sucesso, pelo contrário, vieram a agravar a situação clínica da menor.

Dos cinco critérios acima, todos haviam sido atendidos, menos o item quatro (a perícia também não, mas era possível argumentar que poderia ser feita depois). Parece ser por essa razão que o juiz recorre aos argumentos médicos, já que ele mesmo trouxe os critérios que deveriam ser atendidos e não poderia deixar um para trás⁸. Também o magistrado lança mão dos argumentos médicos apresentados pela DPU. Veja-se

⁸ Sobre a força que a palavra do médico tem para a formação do convencimento do juiz, uma juíza entrevistada afirmou: “Tem, porque o meu convencimento, a minha formação é técnica jurídica, que eu domino. Todas as [outras] áreas, seja nos processos de saúde, ambiental, engenharia, sempre vou me valer de perito especialista na área, como eu canso de nomear, em demandas de particulares, aposentadoria precoce, sempre vou me valer do perito. Tenho sempre que me valer de perito para me esclarecer essas questões técnicas, apesar de eu não ficar vinculada a esse laudo. Já peguei demandas de saúde, foi até interessante, que a médica solicitava uma medicação não pautada nos fins a que ela se destinava, era para um mal, mas ela queria os efeitos colaterais daquela medicação, mas aí um outro médico, assistente do MP, disse que causava estranheza, porque você vai passar um receituário pra seus efeitos, e o efeito colateral que ela queria era emagrecimento da criança. Era temerário, pois ela tinha síndrome de down e outras doenças agregadas, então naquele momento eu tinha um laudo, mas não me convenceu. Mas, veja, se não fosse o médico assistente do MP eu não saberia disso, que foi pelos efeitos colaterais a prescrição” [Juíza estadual — entrevista realizada em fevereiro de 2015].

que no próprio laudo médico que baseia a concessão da liminar em que consta que o diagnóstico é “provisório”, dependendo de “exame confirmatório” — o sequenciamento genético também solicitado. Nem os médicos podem esperar o resultado do exame para iniciar o tratamento, nem o juiz pode esperar a confirmação do diagnóstico médico para conceder a liminar. Aqui o elemento “urgência” prevalece para todos. Então decide o magistrado, ocasião em que também nomeia um médico perito para analisar o caso da paciente.

O processo de Maria Luísa é um dos mais extensos⁹ a que tive acesso, especialmente pelo fato de o medicamento ser importado e sem registro na ANVISA, o que gera procedimentos de importação e de desembaraço aduaneiro complexos.

A PGE apresenta petição em 29 de abril de 2014 informando que o medicamento não tem registro na ANVISA e é importado e, por isso, não havia disponibilidade de entrega imediata: “para cumprimento da liminar, serão necessários, ao menos, 90 dias para importação, desembaraço aduaneiro, com autorização federal da ANVISA para ingresso do medicamento no país.” Essa petição é escrita no próprio sistema E-PROC, em uma folha em branco, ou seja, não tem a formatação das petições da PGE, com cabeçalho e rodapé¹⁰. Também a PGE faz sua contestação em uma petição com dez páginas, mas que se refere a um caso diferente do de Maria Luísa (de outro paciente, portanto). A contestação da PGE, aparentemente por equívoco, refere-se a outro caso.

O direito, nesses processos, vai sendo construído pela justaposição (ou repetição) de provas e argumentos. Mas com ou sem equívoco, o que o erro faz aparecer é que parece haver uma recombinação de processos e partes de processos: usa-se o mesmo arquivo fazendo adaptações; cita-se a mesma jurisprudência; repetem-se os mesmos argumentos.

⁹ Tratando-se de processo eletrônico, que tramita no sistema E-PROC, não é possível precisar o número de páginas desses autos. Contudo, o número de eventos, uma espécie de denominação de “fases” ou “movimentações” dessa ação judicial chegou à totalidade de 342 (trezentos e quarenta e dois).

¹⁰ Essa modalidade de escrita de petição, sem utilização de formulários-padrão das instituições, é utilizada durante o processo não apenas pela PGE, mas também pela DPU, especialmente em documentos que continham simples manifestação sobre um despacho/decisão anterior, mas em que não fosse necessário demonstrar ou defender/contestar um direito.

O direito também faz-se assim, e mais ainda nos casos urgentes. Há também o cuidado pelos magistrados em fundamentarem suas decisões amparadas na jurisprudência de tribunais superiores, lançando mão dos argumentos de outros juízes que, somados aos seus, reforçam o caráter “certo” da sentença.

Em seguida, em 05 de maio de 2014, a DPU apresenta nova petição, juntando laudo médico, para dizer da urgência da necessidade do medicamento, sob risco de a paciente “desenvolver deficiência mental progressiva e eventual óbito, conforme declaração médica em anexo”. A petição tem a palavra “URGENTE” destacada em negrito e em vermelho e alguns trechos, como esse que copiei, negritados, tudo isso para dizer que a paciente não pode aguardar 90 (noventa) dias. Então sugere que, “para evitar qualquer tipo de risco à autora”, o Estado do Paraná deposite o valor do medicamento na conta dos pais da menor para que eles comprem a medicação e apresentem a nota fiscal.

Em 07 de maio de 2014, vem a nova contestação da PGE, agora relacionada ao caso concreto correto, pedindo a substituição da anterior. Em muito ela se parece com a contestação erroneamente protocolada, especialmente na parte da fundamentação (visto que o caso anterior também se tratava de um medicamento importado, os argumentos de defesa do Estado parecem ser os mesmos, utilizando um modelo padrão). Alega que o pedido do autor esbarra em determinados requisitos: o medicamento não tem registro na ANVISA (cita a recomendação do CNJ n.º 31, que orienta aos magistrados evitarem proferir decisões concedendo o fornecimento de remédios sem registro e faz referência ao artigo do Código Penal que penaliza quem distribui medicamento sem registro na ANVISA): “haverá contradição, portanto, entre eventual decisão neste processo e a tutela jurisdicional penal”. Em seguida, diz dos limites do art. 196 da CF, que estaria vinculado às políticas públicas, e menciona também o art. 198 e a Lei Orgânica do SUS, que remete a uma gestão tripartite da saúde. O outro requisito mencionado é a “reserva do possível”. Citando um doutrinador constitucionalista (J. J. Gomes Canotilho), menciona: “os direitos sociais só existem quando e enquanto existir dinheiro nos cofres públicos”. Pede a improcedência do pedido em face do Estado.

Em 08 de maio de 2014, o juiz decidiu:

Considerando que o medicamento deverá ser importado e, considerando os trâmites legais, defiro o pedido de dilação de prazo de 90 (noventa) dias para que comprove as diligências em busca do medicamento DIACOMET 500 mg, comprovando nos autos o cumprimento da medida.

Relativamente ao Exame ‘Sequenciamento Completo do Gene SCN1A’, intime-se com urgência o Estado do Paraná, por meio do sistema eletrônico, a fim de comprovar nos autos o cumprimento da decisão liminar, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas, anexando a solicitação do exame junto à 10ª Regional de Saúde, bem como a requisição da mesma para o comparecimento do autor a fim de realizar referido agendamento.

Em 13 de maio de 2014, em petição, a PGE informa que está providenciando a importação do medicamento e que, quanto ao exame, necessita realizar três orçamentos e o prazo de, pelo menos, 20 (vinte) dias para cumprir a decisão. Anexa e-mail do Centro de Medicamentos do Paraná – CEMEPAR, que detalha o procedimento. Em 13 de maio de 2014, o juiz indefere o pedido da DPU de depósito de valores.

Na sequência, em 26 de maio de 2014, a Advocacia Geral da União – AGU, que faz a defesa da União no processo (lembrando, foi proposto em face do estado do Paraná e da União), ingressa no processo por meio de contestação com 14 páginas, em formulário padronizado da instituição, com cabeçalho e rodapé, quase dois meses após a defesa apresentada pela PGE. Alega, preliminarmente, que a União não é legítima para o cumprimento da decisão. Cita os artigos 197 e 198 da CF e a Lei Orgânica do SUS, fazendo referência à gestão tripartite, buscando demonstrar que não tem competência para o fornecimento do medicamento. Na seção denominada “do mérito”, cita a muito mencionada decisão do STF na qual o ministro Gilmar Mendes menciona que “a concessão de medicamentos por parte do Sistema Único de Saúde deve ser precedida de uma série de cautelas”, e apresenta um resumo dessas. Outra seção da contestação chama-se “da necessidade de registro na ANVISA”, onde cita jurisprudência e também a recomendação n.º 31 do CNJ, a mesma referenciada pela PGE. A próxima seção denomina-se “tese subsidiária: do reembolso – responsabilidade solidária e *pro rata* entre os réus”, na qual menciona que, se o juiz entender que a União é competente para

cumprir a decisão, deverá pagar metade ou a terça parte dos custos do tratamento, cabendo o restante ao estado do Paraná.

Na sequência, em 18 de junho de 2014, há uma petição de dez páginas do Ministério Público Federal manifestando-se pelo fornecimento do medicamento: “é, portanto, dever do SUS fornecer não apenas os remédios constantes nas listas oficiais do MS, mas, tendo em vista as particularidades do caso concreto e a comprovada necessidade de utilização de outros medicamentos (...)”, citando os artigos da CF. Valendo-se dos termos do perito, defende que o fármaco é eficaz e indispensável. Por outro lado, em relação ao exame, “o perito atestou que não terá influência no tratamento da paciente no momento, motivo pelo qual é dispensável, não devendo o SUS ser onerado com a realização de procedimento que não trará benefício direto ao paciente, hipótese em que deve ser aplicada a distribuição seletiva de recursos, ante a sua prescindibilidade”.

A AGU apresenta petição em 24 de junho de 2014 e manifesta-se pela improcedência do pedido, sob o argumento de que o remédio não tem registro na ANVISA. Cita novamente a recomendação n.º 31 do CNJ e enunciado do Comitê Executivo de Saúde do Paraná¹¹:

Em seguida, em 03 de julho de 2014, a DPU apresenta petição simples (aquela escrita no próprio sistema), requerendo a procedência da ação, “considerando que o laudo judicial é favorável”. A PGE, na mesma data, informa que somente se manifestará sobre o laudo nas razões finais e que está no processo de importação do medicamento, juntando email da CEMEPAR que comprova os trâmites. Em 08 de julho de 2014, a DPU apresenta petição requerendo novamente o depósito do valor do medicamento, juntando orçamentos (menciona a informação da CEMEPAR de que após a chegada do remédio no Brasil ainda haveria o desembaraço com a ANVISA e a Receita Estadual): “infelizmente a autora possui medicação apenas até o final do mês de julho. Além disso, de acordo com o orçamento e as informações da Importadora Market Pharma Serviços Ltda., através da qual a assistida adquiriu as primeiras doses do medicamento Diacomit (mediante a venda de rifas), o prazo para entrega do medicamento é de 10 a 15 dias e o pagamento deve ser feito antecipadamente”.

¹¹ Enunciado n.º 3 - “A determinação judicial de fornecimento de medicamentos deve observar a existência de registro na ANVISA”

(...) Em face do exposto, buscando zelar pela saúde e, principalmente, pela vida da parte autora, que - frise-se - conta com apenas dois anos de idade e sofre graves crises de abstinência, com risco de óbito (consoante Atestado já anexado no evento 37), requer a intimação do Estado do Paraná para que deposite, imediatamente, ante a necessidade e urgência que o caso requer, na conta da representante legal da menor, o valor do medicamento Diacomit – R\$ 4.300,00 (quatro mil e trezentos reais), de acordo com o orçamento que ora se anexa, para que a própria genitora adquira a medicação, mediante comprovação nos autos, através de apresentação de nota fiscal.

Em 10 de julho de 2014 vem a decisão de juiz (outro juiz, substituto daquele que estava decidindo anteriormente), determinando que o Estado do Paraná, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas, “informasse a real situação da importação do medicamento, devendo informar ainda a possibilidade de entrega antes do final do mês de julho”. Acaso não houvesse a possibilidade de entrega na data prevista, o juiz mandou “depositar o valor de R\$ 4.300 em conta judicial vinculada aos presentes autos”.

A isso, a PGE informa em 14 de julho de 2014 que o medicamento está em trânsito, com previsão de chegada em Curitiba e que seria disponibilizado até final de julho. A DPU reitera o pedido de depósito, com base nas informações prestadas pela CEMEPAR, juntadas na petição da PGE: “A carga chegou dia 14/07 às 22:01h. O processo somente será protocolado na ANVISA para fins de vistoria após emissão da GRU no site da ANVISA (que à [sic] alguns dias está indisponível). Após o registro o tempo médio é de 5 dias úteis”. Observa-se que o direito a medicamentos é feito não apenas pelas ações dos diferentes agentes envolvidos no processo, mas também por outros elementos contingentes, tais como um site fora do ar.

Em 29 de julho de 2014, o juiz da causa (originário, não seu substituto) determina:

(...) indefiro o pedido da parte autora, e mantenho a decisão proferida no evento 74, no que concerne ao prazo para a entrega do medicamento até o final do mês de julho de 2014.

Em seguida, em 05 de agosto de 2014, a PGE protocola petição informando que o medicamento está disponível para a paciente. Em 16 de janeiro de 2015 há uma decisão, de outra juíza, perguntando à DPU se ainda há o interesse em realizar o exame, já que o perito considerou desnecessário. A PGE informa, em 03 de fevereiro de 2015, que o exame foi realizado em 2014. Apresenta comprovante. Após, a DPU protocola nova petição em 05 de fevereiro de 2015: “Em que pese a Síndrome de Dravet não tenha sido detectada pelo referido exame, a resposta positiva ao tratamento confirma que, de fato, a autora é portadora da referida doença, conforme esclarecimentos prestados pelo seu médico”. O exame não detecta a doença, mas o procurador diz que ela existe, com base na opinião do médico. Subitamente, o exame que parecia antes ser tão decisivo agora é tratado como algo inteiramente secundário. Também em 05 de fevereiro de 2015, a DPU junta petição informando que o medicamento não se encontra disponível para a paciente. Na mesma data, a juíza decide, determinando ao estado do Paraná o depósito de valores para compra e ao representante legal da paciente que comprove a aquisição do fármaco com nota fiscal. A partir de então, há uma sequência de petições, decisões e intimações que se repetem, numa tentativa de cumprir a decisão judicial com o depósito de valores para os pais da paciente comprarem a medicação.

Segue-se, então, a sentença, em 20 de abril de 2015: após relatar o pedido, a juíza (agora, nova magistrada) aborda a questão de divisão de competências para o fornecimento do remédio, à semelhança da sentença do processo analisado anteriormente. Junto a sua exposição coloca muitos acórdãos dos tribunais superiores, buscando referendar sua postura de manter o estado do Paraná e a União juntos no polo passivo da ação judicial (ambos como réus).

Quando passa a analisar o mérito, ou seja, o pedido propriamente dito, a juíza começa a discorrer sobre o papel do Judiciário atuando em políticas públicas, também colocando logo após sua exposição de ideias a jurisprudência do STF no mesmo sentido. Em seguida, discorre a respeito do alto custo do medicamento e da ausência de seu registro na ANVISA, fatores que não seriam aptos à negativa do fornecimento. A magistrada constrói um arrazoado debatendo e ponderando sobre o direito à saúde e seu conflito com limites orçamentários do Estado.

Nessa concepção, o direito ao medicamento é assemelhado ao direito à sobrevivência e, assim, superaria qualquer outro.

Deve-se ter sempre em vista que a vida protegida pela CF/88 não é qualquer tipo de sobrevivência, mas sim a vida digna, aquela na qual existe efetivamente um cidadão que possui direitos e deveres que devem ser garantidos e respeitados. Dessa forma, não é qualquer tratamento que deve ser custeado pelo Poder Público, mas sim aquele mais adequado e eficaz, capaz de ofertar ao enfermo maior dignidade e menor sofrimento, mesmo que seja de alto custo. Nesse sentido são os acórdãos abaixo: [...]

Verifica-se que os bens em ponderação têm valores absolutamente díspares. De um lado, está o direito à vida, pois para o enfrentamento da grave doença versada na presente ação, os médicos precisam contar não só com todos os medicamentos existentes, mas também com todos os exames necessários, independentemente de constarem em listas oficiais. De outro lado, estão supostamente o equilíbrio do sistema, a harmonia necessária na tripartição dos Poderes e a isonomia entre os beneficiários.

Por evidente que há de prevalecer o direito à vida, garantia fundamental de nosso Estado Democrático de Direito. Além disso, sequer há demonstração de eventual desequilíbrio no sistema.

Apesar disso, procura demonstrar que se importa, ainda que não de maneira absoluta, para que o fornecimento do remédio via Judiciário possa atender a determinados requisitos, construídos por reiteradas decisões semelhantes. Usa desses requisitos já na concessão da medida liminar, ou seja, na primeira decisão que analisei:

Porém, verifica-se que o direito à saúde, apesar de se tratar de um valor estruturante do ordenamento jurídico, corolário do direito à vida, assim como todos os demais direitos, não tem caráter absoluto, devendo ser preenchidos requisitos para a concessão da tutela jurisdicional de fornecimento gratuito de um tratamento (...)

Dessa forma, para que os pacientes que necessitem dos tratamentos vindicados a esses façam jus, devem eles demonstrar a) que residem em município que integra a esfera de competência desta Subseção Judiciária de Cascavel. (b) que são portadores da doença em comento. (c) que houve esgotamento da opção terapêutica fornecida pelo SUS,

ou seja, que tal opção não se mostrou eficaz ao quadro clínico do paciente e (d) o indeferimento dos tratamentos em tela junto à rede pública, quer seja no caso específico do paciente ou mesmo no âmbito geral, tendo em vista, com relação ao último requisito, que em alguns casos o Estado do Paraná tem fornecido o tratamento postulado, com recursos próprios, ainda que não contemplados no Protocolo de Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde.

Em seguida, inicia seu argumento discurso apoiado na medicina, ou seja, nas informações que um médico perito, nomeado por ela, prestou a respeito do caso clínico da pequena paciente Maria Luísa. Copia trechos do laudo pericial nessa parte. Com base nesse laudo, a sentença se perfaz, concedendo o fornecimento do medicamento à criança, condenando a União e o estado do Paraná solidariamente (a entrega do fármaco deverá ser realizada pela 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná e o valor do medicamento ressarcido pela União). A palavra do médico nesse momento readquire sua potência como “prova técnica”, tratando-se de um profissional com credenciais específicas.

O processo seguiu com os recursos dos réus, mas ainda sem trânsito em julgado. A última petição data de 17 de fevereiro de 2016, do Ministério Público Federal, manifestando-se no sentido de que os recursos dos réus devem ser improvidos (negados) pelo Tribunal Regional Federal da 4ª Região.

O processo analisado teve decisão favorável à concessão de medicamentos, mas não representa a totalidade das decisões proferidas pelos juízes ao receberem essas demandas em seus gabinetes, todos os dias. Existem muitos indeferimentos de pedidos de medicamentos (embora sejam a minoria), assim como também há casos de deferimento pelo juiz de primeiro grau, nas sentenças, mas que são reformadas pelos tribunais.

A transformação do direito à saúde em direito à vida

“É a vida, né, é o bem mais valioso a ser tutelado pelo direito, e não consigo vislumbrar qualquer argumento que supere o direito à vida.” (fala de um dos procuradores da república entrevistados).

Segundo Lewandowski (2014: 117), “a alquimia de uma decisão é um processo mais ou menos complexo que envolve diversos dispositivos, uma constelação de teorias, ponderações e consequências, tendo em vista que sempre existe mais de uma resposta possível”. Dessa forma, as decisões analisadas evidenciam o modo como o direito a medicamentos (ou a outra prestação de saúde) passa a ser descrito, pelos juízes, como direito à sobrevivência ou direito à vida. A partir disso, nenhum argumento parece conseguir superar a potência desse direito. Entendo que essa nova compreensão ou redefinição do direito nesses processos decorre da mobilização da sensibilidade dos magistrados nas decisões. Os sentimentos, aliados a um engajamento pessoal, são incorporados nas sentenças como técnica jurídica, mas isso não ocorre de forma fácil, como vimos.

Eu não consigo entender (...) o argumento, primeiro, de que não cabe ao Poder Judiciário se imiscuir na esfera administrativa; a questão que se trata ali passa por cima de tudo isso. (...) também não consigo vislumbrar como esse argumento pode prosperar quando você está diante de um cidadão brasileiro, que a vida dele é importante, que paga seus impostos, e um argumento econômico possa sobrepujar um interesse à vida desse paciente. [Procurador da República, entrevista em março de 2015]

Latour (2010) compreendeu que o direito se faz na sua aplicação, em sua concretude. Na prática das ações judiciais de medicamentos, analisando processos e suas respectivas decisões, foi possível identificar o surgimento de um direito muito específico e que, composto por diversos elementos materiais e imateriais, que se relacionam e causam impacto entre si mesmos, *redefine o pedido inicial (direito à saúde) para se transformar em direito à vida*. Essa transformação vai se dando pela convergência dos diferentes processos que fazem o processo. O que os juízes julgam não é mais a concessão ou não do remédio, mas o direito a viver.

Nesse sentido, uma magistrada entrevistada relatou a angústia que sentia quando os processos envolviam pedidos de cirurgias eletivas, em decorrência das famosas filas de espera do SUS por especialistas:

Se você parar para pensar nisso, ao invés de estar fazendo uma justiça eu eventualmente posso estar fazendo uma injustiça, então

isso é uma coisa que pessoalmente me incomoda muito. A gente procura atuar com muita atenção, com muito vagar: até que ponto eu posso atuar aqui? Por outro lado, eu digo: não é possível que a pessoa fique indefinidamente esperando pelo tratamento, e nesse caso que eu estava falando, e estou falando porque já sentenciei no processo, fiquei indignada, e olha só, ressaltando, o juiz tem que ser imparcial. Mas a gente não é neutra, eu não sou indiferente às coisas que acontecem na vida. Eu não posso privilegiar alguém, eu tenho que sentenciar o que está nos autos. (...). Chegou que ele está com 60 e poucos anos e trabalha numa situação em que exige relativamente esforço físico e chega numa situação que me diz: “Doutora, eu não consigo trabalhar. Eu sinto dores horrendas na mão, eu não consigo segurar mais meu instrumento de trabalho, eu não consigo trabalhar” – então imagina, essa pessoa esperou, passou dos 16 anos aos 60 e poucos anos de idade esperando um atendimento... [emocionada]. Isso não é possível! Fiquei revoltada nessa sentença, peguei pesado, por assim dizer. Você acaba dosando essa situação [a dor do paciente]: “eu quero que faça, e quero que faça já!” [Ordenou a juíza]. Ué, mas e a fila [de pacientes na espera do mesmo especialista]? Não dá, não dá, ele está há inúmeros anos esperando e, veja, ele me apresentou uma necessidade imediata, que é a subsistência dele, que se ele não consegue trabalhar vai fazer o quê? [Juíza, entrevista em abril de 2015].

Contando sobre os plantões, aos finais de semana, em que chegavam demandas de internação hospitalar em unidade de terapia intensiva, disse-me que ela e seu marido, promotor de justiça, chegavam a ficar “madrugada adentro” ligando para diversos hospitais da região tentando encontrar uma vaga:

Eu falo isso através do meu marido que é promotor e, às vezes, a gente está lá em casa, sexta, sábado ou domingo e telefonam de madrugada: “Doutor, pelo amor de Deus, tem uma criança aqui que precisa de UTI”, queimadura, prematura, ou nasceu com problema congênito. Daí não vai dar tempo de ele montar uma demanda judicial, daí o que a gente faz? Eu digo a gente porque eu acabo fazendo junto. Ou ele liga para o médico, ou vai no hospital. E é uma dificuldade para você conseguir arrumar a vaga para criança, porque se não tem no hospital público vai para o particular e o Estado remunera; mas aí quando a gente liga para

o hospital privado, eles perguntam: mas o que tem mesmo essa criança? Eles querem saber quanto custa o tratamento para saber se vale a pena eles receberem [porque o pagamento vai ser pela tabela do SUS]. Dependendo da gravidade da situação eles não querem receber, aí você tem que forçar uma situação, sob pena de você responder pessoalmente, tem que apelar um pouco: “Doutora, qual é o seu nome mesmo? [dirigindo-se à médica plantonista]” (...) [Juíza, entrevista em abril de 2015].

Ou seja, a atuação da juíza e do promotor extrapolam os limites das meras atribuições institucionais, a fim de que o problema do paciente tenha solução. Fazem mais em benefício dos pacientes; inclusive, por exemplo, chamando à atenção da médica plantonista do hospital, sinalizando-lhe da possibilidade de sua responsabilização pessoal por uma eventual omissão de socorro. Além disso, em outros casos de pedidos de internação, nos quais conseguia vaga, passou a perceber (ela e sua equipe do cartório judicial) que esse paciente muito rapidamente era mandado para casa, obtendo alta médica do hospital:

Tem uns casos que me causam estranheza: a pessoa precisa de uma vaga urgente, daí depois da minha determinação eu vou perquirir e eles me dizem: “não, a gente deu alta”. Como assim, deu alta? Se antes ele precisava de uma vaga urgente porque tinha um problema que estava se agravando, aí isso me causa estranheza. Me chama atenção que o próprio sistema de saúde que me disse que ele necessita, na sequência diz que não necessita mais. Que cura foi essa? Eu tenho questionado, é obrigação minha. Aí começo a questionar para tudo que é lado: quem deu alta, por que deu alta? Me parece que é minha obrigação. Então a gente joga na internet, em busca dos obituários. Porque já aconteceu de a gente dar a determinação, darem a alta e a pessoa morreu na sequência. Como a gente chegou a isso? De que modo são dadas essas altas, só para se livrar do problema? Eles começam a incidir numa responsabilidade criminal, eles têm uma obrigação, no mínimo prevaricando, por isso que a gente fala, meu Deus como é amplo [o problema da saúde pública], tem nuances, as dificuldades são em tantos níveis, você escolheu um tema... são tantos os problemas, espero que você conclua alguma coisa positiva. A gente se sente assim, meio impotente diante da situação, sempre se desdobrando para tentar ajudar, mas é difícil, é complicado. [Juíza, entrevista em abril de 2015].

Um dos procuradores da república entrevistados disse, ao comentar o número de casos que chegavam até a instituição, que “atender os cidadãos quando veem o direito à vida tolhido pelo Poder Público não é raro”, numa clara identificação do direito a medicamentos ao direito à vida. Esse direito se consolida pela incidência das decisões umas sobre as outras. De Laet e Mol (2010: 237), ao buscarem definir a “*bush pump*”, compreenderam que “na sua modesta forma, esta bomba tanto ajuda a fazer Zimbábue, tanto quanto Zimbábue a faz”. Essa reflexividade também é verificada nas ações judiciais de medicamentos, tanto no impacto que decisões tomadas por agentes públicos no curso do processo (médico, promotor, defensor) têm na construção da sentença final, quanto na potência que uma decisão judicial precedente, nesses casos, reforça o caráter vinculativo de outras tantas, formando uma ampla jurisprudência favorável à concessão de medicamentos e que, por sua vez, também serve de referência e base para futuras decisões.

As falas desses profissionais do direito reforçam o peso da decisão, entendida dessa maneira (aquela que decide a vida) e que leva a ultrapassar suas atribuições institucionais (ou desperta desconfiança e indignação). Isso efetivamente faz emergir um “novo direito” que carrega em si mesmo suas ambiguidades: também pode se constituir em privilégio diante de outros doentes que não judicializam, ou dos que sofrem com a precariedade de um sistema de saúde cujos recursos são drenados para demandas individuais. Encontra-se aqui lugar para as lutas de sentido e autoridade percebidos pela ambiguidade nas falas de alguns entrevistados, talvez oriundas da questão com a qual muitos desses agentes públicos se debatem: nasce um novo direito ou nasce um novo privilégio?

Este trabalho dedicou-se a etnografar os processos judiciais de medicamentos, analisando-os desde seu início, quando existe um paciente, a doença e seu receituário médico inacessível para a compra, até a sentença final de um juiz. Tal empreitada permitiu identificar, nos diferentes elementos e processos que compõem a ação judicial, sua potência como produtoras daquilo que a norma jurídica, em abstrato, estaria dizendo, pois as políticas de medicamentos não são encontradas explicitamente na lei. Estavam (a possibilidade da existência dessas), mas não estavam (explicitamente prevendo a dispensação de fármacos gratuitamente pelo Estado). A Constituição Federal não falou, em seus

artigos específicos que tratam da saúde, na questão do fornecimento de remédios. Mas, então, como as leis passaram a afirmar o que elas dizem nas decisões judiciais?

A pesquisa de campo permitiu observar, ao acompanhar os processos desde seu início até a decisão que, em tese, concede o fornecimento do remédio, como diferentes elementos vão se agregando à composição dessa ação e vão resultar na sentença, que engloba muitos deles. Não se trata de uma soma simples, visto que esses elementos incidem uns sobre os outros, abrindo alguns caminhos argumentativos e fechando outros, permitindo certas decisões e impedindo as demais.

Outra questão digna de nota na análise desses processos é a utilização, na construção dos documentos, de diferentes “enunciados” ou “recomendações” produzidas tanto pelo Conselho Nacional de Justiça quanto pelo Comitê Executivo de Saúde no Estado do Paraná. Conforme quem assina a petição um tipo de enunciado é referenciado, seja para defender o direito do paciente, seja para negá-lo; aparece uma espécie de embate entre esses textos, de diferentes origens e compostos por distintos elementos. Cada qual busca apoio para suas linhas argumentativas, de modo que é possível perceber que esses textos permitem múltiplas interpretações e utilizações, conforme a tese a ser defendida. Isto é, os termos de um enunciado, assim como o que diz a legislação sobre o direito à saúde, fazem-se concretos quando inseridos numa prática institucional, nas petições ou nas decisões de determinados agentes. Um enunciado ou norma ganham força e podem incidir no curso de um processo exatamente porque não são tomados de forma genérica, mas associados de certa maneira a certas situações particulares. Sem essa ativação, eles parecem não dizer tantas coisas como quando empregados numa petição ou decisão.

Outro aspecto interessante visualizado nos processos é o fato de que as decisões dos juízes sintetizam o pedido do paciente de forma muito semelhante àquela apresentada pelo seu promotor ou defensor (especialmente na liminar/antecipação de tutela, na qual o juiz tem somente esse relato para sua decisão). Ou seja, uma decisão também é feita de outras tantas. Os elementos que o magistrado destaca, já na parte do “relatório”, são escolhidos por ele modulando o que a decisão irá determinar, num encadeamento de critérios que parece resultado da adoção daqueles que já serviram de base para que o direito do paciente se tornasse concreto

em outro lugar, dentro da instituição que promove o processo judicial. Cada elemento nas ações judiciais de medicamentos, desde a feitura do laudo médico, até a sentença, parece estar relacionado com os demais e, gradualmente, vão produzindo seus efeitos, até que o direito do paciente seja determinado pelo juiz, de forma que, na ausência de qualquer um deles, o direito já não seria mais o mesmo. Ou seja, destaca-se nas decisões dos juízes certo *aproveitamento* dos critérios já analisados no âmbito dos processos internos do MPE ou da DPU.

Outro elemento importante e que é destacado tanto pelos promotores de justiça quanto pelos defensores públicos e que é, digamos assim, *recepicionado* pelos magistrados é o espaço dado a uma sensibilidade e aos sentimentos do agente público, ao deparar-se com um processo cujo desfecho, em virtude de sua ação, poderá significar saúde ou doença, vida ou morte ao paciente demandante. Assim, alguns argumentos utilizados expressam esse fator. Por exemplo, as menções dos juízes à dignidade da pessoa humana e ao direito à sobrevivência; a informação do defensor público ao juiz, ao dizer que a família da paciente depositava toda sua esperança no medicamento, salientando que se tratava de uma menina de dois anos de idade e que sofria com fortes crises de abstinência.

Especialmente, chamou atenção a ideia de que a decisão compõe-se de elementos *sensíveis*, tais como os sentimentos e engajamento pessoal dos agentes públicos, de forma que tais critérios são incorporados às sentenças por meio de uma “técnica jurídica”, que interpreta os dizeres da Constituição Federal e de outros textos normativos. Nesse sentido, uma decisão que incorpora os sentimentos do agente público pode trazer em si mesma uma racionalidade, que harmoniza a redação legal e uma ideia de justiça, que salvaguarda a vida. De forma semelhante a Schuch (2008: 17), foi possível perceber tal engajamento, que muitas vezes extrapola os limites judiciais dos processos. Para alguns agentes públicos entrevistados, apareceu nas falas a ideia de que uma decisão judicial, para que seja considerada como “razoável”, precisa demonstrar isenção de emoções ou sentimentos por aquele que a determina. Essa sensibilidade do profissional existe e é reconhecida, mas não poderia ser incorporada “tecnicamente” nas decisões. Por outro lado, quando se trata de ações judiciais de medicamentos, a expressão dos sentimentos dos agentes públicos é muito evidente, tanto nos escritos dos documentos ana-

lisados como nas emoções que se deixam aflorar nas entrevistas, discursos etc. Compreendo, portanto, que esses elementos *sensíveis* são sim incorporados às práticas desses agentes, buscando equacionar o que diz a lei e o que para eles é uma decisão justa. São os sentimentos e, por vezes, o engajamento pessoal que, incorporados como “técnica jurídica”, fazem o direito a medicamentos ser como é e que dá a interpretação aos artigos da Constituição Federal, por exemplo.

Um dos trechos da sentença de uma juíza analisado menciona que “os bens em ponderação têm valores absolutamente díspares”: por um lado, o direito à vida (que deve prevalecer) e de outro o equilíbrio financeiro do sistema (cuja afetação, segundo a magistrada, não ficou demonstrado pelo Estado). Decidir uma ação de medicamentos, portanto, não é tomado apenas como decidir por um direito à saúde, mas sim pelo direito à vida e pela sobrevivência. Nesse ponto, diferentemente do que afirmou um dos magistrados cuja decisão foi analisada, não se trata de “tão somente aplicar a lei ao caso concreto”, mas de aplicá-la em conjunto com vários outros elementos, como, aliás, ele próprio faz.

Analisar a origem da palavra “sentença” nota-se que vem do verbo “sentir¹²”. Certa feita, o então Ministro do Supremo Tribunal Federal, Carlos Ayres Brito, já mencionou que “é o sentimento, conjugadamente com o pensamento, que nos habilita a descobrir, nos textos normativos, possibilidades muitas vezes insuspeitáveis para uma análise puramente metódica e científica¹³” A decisão tomada nesses processos já não se trata apenas de conceder ou não remédios, mas de decidir sobre a vida do paciente. É esse sentimento de responsabilidade sobre a vida que define o que, de fato, disse o texto constitucional sobre o que é o direito à saúde e até onde o Estado deve ir para garanti-lo.

A etnografia possibilitou, portanto, encontrar um processo de transformação do direito à saúde em direito à vida, que se manifesta não apenas de um texto legal cuja interpretação se constrói na prática dos

¹² Do verbete do dicionário online Michaelis: “ser sensível a; deixar-se comover ou impressionar por.”
Fonte: <<http://michaelis.uol.com.br/busca?id=V4ojK>>. Acesso em: 03 jul. 2016.

¹³ Solenidade de abertura do II Congresso Brasileiro das Carreiras Jurídicas de Estado, no Centro de Convenções Ulysses Guimarães, em Brasília (DF), em 06/07/2010. Fonte: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=155650>>. Acesso em: 19 jun. 2016.

processos, mas também pela diversidade de elementos que mobiliza. Esse “novo direito”, que emerge desses processos, traz consigo suas ambiguidades, dilemas com os quais os agentes públicos que laboram com essas demandas deparam-se cotidianamente e tentam, numa difícil tarefa, equacionar em busca de uma decisão justa: a ideia de que a “judicialização” da saúde também pode se constituir em privilégio diante de outros doentes que não judicializam, ou dos que sofrem com a precariedade de um sistema de saúde cujos recursos são drenados para demandas individuais. Encontra-se aqui lugar para as lutas de sentido e autoridade percebidos pela ambiguidade nas falas de alguns entrevistados, talvez oriundas de um receio que se coloca diante de muitos desses agentes públicos e que faz agir e decidir de modo específico nas ações judiciais de medicamentos: “na minha mão não morre”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. *Código de processo civil brasileiro*. Lei n.º 5.869, de 11 de janeiro de 1973.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil 1988*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 05 fev. 2015.

BRASIL. *Decreto n.º 7.508 de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

BRASIL. *Lei 8080 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.

BRASIL. *Lei Complementar n.º 80 de 12 de janeiro de 1994*. Organiza a Defensoria Pública da União, do Distrito Federal e dos Territórios e prescreve normas gerais para sua organização nos Estados, e dá outras providências.

- BRASIL. *Lei n.º 9.020 de 30 de março de 1995*. Dispõe sobre a implantação, em caráter emergencial e provisório, da Defensoria Pública da União e dá outras providências.
- BRASIL. *Lei n.º 12.401 de 28 de abril de 2011*. Altera a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.
- BRASIL. *Lei n.º 7.347 de 24 de julho de 1985*. Disciplina a ação civil pública de responsabilidade por danos causados ao meio-ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico e dá outras providências.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *O Remédio via Justiça: um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/aids no Brasil por meio de ações judiciais*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.
- BRASIL. *Portaria GM/MS n.º 3916 de 30 de outubro de 1998*. Estabelece a Política Nacional de Medicamentos.
- BRASIL. *Resolução CNS n.º 338, de 06 de maio de 2004*. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.
- BRASIL. *Lei n.º 9.782, de 26 de janeiro 1999*. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências.
- CASTRO, Maria Soledad Maroca de. *A integralidade como aposta: etnografia de uma política pública no Ministério da Saúde*. 2014. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Departamento de Antropologia. Universidade de Brasília. 2014.
- CASTRO, Rosana. Antropologia e medicamentos: uma revisão teórico-metodológica. In: MARTINS, Clarissa; SARTORI, Licy (Orgs.). *Dossiê: antropologia e medicamentos. R@U: Revista de Antropologia Social dos Alunos do Programa de Pós Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de São Carlos*, v. 4, n. 1. p. 146-175, jan.-jun. 2012. Disponível em: <http://www.rau.ufscar.br/wp-content/uploads/2015/05/vol4no1_09.ROSANA-CASTRO.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2016.
- CNJ. Conselho Nacional de Justiça. II Jornada de Direito da Saúde. A Justiça faz bem à saúde. *Enunciados aprovados II Jornada de Direito à Saúde*. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/05/96b5b10aec7e5954fcc1978473e4cd80.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2016.

- CNMP. *Conselho Nacional do Ministério Público*. Disponível em: <<http://www.cnmp.gov.br/portal/component/content/article/94-institucional/ministerio-publico/130-funcoes-do-mp>>. Acesso em: 07 nov. 2015.
- CONITEC. *Recomendações sobre as tecnologias avaliadas. Comissão Nacional de Incorporações de Tecnologias do SUS*. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/index.php/deciso-es-sobre-incorporacoes>>. Acesso em: 25 set. 2015.
- CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Rename*. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/pagina.php?id=140>>. Acesso em: 30 out. 2015.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução n.º 1.658 de 13 de dezembro de 2002*. Normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências.
- CURY, Ieda Tatiana. *Direito fundamental à saúde: evolução, normatização e efetividade*. Lúmen Iuris, 2005.
- DALLARI, Dalmo de Abreu. *O poder dos juízes*. São Paulo: Saraiva, 2008.
- DPU. *Defensoria Pública da União*. Disponível em: <<http://www.dpu.gov.br/saude>>. Acesso em: 01 fev. 2015.
- DIREITO NET. *Dicionário Jurídico*. Disponível em: <<http://www.direitonet.com.br/dicionario/exibir/789/Astreinte>>. Acesso em: 09 jun. 2016.
- DPE-RS. *Defensoria Pública Estadual do Rio Grande do Sul*. <<http://www.defensoria.rs.gov.br/conteudo/20393/saude--perguntas-frequentes>>. Acesso em 02/02/2015.
- DPU. Paraná. *Defensoria Pública da União*. Disponível em: <<http://www.dpu.gov.br/endereco-parana>>. Acesso em: 02 mar. 2015.
- FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner; SARLET, Ingo Wolfgang. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. In: *Direitos Fundamentais, orçamento e 'reserva do possível'*. Porto Alegre: Livraria do Advogado. 2008.
- FLORES, Lise Vogt. *O fornecimento de medicamentos pelo Estado: o difícil equilíbrio entre o direito fundamental à saúde e o princípio da reserva do possível*. 2008. Monografia (Bacharelado em Direito). Curso de Direito. Universidade Federal de Santa Maria. 2008.
- GOLDMAN, Marcio. Os tambores dos mortos e os tambores dos vivos. Etnografia, antropologia e política em Ilhéus, Bahia. *Revista de Antropologia*, v. 46, n. 2, 2003.
- HERZFELD, Michael. *The Social Production of Indifference: Exploring the Symbolic Roots of Western Bureaucracy*. Chicago: University of Chicago Press, 1993.

- _____. Comment: Interrogating the Neo-Pluralist Orthodoxy in American Anthropology – Who Makes the Structures? *Dialectical Anthropology*, v. 32, p. 87-92. 2008.
- INCA. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Linfoma não-hodgkin*. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=457>. Acesso em: 08 jun. 2016.
- INTERNATIONAL MIELOMA FOUNDATION LATIN AMERICAN. *O que é o mieloma múltiplo?* Disponível em: <<http://www.mielomabrasil.org/faq.php>>. Acesso em: 05 jun. 2016.
- LAET, Marianne; MOL, Annemarie. The Zimbabwe Bush Pump: Mechanics of a Fluid Technology. *Social Studies of Science*, v. 30, p. 225-263, april. 2000. Disponível em: <<http://sss.sagepub.com/content/30/2/225.abstract>>. Acesso em: 15 mar. 2016.
- LATOURE, Bruno. *The Making of Law: an Ethnography of the Conseil d'Etat*. Paris: La Découverte / Poche, 2010.
- LEWANDOWSKI, Andressa. *O direito em última instância: uma etnografia do Supremo Tribunal Federal*. 2014. 227 f., il. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Universidade de Brasília, Brasília, 2014.
- LOVATO, Luiz Gustavo. A proteção à saúde no Brasil: aspectos sociais, econômicos e políticos. In: ASSIS, Araken de. *Aspectos Polêmicos e Atuais dos Limites da Jurisdição e do Direito à Saúde*. Porto Alegre: Notadez, 2007, p. 113-135.
- MARCUS, George Emmanuel. Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography. *Annual Review of Anthropology*, v. 24, p. 95-117. 1995. Disponível em: <<http://www.dourish.com/classes/readings/Marcus-MultiSitedEthnography-ARA.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2015.
- MARICATO, Glaucia. *Atingidos pela hanseníase, reparados pelo Estado: as múltiplas histórias performadas da lei 11.520/2007*. 2015. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2015.
- MEDICINA NET. *Bulário eletrônico*. Disponível em: <<http://www.medicinanet.com.br/bula/4917/tarceva.htm>>. Acesso em: 30 out. 2015.
- MICHAELIS. *Michaelis Dicionário da Língua Portuguesa Online*. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/busca?id=V4ojK>>. Acesso em: 03 jul. 2016.
- MOL, Annemarie; LAW, John. Embodied Action, Enacted Bodies. The Example of Hypoglycaemia, *The Body and Society*, v. 10, n. 2-3, p. 43-62. 2004.

- MOL, Annemarie. Política ontológica: algumas ideias e várias perguntas. In: NUNES, João Arriscado; ROQUE, Ricardo. *Objectos impuros: experiências em estudos sociais da ciência*. Porto: Edições Afrontamento, 2008, p. 63-77.
- _____. *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham: Duke University Press, 2002.
- NÓBREGA, Ramiro. Acesso a medicamentos: direito garantido no Brasil? In: COSTA, Alexandre Bernardino et al. (Orgs.). *O direito achado na rua: Introdução crítica ao direito à saúde*. Brasília: CEAD/ UnB, 2009. p. 307-318.
- PAVAN, Simone. *Princípio do livre convencimento*. Universidade do Oeste de Santa Catarina. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/princ%C3%ADpio-do-livre-convencimento>>. Acesso em: 08 jun. 2016.
- PORTAL DA SAÚDE SUS. *Judicialização. Em cinco anos, mais de R\$ 2.1 bilhões foram gastos com ações judiciais*. 15 de outubro de 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/20195-em-cinco-anos-mais-de-r-2-1-bilhoes-foram-gastos-com-acoes-judiciais>>. Acesso em: 07 abr. 2016.
- RILES, Annelise. Removing the Brackets on Politics in Bureaucratic and Anthropological Analysis. In: RILES, A. (Org.). *Documents: Artifacts of Modern Knowledge*. Ann Arbor: The University of Michigan Press, 2006, p. 71-92.
- _____. A new agenda for the cultural study of law: taking on the technicalities. *Buffalo Law Review*, v. 53, p. 973-1033, 2005-2006.
- SCHUCH, Patrice. A ‘judicialização do Amor’: sentidos e paradoxos de uma Justiça “engajada”. *Campos*, n. 9. Curitiba: UFPR/Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, 2008.
- _____. *Direitos e afetos: análise etnográfica da justiça restaurativa no Brasil*. 2009.
- SCHUCH, Patrice. *Práticas de Justiça: uma etnografia do ‘Campo de Atenção ao Adolescente Infrator’ no Rio Grande do Sul, depois do Estatuto da Criança e do Adolescente*. 2005. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.
- _____. Tecnologias da não-violência e modernização da justiça no Brasil: o caso da justiça restaurativa. *Civitas, Revista de Ciências Sociais*, [S.l.], v. 8, n. 3, p. 498-520, jan. 2009. ISSN 1984-7289. Disponível em: <<http://revis-taseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/4872>>. Acesso em: 04 jul. 2016.

STF. Notícias STF. *Ayres Brito conclama operadores do direito a valorizar a Constituição de 1988*. 07 de julho de 2010. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=155650>>. Acesso em: 19 jun. 2016.

STF. Supremo Tribunal Federal. *Glossário jurídico*. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/glossario/verVerbete.asp?letra=L&id=185>>. Acesso em: 07 nov. 2015.

STRATHERN, Marilyn. *O efeito etnográfico e outros ensaios*. Trad. Iracema Dulley, Jamille Pinheiro e Luísa Valentini. São Paulo: Cosac Naify, 2014.

_____. Os limites da autoantropologia. In: STRATHERN, Marilyn. *O efeito etnográfico e outros ensaios*. Trad. Iracema Dulley, Jamille Pinheiro e Luísa Valentini. São Paulo: Cosac Naify, 2014, p. 133-157.

VILLARINHO, Mariana Vieira et al. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 66, n. 2, p. 271-277, 2013. ISSN 0034-7167. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000200018>>. Acesso em: 01 mar. 2015.

WEBER, Max. Burocracia. In: _____. *Ensaio de sociologia*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1968 [1946], p. 229-282.

