



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Felipe Rangel de Souza Machado

**Direito à saúde, integralidade e participação: um estudo
sobre as relações entre sociedade e
Ministério Público na experiência de Porto Alegre**

Rio de Janeiro

2006

Felipe Rangel de Souza Machado

**Direito à saúde, integralidade e participação: um estudo
sobre as relações entre sociedade e
Ministério Público na experiência de Porto Alegre**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientador: Prof.^a Dra. Roseni Pinheiro.

Rio de Janeiro

2006

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB-C

M149 Machado, Felipe Rangel de Souza.

Direito à saúde, integralidade e participação: um estudo sobre as relações entre sociedade e Ministério Público na experiência de Porto Alegre / Felipe Rangel de Souza Machado. – 2006.
93f.

Orientadora: Roseni Pinheiro.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Direito à saúde – Brasil – Teses. 2. Política de saúde – Brasil – Teses. (Brasil) – Teses. 3. Conselhos de saúde – Brasil – Teses. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Rio Grande do Sul. Ministério Público – Teses. 6. Brasil. Ministério Público Federal – Teses. I. Pinheiro, Roseni. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título

CDU 614.253.83

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada da fonte.

Assinatura

Data

Felipe Rangel de Souza Machado

**Direito à saúde, integralidade e participação: um estudo
sobre as relações entre sociedade e
Ministério Público na experiência de Porto Alegre**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada em 07 de março de 2006.

Banca Examinadora: _____

Prof.^a Dra. Roseni Pinheiro (Orientadora)
Instituto de medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Alcindo Ferla Júnior
Faculdade de Medicina – UCS

Prof.^a Dra. Madel Therezinha Luz
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos
Instituto de Medicina Social – UERJ

Rio de Janeiro

2006

AGRADECIMENTOS

Agradeço,

Ao Instituto de Medicina Social, professores e funcionários que me acolheram nesta etapa de minha caminhada acadêmica.

À minha orientadora, Roseni Pinheiro, a quem admiro, pela atenciosa orientação. Agradeço, também, por ter despertado meu olhar para novos saberes e pelo papel decisivo nos rumos da minha carreira profissional.

Aos pesquisadores do Lappis, pela preciosa contribuição acadêmica.

A todas as pessoas de Porto Alegre que compartilharam comigo suas experiências e possibilitaram a realização desta dissertação.

A meu grande amigo José Victor, pela preciosa contribuição e atenção.

À Marcela, que tão preciosamente tem estado ao meu lado.

Aos meus pais, minha irmã e meu irmão que sempre me apoiaram em todos os meus projetos.

Aos inestimáveis companheiros e amigos das Ciências Sociais, Augusto, Bruno, Camila, Camilinha, Fábio e, em especial à Tatiana.

Aos amigos e companheiros de trabalho Francini, Bruno e Rafael.

Aos amigos Latino-americanos Daniel e Laura.

Aos meus amigos Michel e Alexandre, pessoas que estimo por demais.

Ao Paulinho por ser meu referencial de vida.

Ao quarteto de Liverpool, por proporcionar alegria nos momentos de distração.

Ao CNPq, por ter possibilitado a realização desta dissertação.

...

RESUMO

MACHADO, Felipe Rangel de Souza. Direito à saúde, integralidade e participação: um estudo sobre as relações entre sociedade e Ministério Público na experiência de Porto Alegre. 2006. 93 f. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2006.

Em 1988, a Assembleia Constituinte, no rastro do processo de redemocratização do país, finalmente apontava para a transformação das políticas sociais no Brasil, cujo resultado foi lavrado na Carta Magna. A partir desse momento, os brasileiros obtiveram o direito de cidadania como estatuto fundamental de nacionalidade, e o direito à saúde como princípio de cidadania. Neste sentido, o setor saúde foi pioneiro nas práticas das políticas sociais no Brasil. A adoção de seus princípios doutrinários e operacionais por lei destacando-se aqui a integralidade significou a afirmação do direito à saúde como caminho de supressão da estrutura fragmentada de organização dos serviços de saúde no Brasil. Integralidade emerge como eixo de organização da defesa do direito à saúde, a partir das propostas de mudanças das práticas no cotidiano dos serviços. O objetivo deste estudo foi analisar as relações existentes entre os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir dos Conselhos de Saúde, e o Ministério Público (MP) desenvolvida no município de Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul, no que concerne à utilização de dispositivos institucionais e jurídico-legais no cumprimento do direito à saúde. O foco deste estudo esteve voltado para a experiência desenvolvida entre os anos de 2000 e 2004, no município de Porto Alegre. Historicamente, os Conselhos de Saúde naquele estado têm desempenhado papel de destaque na formulação e acompanhamento das políticas públicas de saúde. O avanço desses conselhos permitiu-lhes desenvolver novas estratégias na luta pela garantia do direito à saúde, e o MP vem sendo importante parceiro nessa disputa. Nesse cenário, pudemos observar a utilização, cada vez mais freqüente, do princípio da *integralidade* como recurso legal na discussão encaminhada pelos usuários junto ao MP, no intuito de garantir o direito à saúde. O princípio da integralidade tem sido utilizado como proposta de transformação da própria lógica da gestão de oferta de serviços. O MP tem propiciado uma interlocução cada vez maior entre a gestão dos serviços e os conselhos de saúde, a fim de encontrar melhores saídas para os principais problemas de saúde do município. Esse *espaço de diálogo* criado pelo MP constitui avanço substancial na compreensão das formas de solução de conflitos, fundando um novo campo de práticas de aprimoramento do Estado democrático. A atuação conjunta do MP com os Conselhos de Saúde tem levado a instituir novas formas e mecanismos de negociação e pactuação entre as diferentes esferas dos poderes públicos e sua relação com a sociedade, no que diz respeito à institucionalização de uma *gramática civil de direito à saúde*.

Palavras-chave: Direito à saúde. Integralidade. Ministério Público. Conselho de saúde.

ABSTRACT

In 1988, the Constituent Assembly, following Brazil's return to democracy, finally pointed to the transformations of Brazilian social policies, whose results were expressed in the Constitution. From that moment on, for Brazilians citizenship became the fundamental statute of nationality, and health rights became a citizenship principle. In this sense, the health sector pioneered in Brazilian social policies practices. The adoption of such doctrinaire and operational elements by law – where the principle of *integrality* stands out – confirmed the health rights as an approach to suppress the fragmented structure of health services organization in Brazil. This study aims to analyze the relation between patients of the Brazilian Unified Health System (SUS) and the “Public Prosecution Service” (PPS), in Porto Alegre city, State of Rio Grande do Sul, Brazil, concerning the use of institutional, juridical and legal instruments to guarantee health rights, mainly from 2000 to 2004. The Health Councils in that city play an important historical role in formulating and supervising the health public policies. The growth of these councils has permitted them to develop new strategies (with the aid of the PPS) in the struggle for health rights. In this context, we could notice that both patients and prosecutors have been often applied the *integrality* principle as a legal source to guarantee health rights. As a result, the principle of *integrality* has changed the logic of services offer. The PPS has propitiated more and more dialog between services managers and representatives of the Health Councils, in order to find better solutions for the citizens' health problems. This space for dialog, created by the PPS, more than an advanced way to solve conflicts, contributes to the increment of democratic practices, as well of the democratic State. The synchronized action of the PPS and the Health Councils has produced new ways and mechanisms of negotiation and agreement between different fields of public government and society, institutionalizing a new “civil grammar of health rights”.

Keywords: Health rights. Integrality. Public Prosecution Service. Health Council.

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	9
	Objetivos	11
	Percursos da pesquisa – etapas e estratégias metodológicas	13
1	DIREITO, INTEGRALIDADE, PARTICIPAÇÃO – UMA TRÍADE DE PRINCÍPIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DO SUS	17
1.1	A participação social	19
2	DIREITO À SAÚDE COMO DIREITO DE CIDADANIA	30
2.1	O estado de direitos e os direitos humanos e sociais – uma leitura do campo do direito	40
2.2	A saúde como um Direito Fundamental Social	44
3	DILEMAS ENTRE O DIREITO COLETIVO E DIREITO INDIVIDUAL: AS RELACÕES E INTERAÇÕES ENTRE MINISTÉRIO PÚBLICO, CONSELHOS DE SAÚDE E AS INSTÂNCIAS DE GESTÃO DO SUS	50
3.1	O Direito à saúde: da teoria ao campo de prática	50
3.2	O papel do Ministério Público	57
3.3	Os novos espaços de interlocução na saúde e os instrumentos de atuação ..	70
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
	REFERÊNCIAS	85
	ANEXO A – Roteiro de Entrevista – MP	91
	ANEXO B – Roteiro de Entrevista – conselheiro	92
	ANEXO C – Roteiro Gestor	93

APRESENTAÇÃO – MOTIVAÇÃO DO ESTUDO, OBJETIVOS E O PERCURSO DA PESQUISA

Durante o triênio 2001/2003 integrei, como bolsista de iniciação científica, a equipe do projeto “Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde”, coordenado pela professora Roseni Pinheiro. Nesta pesquisa entrei em contato com diferentes temas relacionados à saúde pública, tendo como núcleo de análise o princípio da *integralidade*. Tive o prazer de dedicar-me em especial a alguns deles, tais como o acesso aos serviços de saúde, participação popular na formulação e gestão das políticas públicas do setor. Decorrentes dessa atuação surgiram questões acerca da garantia do direito à saúde como direito de cidadania e sua relação com o princípio da integralidade. Tais questões encontram significado e importância no debate da saúde coletiva, demandando o aprofundamento sobre suas repercussões e efeitos na relação entre Estado/Sociedade.

Essa demanda subsidiou as atividades do IV Seminário do Projeto Integralidade, mediante a realização da mesa redonda “Cidadania do Cuidado: dilemas políticos, socioculturais e sanitários na consolidação do direito à saúde” na qual participaram os seguintes convidados: Humberto Jacques (Procurador Regional da República do Rio Grande do Sul), Jorge Solla (Secretário de Atenção à Saúde/MS), Fátima Oliveira (Secretaria Executiva da Rede Feminista) e Domingos Sávio (Diretor do Instituto Fraco Basaglia). Nesta mesa, um dos aspectos enfatizados foi a judicialização do tema saúde, no qual foi destacada a recorrente utilização do princípio da integralidade como recurso jurídico-legal na garantia do acesso a ações de saúde.

Já no V Seminário do Projeto Integralidade o tema ganhou relevo principalmente na mesa redonda em que esteve presente como centro das discussões, intitulada “Direito à Saúde e Demanda em Saúde: liberdade ou necessidade?”, da qual participaram como expositores: Humberto Jacques (Procuradoria Geral da República), Sergio Carrara (IMS/CLAM), Paulo Amarante (ENSP/FIOCRUZ) e Veriano Terto (ABIA). A discussão sobre o tema chamou a atenção para a necessidade de escuta e de transformações nas práticas cotidianas desenvolvidas nos serviços de saúde do Brasil, mais ainda, enfatizou-se a necessidade de incorporação à discussão na saúde coletiva de outros atores antes relegados a um segundo

plano, embora venham se demonstrando protagonistas neste processo, como, por exemplo, o Judiciário e o Ministério Público.

Nesta mesma direção, esta dissertação busca estudar as relações entre Sociedade Civil e Ministério Público (MP). Nestas relações procurou-se enfatizar como a utilização do princípio da integralidade e dos demais dispositivos institucionais e jurídicos contribuem para o cumprimento do direito à saúde.

Integralidade vem sendo evocada como diretriz conceitual do Sistema Único de Saúde (SUS) e como eixo organizador das práticas de diferentes estratégias de âmbito nacional destinada a oferecer atenção à saúde, como por exemplo: o Programa Saúde da Família. Essa constatação ancora-se na característica **polissêmica** deste termo, que segue apresentando um conjunto de significados e sentidos produzidos pelos atores em suas práticas cotidianas nas ações de saúde.

Pareceu-nos evidente, na 1ª fase da pesquisa, que a conceituação de integralidade poderia definir a essência mesma de uma política de saúde, que se traduziria pelo modo concreto de articular ações assistenciais como *integrais no cuidado*. Mais que isso, poderia auxiliar no estabelecimento de um patamar ético e técnico, que redefiniria as relações entre gestores, profissionais e usuários no cotidiano das instituições de saúde, seja no plano individual (onde o cuidado surge como ação inovadora capaz de gerar práticas eficazes), seja no plano sistêmico (onde o acesso aos níveis de complexidade na rede de serviços de saúde impõe-se como direito de cidadania). Nesse sentido, a integralidade é entendida aqui no sentido mais ampliado de sua definição legal¹, ou seja, como uma ação social que resulta da *interação democrática* entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do *cuidado de saúde*, nos diferentes âmbitos de atenção do sistema.

Tal definição corrobora para compreensão de que há um nexos constituinte entre esta noção de integralidade e a idéia do direito à saúde. Isto implica entender que a busca pelo direito à saúde não se restringe à garantia apenas dos direitos já assegurados, mas também, e principalmente, como a possibilidade de construção de novos direitos, tendo em vista a complexidade e a diversidade das demandas por saúde apresentadas por diferentes seguimentos da população do país.

Esta dissertação integra o escopo de investigação Direito e Saúde: Responsabilidade e

¹ A definição legal e institucional de integralidade é a da garantia de oferta de um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, conforme as necessidades de cada caso, nos vários âmbitos de complexidade do sistema de saúde.

Poderes Públicos do **Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde – LAPPIS** – que se originou do projeto “Integralidade: Saberes e Práticas no Cotidiano dos Serviços de Saúde”, integrante da linha de pesquisa Saberes e Práticas, do Grupo de Pesquisa do CNPq - Racionalidades Médicas, componente da Linha de Pesquisa **interáreas** ‘Dimensões das Práticas de Saúde: atores, contextos institucionais e relações com os saberes’ das Áreas de Concentração em ‘Política, Planejamento e Administração e Ciências Humanas em Saúde’ do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj).

Essa dissertação faz parte da 2ª fase da pesquisa do projeto integralidade que tem se proposto a discutir a construção social da demanda a partir de três eixos, sendo um deles destinado justamente à análise da macrocategoria direito à saúde. O campo da pesquisa exploratória do projeto Direito e Saúde estende-se no momento a outras localidades do Brasil: Belo Horizonte (MG), Piraí (RJ), Rio de Janeiro (RJ), Aracaju (SE) e Porto Alegre (RS), dado que os resultados apresentados nesta dissertação dizem respeito à primeira aproximação com o tema estudado, na localidade de Porto Alegre(RS).

Por fim, ressalta-se que esta dissertação apresenta pontos já tratados por mim em dois artigos integrantes de duas coletâneas. O primeiro, publicado na coletânea Construção Social da Demanda² (2005), chama-se “Direito à Saúde e Integralidade no SUS: o exercício da cidadania e o papel do Ministério Público” (tendo como co-autores Roseni Pinheiro e Francini Guizardi); o segundo, ainda no prelo, chama-se “Novos espaços e estratégias na gestão em saúde pública – notas sobre parcerias entre Conselhos de Saúde e Ministério Público” (tendo como co-autores Roseni Pinheiro e Felipe Asensi).

Objetivos

O objetivo geral desse estudo foi analisar as relações existentes entre os usuários do Sistema Único de Saúde, a partir do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, e o Ministério Público desenvolvidas no Município de Porto Alegre no Estado do Rio Grande do Sul, com ênfase na utilização de dispositivos institucionais e jurídico-legais no cumprimento

² Ver Bibliografia

do direito à saúde com atendimento de qualidade. Acreditamos que estas relações têm grande potência para contribuir no processo de construção do direito à saúde e da integralidade da atenção no âmbito do SUS. As experiências de aproximação entre as Secretarias de Saúde (estadual e municipais), o Ministério Público e os Conselhos de Saúde (Municipais e Estadual) e suas relações ali estabelecidas apresentam-se como referência para outros Estados e Municípios no Brasil. Partimos do pressuposto que a luta pela materialização do direito à saúde se constituiu nos últimos anos como um campo de aprimoramento de práticas do Estado democrático.

Os Conselhos de Saúde no RS têm desempenhado um papel de destaque na formulação e acompanhamento das políticas públicas de saúde. O avanço, reconhecido nacionalmente, destes conselhos permitiu-lhes o desenvolvimento de novas estratégias na luta pela garantia do Direito à Saúde. A exemplo do indicado na XI Conferência Nacional de Saúde, o Ministério Público vem sendo um parceiro importante neste embate.

Entendemos que, em função das possibilidades criadas por esta parceria, essa forma de atuação poderia contribuir na criação de ambientes propícios à definição de prioridades mais adequadas e criativas para as soluções dos principais problemas de saúde da população, de modo a permitir a garantia efetiva do Direito à Saúde. A possibilidade de integração e convívio entre as diversas instâncias sociais que participam na arena da construção da política de saúde e seus diferentes interesses, indicariam os caminhos mais viáveis para a resolução dos conflitos no campo.

Consideramos que a interação dos diversos atores sociais na transformação das práticas de saúde possibilita uma abordagem menos reducionista/economicista do processo de planejamento e gestão em saúde. “Esta perspectiva possibilitaria a formulação e a implementação de dispositivos de gestão mais coerentes com a construção que acreditamos ser a finalidade ético-política do sistema: a integralidade da atenção em saúde” (SILVA, 2003: 51).

O campo de análise dessa dissertação foi o município de Porto Alegre – RS, e teve seu desenho estruturado na pretensão de atingir aos seguintes objetivos específicos:

- Analisar os sentidos atribuídos pelos atores desta localidade (Promotores e Procuradores do MP, Conselheiros Municipais e Estaduais de Saúde e Gestores) referentes ao direito à saúde, cidadania, integralidade e participação.

- Identificar a articulação do direito à saúde com outros direitos sociais a partir de instrumentos jurídicos e institucionais.
- Identificar as relações existentes entre as diferentes instâncias e instituições políticas de participação e controle social, no desenvolvimento da gestão de saúde em Porto Alegre.
- Mapear os conflitos, pactos e negociações das instâncias públicas de gestão e participação social (Instâncias de Gestão, Conselhos de Saúde e Ministério Público) na garantia do direito à saúde.

Percursos da pesquisa – etapas e estratégias metodológicas

Procedemos inicialmente a uma revisão bibliográfica sobre o tema Direito à Saúde tanto nas bases de dados na área da Saúde Coletiva como na área Jurídica. Na área da Saúde Coletiva observamos que o tema tratado não despertou tanto interesse como outras questões, como Atenção Básica, por exemplo. A maior parte do material conseguido diz respeito ao direito sanitário. Dentre os estudos identificados destacam-se os trabalhos desenvolvidos pelo grupo de pesquisa da USP, coordenado pela professora Sueli Dallari, e os trabalhos da Professora Amélia Cohn.

Em relação ao campo Jurídico propriamente dito, encontramos sérias dificuldades relacionadas à bibliografia. Constatamos que muito pouco se produziu na doutrina jurídica sobre o direito à saúde. Geralmente duas ou, no máximo, três páginas destinadas ao tema, ainda assim, sempre pequenas variações do artigo 196 da Constituição.

Para atingirmos os objetivos propostos nesse estudo foi utilizada metodologia de pesquisa qualitativa de natureza empírico-analítica, de caráter exploratório. Por ser um campo de disputas políticas e sociais, a abordagem de estudo utilizada baseou-se em referenciais sócio-políticos. Os principais atores da pesquisa foram: Ministérios Públicos Estadual e Federal do Rio Grande do Sul, o Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre e as práticas de gestão do SUS em Porto Alegre.

A pesquisa teve como base um desenho metodológico que emprega as chamadas “técnicas qualitativas de pesquisa social”, a partir de três eixos analíticos: o **primeiro**, conceitual, que trata da construção de categorias (direito, cidadania, participação e integralidade), na perspectiva dos atores envolvidos; o **segundo**, que analisa a forma como os atores lidam em suas práticas com as categorias assim construídas; e, o **terceiro**, que se destina a examinar os pontos de interseção, divergência, concordância, discordância, contradição e conflito entre as propostas, práticas e a política de saúde adotada na localidade estudada.

O primeiro passo da pesquisa consistiu na leitura das atas do Conselho Estadual de Saúde do RS dos anos de 2000 a 2004 disponibilizadas no Site deste Conselho. O Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre não disponibilizou as atas no Site; em contatos posteriores me alegaram que não seria possível eu ter acesso às mesmas. A leitura das atas do CES possibilitou organizar um quadro inicial da relação entre esta instituição e o MP (não havendo diferenciação nas atas entre os Ministérios Públicos Estadual e Federal). A partir deste quadro definimos processos que foram desenvolvidos conjuntamente entre as duas instituições. Identificamos as questões mais debatidas e os pontos de conflito. Estas questões identificadas, muito pontuais, serviram para a montagem do roteiro de entrevista, entretanto, não são tratadas nesta dissertação na forma como se apresentaram nas atas. Preferimos nos ater às questões mais gerais da relação entre o Conselho e o MP.

A etapa seguinte consistiu na elaboração dos roteiros semi-estruturados de entrevista. Baseados nos relatórios das atas e na pesquisa bibliográfica desenvolvemos roteiros³ onde foram abordados, em suma, os seguintes tópicos relacionados ao cumprimento do direito à saúde e suas implicações nas práticas dos atores envolvidos:

- a ação (ões) do Ministério Público
- a ação (ões) dos Conselhos de Saúde
- a ação (ões) na Gestão do SUS

Na terceira etapa da pesquisa selecionamos os principais atores envolvidos no tema estudado e realizamos contatos telefônicos⁴. Todas as pessoas contatadas se mostraram absolutamente disponíveis a participar da pesquisa, embora não tenha sido possível entrevistar todas elas. O encontro com os representantes do Conselho Municipal transcorreu mais

³ Roteiros em anexo.

⁴ Os contatos foram disponibilizados pelos Conselhos de Saúde, após envio de carta de apresentação e aprovação da pesquisa por parte do conselho gestor destas instituições.

facilmente pelo fato de todas as pessoas residirem em Porto Alegre; já o Conselho Estadual apresentou algumas dificuldades em termos de deslocamento, tanto dos entrevistados quanto dos pesquisadores. Contornamos este problema entrevistando as pessoas no dia da reunião do Conselho, entretanto este apenas dia não foi suficiente para realizar todas as entrevistas pretendidas.

Da mesma forma, o contato com os representantes da gestão transcorreu sem nenhum problema. Contudo, nos limitamos à gestão municipal do período de 2000 a 2004, tendo sido entrevistado apenas um representante da gestão Estadual. Note-se que a gestão municipal a partir de 2005 havia mudado devido às eleições municipais de 2004, como no período da realização da pesquisa não teria dado tempo para estruturação do plano de governo desta nova gestão, optamos por focar o estudo nas práticas da gestão anterior, que esteve à frente da cidade durante três mandatos.

A entrada nos Ministérios Públicos do Rio Grande do Sul também ocorreu sem transtornos, fui muito bem recebido em ambas as instituições. Tive acesso irrestrito a todos os documentos necessários, como Termos de Ajustamento de Conduta, Ações Cíveis Públicas e Ofícios encaminhados pelo MP aos gestores, e a todos os Promotores e Procuradores ligados à área da saúde.

O próximo passo da pesquisa foi a ida ao campo. Pude estar presente em reuniões dos conselhos e conhecer por dentro as dependências do Ministério Público. Além disso, após as entrevistas realizadas, *pude anotar comentários* preciosos em meu diário surgidos após o término da gravação. O convívio no cotidiano com os atores entrevistados permite-nos estabelecer uma linha divisória entre seus discursos e suas práticas. O trabalho de campo foi realizado no período compreendido entre janeiro e agosto de 2005, com duas idas de permanência média de uma semana cada⁵. Estiveram no campo 3 pesquisadores do Lappis, o que possibilitou dinamizar o processo de coleta de dados.

O último passo foi a análise do material coletado, o qual será apresentado nesta dissertação. Deve-se mencionar que o volume deste material e as indagações que surgiram no período da pesquisa seriam suficientes para preencher as páginas de diversas dissertações. Foram realizadas ao total 9 entrevistas com conselheiros (municipal e estadual), além de um grupo focal no conselho Municipal, 5 entrevistas com gestores, e 4 entrevistas com representantes do MP (Procuradores e Promotores).

⁵ As idas ao campo ocorreram de 28/02/05 a 11/03/05 e de 31/05/2005 a 03/06/05.

Para o desenrolar desta pesquisa tornou-se necessário apreender a dinâmica da arena política desenvolvida em Porto Alegre, na qual participam gestores públicos, prestadores, trabalhadores de saúde e sociedade civil organizada. O foco deste estudo esteve voltado para a experiência desenvolvida entre os anos de 2000 e 2004 do Município, portanto o espaço privilegiado de observação dessas interações e relações foi Conselho Municipal de Saúde. Inicialmente imaginávamos compor o quadro mais geral do Estado na gestão que teve fim em 2002, mas não conseguimos material empírico para tanto, por outro lado, no decorrer da investigação percebemos que a atuação do MP na área da saúde começou a ser mais sistemática a partir de 2000, com a criação no Ministério Público Estadual da Promotoria de Direitos Humanos.

Por fim, ressaltamos que a relevância acadêmica deste estudo encontra-se ancorada na necessidade da formulação de estratégias para o reordenamento do sistema de saúde no Brasil. Além disso, conforme afirmou o Procurador da República Luis Alberto David Araújo,

“Há, no entanto, uma falta muito grande de conhecimento específico da matéria por parte dos membros da carreira, de formação essencialmente jurídica. Assim, formam-se dois grandes grupos: o primeiro, de membros do Ministério Público, cientes de seu dever constitucional, mas sem conhecimento técnico das eventuais lesões provocadas pela omissão ou ação governamental. Por outro lado, um segundo grupo, de estudiosos da saúde pública, que identificam os problemas, sem, no entanto, discutir com o primeiro grupo. A ação fiscalizadora, desta forma, fica sem ligação. De um lado, o fiscal, sem conhecimento específico. De outro, o técnico, que não conhece, sequer, o fiscal” (CAMPILONGO 1992: 4).

CAPITULO 1. DIREITO, INTEGRALIDADE e PARTICIPAÇÃO – O DESENVOLVIMENTO DO SUS

A história política brasileira, desde a proclamação da República, é profundamente marcada por períodos antagônicos e alternados de fortes ditaduras e frágeis democracias. Este processo histórico, como nos tem mostrado diversos pensadores sociais brasileiros de diferentes épocas, é expressão de uma visão de mundo peculiar não apenas à política no Brasil, mas à própria constituição de nossa Sociedade Civil. Autores como Gilberto Freire, Sérgio Buarque de Holanda – que trataram da herança patriarcal do Brasil colonial incutida em nossas instituições –, Florestan Fernandes, Caio Prado Jr. e Celso Furtado – que se detiveram sobre questões da formação econômica brasileira e a profunda desigualdade social e estagnação da mobilidade entre classes no país – apontaram diferentes caminhos para a compreensão desse fenômeno.

A intenção desta dissertação não é tanto desvendar os processos históricos que desaguarão no que hoje é o Brasil, mas utilizar certos traços da constituição de nossa sociedade civil daí advindos para pensar o desenvolvimento atual da sociedade. O objeto privilegiado deste estudo serão os Direitos Sociais, entendidos como um dos aspectos mais fundamentais de qualquer sociedade moderna no mundo ocidental, pilar do Estado-Nação, e embrião das democracias contemporâneas. Seu estudo, porém, será restrito ao campo da saúde. A delimitação do tema e do campo será esboçada, por sua vez, a partir de perspectivas teóricas das Ciências Sociais.

Não pretendo fazer uma crítica do Direito ao campo da Saúde Coletiva e nem uma crítica sociológica ao campo do Direito. Utilizo-me de referenciais Sociológicos para compreender o desenrolar da aproximação e entrelaçamento entre estes dois campos. A interseção destes campos inclui novos atores sociais, quais sejam: os gestores de saúde, operadores do Direito, bem como representantes e entidades da Sociedade Civil, e tem suscitado inúmeros debates não apenas em seu interior, mas em diversas áreas das ciências humanas.

A pesquisa pôde proporcionar uma incursão nesse território específico dentro do campo da saúde que vem influenciando e configurando todo seu comportamento. Esse território é composto da intercessão entre a gestão pública, Conselhos de Saúde e Ministério Público. Através do contato entre seus agentes tornou-se possível a análise da garantia dos serviços de

saúde a partir de uma nova linguagem e forma de ação: a construção de novos de direitos sociais.

Destaca-se antes de tudo a proximidade entre dois princípios contidos na Constituição de 1988, o princípio do direito universal à saúde e o princípio da integralidade. De acordo com Mattos (2005) o direito à saúde apresenta-se como base para os diversos sentidos da integralidade – descritos pelo autor como 1) expressão de “um atributo das boas práticas de saúde”; 2) referente ao “modo de organizar os serviços”; e 3) indicação de “um atributo das políticas de saúde específica”. Segundo o autor o pleno exercício do direito à saúde implica na garantia de suas duas dimensões, quais sejam: as ‘ações e serviços de saúde’ e as ‘políticas que contribuam para a promoção de condições dignas de vida’.

Integralidade emerge como eixo organizador na defesa do direito à saúde a partir das propostas de mudanças das práticas no cotidiano dos serviços. É justamente nesse sentido que “encontramos os nexos constituintes das práticas de integralidade, pois nela reside uma postura de escuta ativa das demandas, por meio de vozes que têm por implicação ética a produção da saúde como direito de cidadania” (PINHEIRO et al, 2005: 20). Direito à saúde e integralidade formam um todo indivisível na medida em que a garantia de um depende da existência do outro.

Nesta direção, podemos observar a utilização cada vez mais frequente do princípio da *integralidade* como recurso legal na discussão encaminhada pelos usuários junto ao Ministério Público no intuito de se garantir o direito à saúde. Percebe-se, entretanto, certas dificuldades desta instituição em lidar com determinados requerimentos, por conta da inexistência de uma definição única a respeito de tal princípio. A integralidade tem sido tratada no meio jurídico como um “conceito jurídico indeterminado”, por desafiar os limites das ações estatais e não encontrar lugar nos procedimentos judiciais tradicionais, criando, por isso mesmo, possibilidades de novas tipificações jurídicas. O princípio da integralidade tem sido utilizado como proposta de transformação da própria lógica da gestão de oferta de serviços.

Posto isso, retomemos brevemente algumas questões referentes à construção do direito à saúde no Brasil, uma vez que sua garantia constitucional ainda se depara com grandes empecilhos para transformar-se, enfim, numa prática cotidiana de milhões de brasileiros.

1.1. *A participação social*

Em 1988, a Assembléia Constituinte, no rastro do processo de redemocratização do país, apontava finalmente para a transformação das políticas sociais no Brasil, cujo resultado foi lavrado na Carta Magna. Nós brasileiros conseguíamos um feito inédito em nossa história: obtivemos o direito de cidadania como estatuto fundamental de nossa nacionalidade, e o direito à saúde como princípio de cidadania.

Até então, na norma jurídica a garantia dos direitos sociais e o acesso aos serviços públicos de saúde eram formulados exclusivamente em termos de benefício trabalhista, conforme o legado transmitido de Constituição em Constituição, desde o Estado Novo⁶. A Constituição Federal de 1967/69, por exemplo, estabelecia que os planos de educação e saúde (então englobados num mesmo Ministério), embora fossem de competência da União, não tinham seus frutos estendidos a todos, pois somente aos trabalhadores era assegurado o direito à assistência médica hospitalar (TORRES-FERNANDES, 1999: 11). Mesmo antes de 1930, Saúde e Educação pública já eram objeto de políticas do estado e já formavam uma única pasta ministerial, mantida na Constituição de 1946. Neste período se consagrou a dicotomia entre saúde pública e assistência médica previdenciária, mas as ações de medicina preventiva eram destinadas a toda a população.

Esta perspectiva fica mais clara no estudo de Braga e Paula (1986) sobre a Previdência Social no Brasil. O autor retoma aspectos históricos do desenvolvimento da saúde coletiva desde pelo menos a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, na reforma de 1923, o qual estabeleceu como atribuições federais: o saneamento rural e urbano; a propaganda sanitária; a higiene infantil, industrial e profissional; as atividades de supervisão e fiscalização; saúde dos portos e do Distrito Federal e o combate a endemias rurais. Todavia, apenas a partir de 1930 o Estado tende a responder de forma substancial – e não mais pontualmente como na Primeira República – às questões sociais. As novas forças instaladas no país, com a intensa industrialização e conseqüente urbanização acelerada, exigiam e pressionavam o Estado para a efetivação e ampliação das políticas sociais.

⁶ Embora a norma jurídica indicasse o direito ao acesso aos serviços e ações de saúde como direito apenas para os contribuintes da previdência social, já se observava mesmo antes da promulgação da Constituição, no início ainda da década, um processo de universalização do acesso.

Neste sentido, Braga (1986: 52) afirma que “nestas condições, é a partir de então que se pode, com rigor, identificar uma política de saúde de caráter nacional, organizada centralmente em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária”. Assim, por mais de cinco décadas a assistência médica foi vista como um bem acessível apenas a certos segmentos sociais em troca de uma contribuição social. Já a saúde pública era vista como um bem público que se destinava especialmente a fazer frente às condições de pobreza e a necessidade de controle social pelo Estado. A dicotomia entre as ações de saúde pública e de assistência médica prestadas por distintas instituições, apoiada na existência de diferentes cidadanias aprofundou as desigualdades sociais no país, mesmo em curto período em que se experimentou um regime político democrático nos anos de 1950.

No final do período desenvolvimentista em 1964 aquece-se o debate sobre o papel do Estado Nacional na implantação de um efetivo sistema de saúde, tendo como uma de suas grandes expressões a III Conferência Nacional de Saúde (1963) que propôs a radical municipalização da assistência à saúde no Brasil. (NORONHA e LEVCOVITZ, 1994).

De acordo com LUZ (1991), na primeira metade do século XX pudemos observar do lado da saúde pública: centralismo, verticalismo e autoritarismo corporativo, e do lado da medicina previdenciária: clientelismo, populismo e paternalismo. Muitos destes traços históricos mantêm-se presentes ainda hoje em grande parte na cultura tanto das instituições de saúde quanto da própria sociedade civil. A situação sanitária gerada neste período refletia a incapacidade do modelo de dar conta das questões sociais. A saída para esta situação “foi proposta pelo grande movimento social dos anos 60 no país, liderado e conduzido pelas elites progressistas que reivindicavam ‘reformas de base’ imediatas, entre as quais uma reforma sanitária consistente e conseqüente” (idem, p.81). Embora tal consciência sobre as condições de vida da população não tenha surgido neste período, foi no breve espasmo democrático que ela pôde se manifestar. O surgimento de um movimento social que lutava por uma mudança no país (um projeto de nação) foi avassaladoramente decapitado pelas forças sociais conservadoras no golpe militar de 1964. Surge nesta afirmação uma questão aparentemente tautológica presente até os dias atuais: a possibilidade de reivindicação da sociedade civil sobre questões da política e economia só é possível mediante um regime democrático que se pautar na participação social como fundamento do Estado.

Neste sentido, a discussão proposta na década de 1960, só voltou a ter voz com o início da abertura política nos anos de 1970 e 1980, em que o legado deixado por cinquenta

anos de saúde pública foi frontalmente questionado graças à emergência de vários movimentos sociais⁷ empenhados na reforma sanitária. O Estado passaria, com o processo de redemocratização, não só a assumir determinadas obrigações constitucionais, como também a estendê-las a todos, independentemente de sua condição social, radicalizando, desta maneira, o ideal de um “Estado de Direito”. O direito à saúde, por estar entre os direitos fundamentais e sociais, ou prestacionais⁸, impõe-se como um dever ao Estado, e deixa de ser uma atividade negativa de não-intervenção estatal, de restrição de sua atuação, mas uma ação positiva de efetiva garantia e eficácia do direito à saúde. Após vinte anos de regime ditatorial a transição democrática nos anos 80, que conduziu o processo constituinte e o restabelecimento de uma ordem democrática, debateu exaustivamente a necessidade de ampliar a cidadania no Brasil.

A transformação almejada pelos movimentos sociais pressupunha, sobretudo, o **rompimento com a concepção de saúde fundada no sistema de atenção exclusiva à doença**. Essa perspectiva é conquistada com ênfase no texto do artigo 3º da lei 8080/90:

“A saúde tem como fatores determinantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País”.

De acordo com Lucchese (1996), a materialização de tal assertiva implica na completa reformulação do sistema estruturado até então. O movimento de reforma sanitária pelo direito à saúde como direito inerente a toda população brasileira veio a transformar a lógica do benefício individual, garantido apenas pelo sistema previdenciário, ou em função de outros fatores econômicos. “Paralelamente, o direito à saúde, entendido como acesso aos serviços de todos os níveis, deveria abranger, de maneira integradora, ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação” (LUCCHESI, 1996: 83).

O projeto de reorientação do setor saúde, bandeira de diversas lutas, especialmente das organizações populares nas periferias das grandes cidades, vítimas de precárias condições sanitárias, assumia a referência da saúde como direito de cidadania a ser exercido e oferecido com a participação da comunidade no processo de formulação das políticas e na construção de um controle social efetivo (GUIZARDI, 2003). Foi na década de 80 que a sociedade civil

⁷ Uso a expressão “movimento social” sem me deter a um sentido estrito do termo, ou seja, delimitando os participantes, seus objetivos e estratégias; refiro-me indiscriminadamente a todas as movimentações, contestações e reivindicações que tiveram um caráter coletivo e como núcleo o tema saúde, sem me deter se eram pontuais ou perduraram no tempo.

⁸ Falarei sobre direito prestacional no próximo capítulo.

brasileira passou a considerar que a saúde é um direito de cidadania (LUZ, 1994). Esses movimentos sociais, como afirmou Luz (2000: 297), marcam uma sociedade civil que luta para fazer-se presente historicamente no sentido de “exigir do estado, geralmente quase arrancar, direitos políticos, econômicos e sociais de cidadania”. Tais movimentos trazem à tona a existência, na sociedade brasileira, de uma postura política bem menos passiva, embora ainda pouco ouvida, que a de uma “*república de indivíduos*”⁹.

A VIII Conferência de Saúde, realizada em 1986, foi um dos principais momentos desta luta, e contou com a participação de diferentes atores sociais implicados na transformação dos serviços de saúde. Reuniram-se acadêmicos, profissionais da área de saúde, Movimento Popular de Saúde, sindicatos, e mesmo grupos de pessoas não diretamente vinculados à saúde. O conjunto dessas forças impulsionou a reforma sanitária, que obteve sua maior legitimação com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Segundo LUZ (2000: 302) “a intensa movimentação da sociedade civil teve um papel muito importante para a aceitação, na política oficial, das propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, em grande parte consubstanciadas no SUS”. Esse marco representou uma ruptura inédita com a história anterior das políticas sociais brasileiras, ao garantir o acesso à saúde como direito social universal.

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988, art. 196).

O pioneirismo do setor saúde no Brasil no campo das políticas sociais repousa nos princípios doutrinários e operacionais adotados – universalidade, descentralização, integralidade, equidade e participação da comunidade. Esses princípios obtiveram caracterização jurídica com a promulgação da Constituição Brasileira e a Lei Orgânica da Saúde¹⁰, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS) como *a política de Estado* para o setor saúde.

A saúde é assegurada como um direito capaz de incorporar ao Sistema Público de Saúde espaços de representatividade institucional cujos fundamentos sejam norteados pelo controle social e, conseqüentemente, pela proximidade de relações entre participação política

⁹ “O máximo que o materialismo contemplativo [*der anschauende Materialismus*] consegue, isto é, o materialismo que não compreende o mundo sensível como atividade prática, é a visão [*Anschauung*] dos indivíduos isolados na “sociedade civil””. 9ª tese sobre Feuerbach.

¹⁰ Lei 8080/90.

e a afirmação do direito à saúde. Esta proximidade, conforme afirma Luz (1991: 88), é fruto da “percepção social da saúde como direito de cidadania”, constituindo-se dado novo na história das políticas sociais brasileiras.

Estava claro desde a VIII Conferência que a capacidade de luta e participação da sociedade civil¹¹ determinariam os rumos tomados pelas políticas públicas. A saúde tornou-se a vanguarda das políticas públicas no que diz respeito à participação social (LUZ, 2000). Essa conquista, por outro lado, após décadas de lutas, evidenciou também inúmeras contradições sociais que já haviam se petrificado em justificativas para a exclusão de direitos sociais como dever de Estado. Não obstante a garantia constitucional do direito à saúde ser consequência dessa intensa participação social, não foi observada imediatamente na prática a materialização das leis em seus serviços correspondentes. Bobbio (1992: 5) afirma que os direitos, por mais fundamentais que sejam, “são direitos históricos, ou seja, nascidos em certas circunstâncias, caracterizadas por lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes, e nascidos de modo gradual, não todos de uma vez e nem de uma vez por todas”. A realização dos direitos à saúde é também, e principalmente, uma tarefa constante de mobilização social. A garantia dos direitos, nesse sentido, é apenas um primeiro passo.

O SUS tem se desenvolvido ao longo dos anos concomitantemente a um intenso debate a respeito de seus limites e possibilidades de atuação. Esses limites seriam decorrentes de barreiras erigidas pela lógica financeira neoliberal que, há quase três décadas, vem moldando o quadro internacional de atuação dos estados frente às políticas públicas sociais¹², inibindo, ou, efetivamente, impedindo seu pleno desenvolvimento. No entanto, observa-se, na contramão desse processo, que a construção do SUS conseguiu criar bases suficientemente sólidas para a política de saúde manter seu percurso de implantação e aprimoramento.

No Brasil, em particular, o sistema público de saúde tem avançado bastante em relação às demais políticas públicas do Estado. Apesar da tentativa de desmonte e sucateamento dos serviços públicos, o SUS, ao contrário de outros setores, manteve-se como uma política consistente, conseguindo, inclusive, aprovar recursos mínimos para seu financiamento em

¹¹ Se considerarmos o período que vai desde início da República brasileira em 15 de novembro de 1889 até a promulgação da Constituição federal de 05 de outubro de 1988, percebemos que durante um século não houve sistematicamente a cultura da participação da sociedade civil (a não ser no curto espasmo democrático da década de 50-60).

¹² Exemplo maior do encolhimento do Estado nas políticas sociais é o desmantelamento em escala internacional do chamado *Welfare State*. Além disso, há uma orientação dos organismos internacionais de financiamento para o abandono, principalmente nos países “em desenvolvimento”, de políticas sociais consideradas inviáveis economicamente.

nível Estadual e Municipal (LEVCOVITZ, MACHADO e LIMA, 2001). Mas trata-se de um avanço relativo. O SUS se consolidou e se desenvolveu apesar da remodelação do estado brasileiro, muitas vezes seguindo rumos diametralmente opostos às diretrizes elaboradas pelos organismos internacionais responsáveis pela condução dessas modificações, implementadas no país a partir do primeiro governo democraticamente eleito pós-golpe de 1964. A relativa autonomia do SUS, diante da rápida reestruturação do estado brasileiro, deve-se, em parte, à organização do campo da saúde e sua articulação com a sociedade civil, motivos pelos quais o sentido do SUS, previsto na carta constitucional, ainda é mantido vivo no horizonte das práticas de saúde coletiva.

A plena consumação do SUS, todavia, requer um longo caminho para efetiva materialização de seus preceitos constitucionais, sendo uma bandeira de luta que congrega valores universais. É nesse sentido que a discussão em torno dos limites e possibilidades do SUS – concretamente, uma das mais completas e consistentes propostas de política pública social já implementadas no Brasil¹³ – tem evoluído e se aprofundado.

Tais limites encontrados pelo SUS evidenciam o seguinte paradoxo: a própria “Constituição Cidadã”, assim declarada no ato de sua proclamação, tem como finalidade garantir direitos na área da saúde que, na prática, não são assegurados plenamente, devido, em parte, a pressões para a restrição de gastos nas áreas sociais.

O paradoxo entre o que prevê a Constituição e o que na prática é garantido (não somente no campo da saúde, mas em todas as esferas sociais) trás à tona a necessidade da sociedade civil repensar não apenas os seus direitos sociais, mas também redefinir suas estratégias de luta, segundo as quais seus próprios direitos se definem. Para Gramsci, é na sociedade civil que acontecem os embates de classe e evidenciam-se as contradições sociais. De acordo com esta corrente de pensamento, somente a partir do desenvolvimento dos conflitos de classe no seio da sociedade civil, em determinado bloco histórico, é que a hegemonia enfim pode-se configurar.

Um olhar mais atento ao processo de construção histórica do direito permite-nos notar que seu discurso mais enraizado enfatiza a necessidade de garantia primordial dos direitos fundamentais de liberdade, concernentes aos indivíduos, em detrimento dos direitos sociais, relacionados ao corpo coletivo da sociedade civil. Os primeiros são freqüentemente até

¹³ Vários autores já trataram em seus trabalhos sobre esse tema, tais como Levcovitz, (2001), Pinheiro e Mattos (2001, 2003 e 2004); Ferla e Fagundes (2002) e Ministério da Saúde (2002).

aludidos como condição precípua dos últimos, assim como é axiomático, na concepção burguesa que rege essa hierarquia, a preeminência dos indivíduos sobre a sociedade¹⁴.

Para Marshall haveria um certo curso “natural” para o alargamento da cidadania, iniciado como o estabelecimento dos direitos civis, “pois a formalização dos direitos relativos à liberdade individual representa uma condição necessária para a ruptura com o feudalismo e a emergência do capitalismo” (LEITE, 1991: 120). Neste sentido, inicialmente dever-se-ia garantir a liberdade de propriedade privada e a liberdade de trabalho. Poder-se-ia, aparentemente, afirmar então que é razoavelmente mais fácil garantir os direitos de liberdade, ao invés dos direitos sociais, pois, para a garantia dos primeiros, caberia ao Estado apenas a *omissão*, enquanto, para a garantia dos segundos, caber-lhe-ia forçosamente a *intervenção* direta. O campo Jurídico, *nesses moldes*, discrimina a ação do Estado com vistas à garantia do primeiro grupo de direitos de “ação negativa”, e para o segundo, de “ação positiva”. A ação negativa do Estado visaria à *manutenção* da liberdade de propriedade privada e da igualdade jurídica entre os indivíduos; já a ação positiva destinar-se-ia a *instituir* condições mínimas de existência, como a saúde, a educação, o trabalho, etc. Tal explicação, no entanto, deve ser examinada com cuidado, pois pode induzir a graves equívocos.

A afirmação de que a garantia dos direitos de liberdade são “razoavelmente mais fáceis” de obter do que a dos direitos sociais não apenas omite os porquês dessa pretensa razoabilidade, como, mais injustificadamente ainda, a naturaliza. Se existe uma tal facilidade, como de fato pode ser constatada, as condições que a possibilitam devem ser perscrutadas. Uma ordem hierárquica que pressupõe a prioridade dos direitos de liberdade sobre os direitos sociais não é um fenômeno isolado e, muito menos, um dado da natureza. Suas origens remetem indissociavelmente à formação do Estado de Direito moderno, que, por sua vez, é um produto constitutivo da sociedade capitalista ocidental.

Historicamente, a garantia dos direitos de igualdade jurídica não foi uma evolução natural do Direito, assim como não o foi, para a sociedade ocidental, a constituição da propriedade privada. Ambos processos advieram de rupturas sociais, muito embora, em seus primórdios, tais instituições modernas tenham inegavelmente guardado vestígios característicos das instituições que as precederam – o Feudo e o Jusnaturalismo Absolutista –, porém regidos agora por uma lógica completamente distinta¹⁵. É, portanto, no mínimo

¹⁴ Os fundamentos políticos dessa argumentação são encontrados no emblemático texto “Sobre a Liberdade”, de John Stuart Mill; os fundamentos econômicos, por sua vez, remontam à “Riqueza das Nações”, de Adam Smith.

¹⁵ Ver: POLANYI, Karl. *A Grande Transformação – As Origens da Nossa Época*, 2ª ed., Rio de Janeiro: Campos, 2000.

ingênuo imaginar que o Estado é *omisso* na *manutenção* dos Direitos de Liberdade. O Estado jamais fora omissivo, pois, parte essencial na conformação da sociedade capitalista moderna, fora uma engrenagem extremamente *atuante* na *instauração* dos pressupostos materiais de tais direitos – a propriedade privada e o trabalho assalariado.

O Estado moderno ocidental constitui, ao mesmo tempo, alvo e trampolim de um intenso esforço revolucionário burguês, cujas maiores expressões foram, incontestavelmente, em primeiro lugar, a Revolução Francesa (na qual o Estado foi objeto de domínio indispensável para a criação dos direitos de igualdade jurídica, fundamentais na consolidação do “livre contrato de trabalho”), e, em segundo lugar, a Revolução Industrial Inglesa (na qual o Estado foi o principal impulsionador da Grande Indústria Moderna). Assim sendo, a proteção dos direitos de liberdade, longe de ser a tarefa “razoavelmente mais fácil”, foi a mais árdua conquista da burguesia – desde as Grandes Navegações até a o Imperialismo Colonial. A preponderância desses direitos sobre os sociais não apenas é arbitrária, no sentido de não-natural, como também um fenômeno de origem histórica definível. Em contrapartida, a suposta dificuldade em garantir o cumprimento dos direitos sociais revela-se, sob esta ótica, como a expressão mais crua do interesse das classes dominantes. Pensar em propostas transformadoras que alcem os direitos sociais ao mesmo grau de importância dos ditos direitos de liberdade passa, portanto, pela crítica das condições sociais que presidem essa discrepância hierárquica. Tal crítica, todavia, pode adquirir diversas feições no decorrer das lutas sociais, em resposta às circunstâncias políticas concretas de um determinado contexto histórico.

Leite (1991: 122), em leitura semelhante, afirma que em casos como a Alemanha e o Brasil, a instauração de direitos sociais constituiu, em determinado momento, uma condição para limitação ou mesmo a supressão dos direitos civis e políticos. Já nos EUA os direitos civis e políticos estabeleceram-se simultaneamente. As duas experiências demonstram a inexistência de uma seqüência lógica necessária à expansão da cidadania. “Pressupô-la, como o faz Marshall, significa naturalizar um processo que é histórico, destituindo-o do potencial de conflito que pode conter”, ignora, desta maneira, que certas formas encontradas para sua resolução “resultam da correlação de forças e das condições estruturais, próprias a cada formação social e não dadas ao capitalismo ou a democracia em geral”.

A partir de meados da década de 1970, reacenderam-se no Brasil notáveis forças de transformação social, até então dissolvidas pela Ditadura Militar pós-golpe de 1964, dentre

elas, principalmente, a que se tornou conhecida como “movimento pela reforma sanitária”, ou, simplesmente, “movimento sanitário”. Esse movimento reuniu determinados atores políticos¹⁶ da sociedade em torno do objetivo comum de alterar definitivamente as precárias condições de saúde existentes no país. A mobilização destes grupos a fim de alcançar este mesmo objetivo, no entanto, não excluiu outras bandeiras de luta, como o apelo pela redemocratização do país e fim do regime ditatorial, a reivindicação por melhorias nas condições de trabalho e oferta de empregos, o reclame por uma reestruturação urbana, o protesto pelo estiolamento do ensino público, etc. Ao contrário, as críticas ao regime político, à exploração do trabalho, às aviltantes condições de moradia e educação, à profunda desigualdade social eram tidas, senão como pressuposto de uma reforma sanitária, ao menos como forma indispensável e indissociável de uma mesma e legítima luta pela transformação mais ampla da sociedade. Conforme acenou Luz (1991: 89) “a questão da reforma sanitária e de seu papel no estabelecimento de uma ordem social democrática contribuiu para transformar a política de saúde em elemento fundamental na conjuntura de estabilização da ordem política”. Este foi um possível elemento de inauguração de um novo contexto institucional, a reforma sanitária além de se tornar pioneira frente à história das políticas sociais no Brasil, apresentou uma exigência de mudança estrutural, respaldada pelo conjunto da sociedade civil, indo muito além das simples reivindicação de vanguardas políticas. A reforma sanitária teve o apoio do próprio movimento social e de vários atores políticos que a consideravam como tema prioritário de discussão das políticas públicas.

A Constituição de 1988 representou o coroamento desses movimentos sociais e políticos na nova ordem democrática, contemplando na letra da lei um vasto leque de reivindicações sociais. Não obstante ter sido um ganho o reconhecimento de tais lutas pelo novo Estado democrático, muitos dos problemas sociais acima enumerados permanecem ainda hoje sem solução no horizonte dos brasileiros. As formas de combate a esses problemas, no entanto, ganharam novos contornos, na medida em que modificou-se também o contexto histórico.

Durante as décadas de 1970 e 1980 as bandeiras de luta mencionadas se agitavam em torno da polarização, comum à época, entre capital e trabalho, capitalismo e socialismo, direita e esquerda e, como mais reconhecidamente tomou forma na América Latina, Estado e

¹⁶ Estes atores de acordo com LUZ (1991) seriam: a) Cientistas, acadêmicos e tecnocratas progressistas do INAMPS e do MS; b) Estudantes de medicina, sobretudo residentes; c) Movimentos sociais comunitários – compreendendo associações de moradores de bairros e favelas, movimentos de mulheres, sindicatos, Igreja e partidos políticos progressistas.

Sociedade Civil, sendo aquela expressão de ditaduras repressoras, e esta de cidadãos tolhidos em seus direitos políticos fundamentais. Essa organização da luta política, que havia marcado a divisão do mundo, após a II Grande Guerra, entre duas potências militares antagônicas (período classificado como Guerra Fria), sofreu drástica mudança no período de passagem para a última década do século XX. Os movimentos sociais estavam diante de um radical processo de transformação política e já não havia mais o respaldo de uma grande utopia, que, desde o final dos anos 1960, vinha passando por um período de reformulação; o Estado Brasileiro, com o fim do milagre econômico em 1974, estava imerso numa profunda crise econômica e, sobre o abismo, restava apenas o aceno do livre mercado lançado pelos países de Primeiro Mundo que rumavam para a terra prometida da globalização.

A incorporação da América Latina ao projeto de globalização neoliberal ocorreu no final dos anos de 1980 e início dos anos de 1990 com a adoção dos termos previstos pelo Consenso de Washington. A partir de então, não apenas a economia dos Estados recém redemocratizados passou por um processo de reformas com vistas à abertura dos mercados ao capital financeiro internacional, como também os próprios Estados democráticos tiveram que se reajustar à última palavra na ordem do dia: Estado Mínimo.

Os direitos sociais, conquistados no plano legal com a redemocratização no Brasil, não encontraram meios nem espaços de realização na nova esfera pública regida pela lógica de redução dos gastos públicos, obediente ao novo papel desempenhado pelo Estado de gestor da dívida pública e de avalista do capital internacional. Se, no período da ditadura militar, os direitos sociais foram migalhas de uma promessa de bolo jamais repartido entre a população, na nova ordem democrática eles são considerados já de antemão anseios economicamente inalcançáveis, embora desejáveis e legítimos. Bobbio (1992, 24) convida-nos a recordar que “o mais forte argumento adotado pelos reacionários de todos os países contra os direitos do homem, particularmente contra os direitos sociais, não é a sua falta de fundamento, mas sua inexequibilidade”. De acordo com o autor a enunciação destes direitos congrega diversos atores, sendo o acordo, portanto, obtido com relativa facilidade, independentemente do poder de convicção de seu fundamento absoluto. Entretanto, no momento de passar da teoria sobre os direitos à ação, ainda que seu fundamento seja inquestionável, começam as reservas e oposições.

O desamparo social da maior parte da população brasileira, ainda que remonte a uma época longínqua, permanece até os dias de hoje quase totalmente inalterado desde a passagem

do regime autoritário para o democrático. Todavia, os movimentos sociais, longe de terem desenvolvido uma ação inócua, possibilitaram a inserção da maioria de seus projetos societários na Constituição brasileira. Apesar da herança legal deixada por esses atores sociais não ter se revertido automaticamente em conquistas materiais, ela cimentou o alicerce sobre o qual toda a Sociedade Civil pôde se edificar.

A garantia dos direitos humanos básicos (sendo o principal o direito à vida) é premissa para qualquer sociedade que minimamente se suponha democrática. Nesse sentido, o direito à saúde se revela como condição fundamental para o exercício dos outros direitos sociais; sua garantia, conforme versa a Constituição, é referencial de desenvolvimento econômico e social do país. Ao adotarmos o direito à vida como um valor a ser defendido – parafraseando Mattos (2001) “conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária” –, assumimos o direito à saúde como ponto indiscutível das políticas sociais, como característica *indispensável* no exercício da cidadania.

CAPÍTULO 2. DIREITO À SAÚDE COMO DIREITO DE CIDADANIA

À semelhança da VIII Conferência de Saúde, a convenção do Comitê Internacional em Direitos Econômico, Social e Cultural (CIDESC), realizada em 2000, definiu a saúde como “um direito humano fundamental indispensável para o exercício dos outros direitos humanos. Todo ser humano tem o direito de usufruir o mais alto padrão de saúde que o leve a viver uma vida digna”. Tal definição complementa a constituição da Organização Mundial de Saúde – “A posse do melhor estado de saúde que o indivíduo pode atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo ser humano” –, e mantém em seu conteúdo oito itens fundamentais que legitimam o direito à saúde como prática social: *cuidados em saúde; acesso; recursos; aceitação de práticas culturais; qualidade dos serviços; saneamento; educação; e informação em saúde* (Nygren-Krug, 2004: 19).

As definições do CIDESC indicam que o direito à saúde deve ser compreendido a partir de um ideal de igualdade e equidade, incorporando outros critérios distributivos, especificamente o da situação de pobreza e vulnerabilidade social (Nogueira e Pires, 2004). Para tanto, não basta que o direito à saúde esteja contido somente na ‘fôrma’ da lei, é necessário torná-lo prática concreta no cotidiano dos serviços prestados à população.

O setor saúde, conforme aludido anteriormente, é pioneiro no campo das políticas sociais no Brasil. A adoção de seus princípios doutrinários e operacionais por lei significou a afirmação do direito à saúde como caminho de superação da estrutura de organização dos serviços de saúde no Brasil. A oferta desses serviços cristalizou-se de forma extremamente desigual entre a população, contribuindo para que esta associasse a concepção de direito à saúde como um privilégio e não como direito de cidadania. Apesar da promulgação da Constituição de 1988 afirmar justamente o inverso, ou seja, a saúde configura-se como direito de cidadania, este direito ainda encontra barreiras para sua materialização nas três instâncias de gestão das políticas de saúde.

Bobbio (2002) afirma que se deve encontrar o modo mais seguro de garantia dos direitos sociais para que, apesar das solenes declarações, ele deixe de ser continuamente violado. A garantia do direito à saúde ultrapassa os limites de ações pontuais e evoca a necessidade de repensar possíveis respostas governamentais para a supressão das desigualdades sociais do país. De acordo com Telles (1999: 91),

“O que chama a atenção é a constituição de um lugar em que a igualdade prometida pela lei reproduz e legitima desigualdades, um lugar que constrói os signos do pertencimento cívico, mas que contém dentro dele próprio o princípio que exclui as maiorias, um lugar que proclama a realização da justiça social, mas bloqueia os efeitos igualitários dos direitos na trama das relações sociais”.

O próprio espaço institucional do Estado permite congrega diversos atores sociais, mesmo os segmentos que historicamente sempre foram excluídos do processo de formulação de resposta governamentais às demandas sociais. As relações entre sociedade civil e Estado podem estruturar-se a partir da “capacidade de a ordem instituída integrar no processo decisório os múltiplos atores sociais (...) preservando-se as condições para a possibilidade de institucionalização das aspirações normativas desses atores, que dessa forma se transformam em projetos” (COHN, 2003: 15). Nogueira e Pires (2004: 755) indicam caminhos possíveis através do exercício da cidadania, compreendendo-na como uma luta constante contra constrangimentos que impeçam seu efetivo exercício. Compreendem ainda a cidadania como a necessária garantia de uma autonomia plena nas dimensões civis, políticas e sociais. “Essa autonomia não ocorre em um vazio, ou em um espaço virtual, conforme colocado na teoria jurídica clássica, mas *em situações cotidianas e reais de existência*” (grifo meu). Entretanto, cabe ressaltar que, nas sociedades capitalistas modernas, a maneira de atualização do potencial igualitário inerente à noção de cidadania “tenha sido a generalização de condições de vida consideradas básicas, através da adoção de políticas sociais pelo Estado de Bem-Estar, inspirado pela política econômica Keynesiana e hegemonizado pelo liberalismo democrático ou a social-democracia”. (LEITE, 1991: 118).

Cidadania vem sendo compreendida de dupla maneira; primeiro a ‘cidadania formal’, definida como a condição de determinado sujeito ser membro de um estado-nação; e, segundo, a ‘cidadania substantiva’, considerada a posse de um corpo de leis que regulamenta os direitos civis, políticos e sociais para toda a população de uma nação. A cidadania pode ser definida também pela posse *de direitos e deveres* de indivíduos integrantes de um Estado.

“A cidadania pode ser compreendida como a participação dos indivíduos em uma comunidade política, que se corporifica em uma pauta de direitos e deveres entre indivíduos e Estado, materializando-se através de uma estrutura jurídica e institucional própria. Em outros termos, a cidadania é a mediação necessária à reconstituição da comunidade, fragmentada pela separação entre mercado e Estado, relações individuais de intercâmbio e poder político, esferas do privado e do público, já que no mercado o indivíduo está destituído da dimensão pública, só retomada

através da atribuição do *status* de cidadão, ou seja, pela equalização jurídico-política dos indivíduos frente ao Estado” (FLEURY, 1997: 136).

Embora a autora compreenda a cidadania como uma ponte inicialmente construída para unir as esferas pública e privada – já que incute nos indivíduos direitos e deveres que são, antes de mais nada, coletivos –, hoje, com o assoreamento *dessa* esfera pública (classicamente entendida, Estado), essa ponte ameaça ruir. Isso não significa, no entanto, o fim de *uma* esfera pública, porém, a remodelagem do seu terreno original. A ponte não soçobraría nas águas que separam as margens do público e do privado – pois tais margens simplesmente estão, elas mesmas, deixando de existir. A esfera privada, isto é, o mercado capitalista, expande-se rapidamente, a ponto de “aterrar” os escombros do Estado. O público, na sociedade capitalista, é progressivamente anexado pelo privado. A cidadania é reduzida ao consumo, e o cidadão, ao consumidor.

Os direitos civis, políticos e sociais, abarcados pela noção de cidadania, são cada vez mais recodificados conforme a lógica do consumo. No campo da saúde esta lógica se converte em “direitos do consumidor”, em substituição à noção de direito de cidadania. Essa burocratização da cidadania retirou “o seu conteúdo político de participação ativa dos indivíduos nos negócios públicos, minando as possibilidades de estabelecimento de valores consensualmente acordados, que fundamentassem o exercício do poder político” (FLEURY, 1997: 137).

Determinados grupos sociais – como, por exemplo o caso aqui tratado: os conselhos de saúde – vêm utilizando a cidadania como a possibilidade de exercer todos os seus direitos (civis, políticos e sociais) na luta pela diminuição dos efeitos da exclusão social no Brasil, em busca de uma igualdade social. O primeiro problema observado diz respeito à necessidade de condições para assumir tal luta por direitos. A posse efetiva dos direitos por parte dos sujeitos acontece em um duplo movimento, primeiro deve-se conhecê-los, e, a partir daí, assumir uma postura reivindicante. Pois, lembrando Bobbio, os direitos nascem de modo gradual, “não todos de uma vez e nem de uma vez por todas” (BOBBIO, 1992: 5). Não nascem por ‘bondade’ dos governantes, são conquistas árduas e legítimas da sociedade civil, “arrancadas” do Estado.

Devido à história política vivida pelo Brasil, patrimonialista e autoritária, alternando entre regimes que pouco valorizavam o cidadão, o brasileiro vive duas experiências difíceis: aprender o que é democracia e seus caminhos rumo a concretização da cidadania. Habitados

a conviver com um Estado que seleciona as demandas que está disposto a ouvir, a percepção coletiva sobre as possibilidades atuais de ação se reduzem e se mantêm perversamente a noção de direitos como doação do Estado. Fleury (1997: 152) ressalta que as práticas políticas tradicionais – clientelismo, corporativismo estatal segmentário, anéis burocráticos, corrupção, etc. – “foram mecanismos eficientes para garantir a exclusão da maioria da população das benesses de um Estado que distribui prebendas para alguns e repressão para muitos”. (FLEURY, 1997: 152). Isto se reproduziu principalmente pela adoção de determinadas políticas públicas, pois, como salientou Luz (1994: 133), no Brasil, estas políticas públicas “desempenharam um papel muito importante na consolidação de uma ordem republicana que, desde sua origem, manteve traços antidemocráticos cujas raízes se encontram na estrutura social existente, fundindo-se nela de maneira conciliatória interesses objetivamente contraditórios entre si”. Essas condições são históricas e culturais, portanto, não são passíveis de transformação abrupta, perpetuando uma situação de exclusão social que, conforme mencionado anteriormente, integra a constituição da sociedade brasileira há muitas décadas.

De acordo com Telles (1999) a justiça social brasileira não foi concebida no interior de um imaginário igualitário, mas sim no interior de um imaginário tutelar que desfigurou a princípio a noção moderna de direitos (posse garantida legalmente de determinadas garantias e liberdades), incutindo-lhe a idéia de uma proteção garantida por um estado benevolente. A persistência na sociedade “de uma percepção dos direitos como doação de um Estado protetor seria inexplicável sem essa peculiar experiência de cidadania dissociada da liberdade política, como valor e como prática efetiva, e que se confunde, se reduz, ao acesso aos direitos sociais” (TELLES, 1999: 91). Para esta mesma direção parece apontar o estudo de Luz (1991: 77), pois identifica o papel histórico das políticas e instituições de saúde para a constituição e estabilização da ordem sócio-política brasileira. “Ajudaram mesmo a modelar certos traços estruturais dessa ordem, entre os quais a tendência à concentração do poder e à exclusão das classes populares dos circuitos de decisão econômica, política e cultural do país”.

Em Marshall, de acordo com Leite (1991), a idéia de cidadania compreende um composto de três elementos: civil, político e social. O núcleo civil da cidadania constitui-se pelos direitos que materializam a liberdade individual (liberdade de ir e vir, de imprensa etc.), estes direitos têm como “fiadores” o tribunal. O campo político é composto pelo “direito à participação no exercício do poder”, como “membro ou eleitor dos membros” das instituições

investidas de poder político. No caso dos direitos sociais, não há uma definição precisa, pois estão necessariamente vinculados ao padrão de desenvolvimento da sociedade, implicando desde o “direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança” até o direito de “participação total” no desenvolvimento de cada sociedade.

Para compreender cidadania, na forma como pensada nesta dissertação, propomos uma redefinição da idéia de direitos, como bem trabalhado por Dagnino (2000), cujo ponto inicial é a acepção de Telles de “direito a ter direitos”. Essa concepção não se limita à idéia de garantia estatal ao acesso a direitos definidos previamente ou à efetiva implementação desses direitos. “Ela inclui a invenção/criação de novos direitos, que surgem de lutas específicas e de suas práticas concretas” (DAGNINO, 2000: 86). A criação de novos direitos é prerrogativa de um Estado moderno atento às transformações da sociedade e às alterações de suas necessidades de acordo com a dinâmica social. Segundo Bobbio (2002: 76), há uma evidência na relação estabelecida entre, por um lado, o nascimento e o crescimento dos direitos sociais, e, por outro, a transformação da sociedade. “Prova disso é que as exigências de direitos sociais tornam-se mais numerosas quanto mais rápida e profunda foi a transformação da sociedade”.

A afirmação de novos direitos requer a constituição de sujeitos sociais ativos, compreendidos como agentes políticos, com uma dupla capacidade: de propor novas ações baseadas no que consideram ser seus direitos, e de luta para seu reconhecimento. A trajetória para isto pode estar na pesquisa feita por Dallari (1996) junto a representantes de Conselhos Municipais de Saúde, onde descreve o potencial de transformação dos movimentos sociais principalmente a partir da mudança de compreensão sobre a cidadania, ela afirma que alguns desses movimentos estão começando a “cristalizar” a noção de cidadania, não apenas em termos de conquistas materiais e sociais, mas, acima de tudo, na constituição de uma “identidade” oposta à idéia de exclusão, ou ainda de uma sociedade com dois tipos de “cidadãos”. “O termo cidadania deixa de ter seu significado meramente “jurídico”, para indicar esse “emblema” do “movimento social”” (Dallari et al, 1996: 534).

Para compreender esses movimentos a autora propõe um recorte acerca das formas de atuação da cidadania engendradas pela sociedade civil. A perspectiva teórica adotada afirma o direito como referencial ético de justiça desenvolvido dentro desses movimentos e pleiteado como garantia de suas condições materiais de existência, seria este um caminho de construção de novos direitos e da defesa de “outros” no campo da saúde.

No regime democrático, as relações sociais e principalmente o espaço público, são passíveis de serem redefinidos a partir do exercício da cidadania e da afirmação de novos direitos, contanto que introduzida a junção das condições de igualdade política e social entre os sujeitos. Fleury (1997) atenta para a necessidade de pensarmos cidadania como a expressão de uma mediação entre Estado e Sociedade, recuperando seu caráter dinâmico e a “historicidade dialética deste conceito”. Para tanto as diferentes camadas sociais devem ser vistas como integrantes de uma comunidade política única, na qual as ações e opiniões de cada um encontrem lugar na condução dos negócios públicos (BODSTEIN, 1997). Tal perspectiva contrasta com a prática vigente da política brasileira, pois a condução dos negócios públicos não tem historicamente encontrado respaldo nas vozes sociais. O pioneirismo de algumas experiências no campo da saúde está justamente em se contrapor a esta lógica de exclusão, todavia, esta não é uma prática recorrente no seio da sociedade civil brasileira.

Telles (1999), baseando-se em Arendt, afirma que a noção de direitos “não diz respeito às necessidades, interesses ou demandas individuais. Faz referência, antes de tudo, a uma forma de sociabilidade política, e nesse caso, o direito só pode existir no exercício efetivo de direitos”. Para a garantia efetiva de direitos no Estado Moderno torna-se necessário a criação de espaços públicos, nos quais as regras de sociabilidade sejam fundamentadas na democracia, e suas instituições sejam permeáveis aos valores democráticos.

A possibilidade da construção de novos direitos reside justamente na dinâmica do espaço público, pois nele é possível uma constante discussão a respeito da reinterpretação do direito, a partir de um debate sempre presente sobre o justo e injusto, o legítimo e ilegítimo (TELLES, 1999). A forma rígida da lei está constantemente desafiada pela dinâmica da vida cotidiana e pelas práticas estabelecidas nas relações pessoais. Tenta-se arduamente manter a solidez da interpretação dos direitos, à custa, obviamente, da redução do potencial político de transformação da ordem societária. A superação deste problema requer a transformação da idéia de direitos sociais como uma ficção jurídica ou uma abstração teórica.

Certa parcela menos favorecida (ou completamente desfavorecida) da população ainda acredita (e vive) no mundo cujos direitos são meros discursos de promessas revitalizadas a cada dois anos. Estes são descredenciados como sujeitos reconhecíveis no espaço público em função de suas condições de classe, de gênero, de idade, de origem ou de cor. Para estes, o direito é, ainda que vagamente, a garantia formal de direitos pré-definidos. Isto intensifica o

processo de desigualdade social e amplia a sensação de desamparo em grande parcela da sociedade brasileira, incidindo sobre o processo ora em curso de extensão da democracia para os diversos aspectos da sociedade civil. A necessidade de enfrentamento pelo Estado moderno da questão social, através do fortalecimento de suas funções redistributivas, de equidade e de justiça social apresenta-se então como questão fundamental, pressupondo intervenção estatal de novo tipo (BODSTEIN, 1997).

Ao longo da formação social brasileira observa-se a constituição de um “novo olhar sobre os direitos, especialmente os sociais, deslocando-os de uma perspectiva formalista, não-histórica, para assentá-los nas condições reais de existência, particularizados em cada formação social” (NOGUEIRA e PIRES, 2004: 758). Torna possível e incentiva reivindicações e lutas pela ampliação da própria democracia, na medida em que permite sua reinvenção contínua, questionando a ordem estabelecida. O sentido democrático dos direitos repousa na reinvenção de novos espaços e de novos atores, na fluidez e na pluralidade inerentes ao conflito moderno (BODSTEIN, 1997). Entende-se, portanto, o direito como *transgressão*, pois desestabiliza consensos estabelecidos e possibilita descrições alternativas do mundo, tornando relevantes ou possíveis coisas que antes não existiam (TELLES, 1999).

Um processo de desenvolvimento de direitos não é possível sem compromissos democráticos explícitos em torno da redução da iniquidade social, o que certamente implica no fortalecimento da sociedade civil e de suas formas de organização. Característica observada atualmente no Brasil a partir do chamado setor saúde, que, como tantas vezes mencionado, dentre as áreas sociais, é um dos mais politizados e conta com maior presença de grupos da sociedade civil organizada e da comunidade participando e pressionando por seus interesses.

Cabe questionarmos, então, até que ponto esses diferentes setores sociais adotam a radicalidade da inscrição constitucional: “a saúde é direito de todos e dever do estado”, ou, de outra maneira, entendem saúde apenas como assistência médica. Tal distinção é fundamental para compreendermos os caminhos e possibilidades da cidadania no campo da saúde.

Afirmar que “a saúde é direito de todos” implica em uma discussão sobre a composição dos titulares deste direito. Mesmo havendo clara definição sobre o papel do Estado na garantia dos direitos à saúde, a lógica predominante reproduz a inversão de pensamento, fazendo a pobreza virar “carência”, a justiça se transformar em caridade e os

direitos em ajuda, “a que o indivíduo tem acesso não por sua condição de cidadania, mas pela prova de que dela está excluído” (TELLES, 1999: 95).

A população carente de serviços se submete ao Estado numa relação de gratidão, quando constitucionalmente deveria assumir uma postura ativa de cidadania. Isto se intensifica ao constatarmos a diferença na capacidade de reivindicação dos grupos sociais; a prática cotidiana reafirma a desigualdade na distribuição dos benefícios sociais conforme a inserção social dos diferentes sujeitos. “As políticas públicas atendem a clientelas específicas, tendo um caráter fragmentário e não universalista”. (FLEURY, 1997: 142). Telles (1999) denomina este processo como “aplicação seletiva” de códigos e leis segundo os grupos de interesses envolvidos. Isto, contudo, não é uma especificidade brasileira, Bodstein (1997: 190) visualiza o início desta contradição (conciliação entre a igualdade de direitos e a miséria) já na formação da sociedade moderna, quando o projeto revolucionário do final do século XVIII elevou a questão social ao centro do debate político, conferindo à modernidade, logo em seu início, “o desafio de conciliar a representação de uma sociedade formada de cidadãos iguais em direitos, dilacerada, porém, pelo espetáculo da miséria e da degradação social”. Leite (1991: 121), nesta mesma linha, afirma que no liberalismo-democrático a cidadania tem como referência o paradoxo das sociedades modernas, “que compatibilizam uma matriz de desigualdades sociais, definida no mercado (classes sociais) com a idéia de uma igualdade básica entre os homens, associada à participação integral na comunidade”. Esta concepção acredita na sobreposição de princípios da justiça social aos da necessidade econômica, “evidentemente limitando, em algum grau, a liberdade do mercado”. Entretanto, esta contradição revela-se apenas aparente, pois à expansão da cidadania coincidiria a superação das desigualdades, quando, o que ocorre, é a legitimação da desigualdade de classes. Isto porque se valoriza, sobretudo, a liberdade do indivíduo, expressando-se como desenvolvimento de suas potencialidades, isto é, a forma como se integra na sociedade, ainda que esta integração se defina pela inserção no mercado consumidor de certa parcela dos bens e serviços socialmente produzidos.

Talvez este seja o maior desafio da sociedade contemporânea, principalmente em sociedades como a nossa as quais já atingiram tal grau de desenvolvimento econômico não sendo mais possível imaginar uma pessoa com fome. Nossa produção material superou em muito nossa capacidade de consumo; as desigualdades existentes perduram por falta de direcionamento político insistente em reproduzir a lógica histórica de exclusão das massas em

benefício dos setores mais abastados da sociedade. Segundo Luz (2000), o século XX registrou em seu encerramento, as mais profundas transformações tecnológicas, políticas e sociais se comparado aos outros séculos da história. Todavia, as condições sociais “não registraram nem de longe o mesmo ritmo do século”. Pelo contrário, ao menos em suas duas últimas décadas o que se viu foi um retrocesso em termos de políticas sociais, como o caso do desmantelamento do “Estado do Bem-Estar Social” nos países ditos de primeiro mundo, e em ritmo mais acelerado, a retração das políticas sociais em países terceiro-mundistas.

A partir da constatação da autora, deve-se questionar a seguinte contradição: como conciliar as profundas desigualdades sociais que marcam a sociedade brasileira com a democracia, num contexto crescente de exclusão social e desvalorização das políticas sociais? Este questionamento remete-nos ao problema de conciliar ou experimentar todo um novo estatuto, que, do ponto de vista da relação Estado-sociedade, visava de alguma forma pagar a dívida social para com os mais pobres. A Seguridade Social¹⁷, por exemplo, nos moldes como foi idealizada no Brasil, como resposta às questões sociais postas naquele momento, considerava a redemocratização do Estado e da sociedade brasileira com um devido alargamento da esfera pública, e da garantia de direitos próprios à cidadania. Esta perspectiva, presente na Constituição de 1988, esbarra nos próprios princípios do neoliberalismo adotado no Brasil após a transição democrática.

Tais contradições suscitam o surgimento de movimentos importantes no Brasil por uma afirmação positiva da cidadania, dentre elas, as diversas iniciativas que vêm sendo desenvolvidas para ampliar e qualificar a noção de direito à saúde. Trata-se da construção da cidadania a partir das reivindicações de alguns segmentos da sociedade civil, na busca de reformas concretas que respondam às expectativas e necessidades da população. Isto vem ocorrendo dentro das próprias instituições estatais, não como um ataque frontal ao Estado, mas como definiu Gramsci, uma “guerra de posições” travada pela sociedade civil.

Na medida em que as instituições democráticas brasileiras se tornam cada vez mais permeáveis ao diálogo e ao debate com a sociedade civil a própria participação de amplos segmentos sociais adquire maturidade no enfrentamento de questões relevantes à dinâmica dessas instituições. De acordo com Luz (2000: 305) “as instituições, mais que simples reprodução do Estado (aparelho), são contraditórias e funcionam como campo de luta”. Exemplo desse processo tem sido a tentativa, por parte de novos agentes do SUS, de

¹⁷ Não é intenção desta dissertação abordar os contornos da adoção da Seguridade Social no Brasil.

materialização dos direitos assegurados constitucionalmente. A estratégia privilegiada de disputa de tais agentes por novas reivindicações tem incidido sobre o campo do Direito, esfera que tem oferecido garantias efetivas na luta pela superação das contradições mencionadas entre direitos constitucionais, até então abstratos, e as práticas concretas das políticas públicas de saúde.

A atuação desses novos agentes (por exemplo, grupos organizados da sociedade civil, e os próprios Conselhos de Saúde) é representativa de uma tendência de mudança, ainda não hegemônica, do paradigma de cidadania vigente, caracterizado pela mera delegação eleitoral, para uma participação ativa nos rumos das políticas públicas. Esses atores têm observado que,

“(...) a luta pelo direito à saúde precisa se dar em um duplo movimento: de um lado, há que se resgatar a luta pelas políticas públicas que, para além do setor saúde, se voltem para a melhoria das condições de vida de nossa gente; de outro, há que se aprofundar a luta pela conquista do direito ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, pautado pela perspectiva da participação popular e da integralidade das ações” (MATTOS, 2005: 35).

Neste sentido, são nas próprias instituições do Estado que desembocam as ações da sociedade civil. Uma das arenas principais dessa disputa vem sendo o Ministério Público, pois sujeitos ou grupos sociais “sentindo-se privados de seu direito ao acesso ao serviço de que supostamente necessitam, acionam judicialmente o Estado. Juízes, procuradores e advogados passam a emitir juízos sobre quais são as necessidades de saúde em um caso concreto” (MATTOS, 2005: 36).

Trata-se de um duplo processo, tanto de constituição de sujeitos políticos portadores de direitos, quanto de implicação/responsabilização de novos atores na construção das políticas de saúde. Diz respeito à “construção de um pacto societário que viabilize a tradução destes direitos em uma norma legal e em uma institucionalidade próprias, e, finalmente, resulta em um processo de reforma do Estado, no qual a dimensão pública se sobreponha às lógicas particulares” (FLEURY, 1997: 154). A preocupação com a superposição do particular sobre o geral apresenta-se como o maior desafio da relação entre Justiça e Sociedade. A Justiça caminha imersa na lógica do direito individual, sobrepondo, por exemplo, demandas individuais sobre toda a política de saúde de um Município ou Estado. Entretanto, algumas experiências têm extrapolado esta lógica, principalmente aquelas onde houve uma aproximação entre instâncias jurídicas com a sociedade civil, como na experiência do MP em Porto Alegre.

2.1. O Estado de Direito e os Direitos Humanos e Sociais – uma leitura do campo do Direito

A idéia de Estado Democrático de Direito está relacionada à necessidade de superação das desigualdades sociais e regionais e à instauração de um regime democrático que efetivamente realize a justiça social. Para tanto, é necessário ampliar a noção de Estado de Direito tradicionalmente limitada à sua definição formal, como o “governo de Leis”, mas, compreendê-lo como um Estado material de Direito, em que estejam reconhecidos ao mesmo tempo, como metas, parâmetro e limites da atividade estatal, certos valores, direitos e liberdades fundamentais, superando, desta forma, uma noção que se limita a garantir determinadas formas e procedimentos da organização do poder e das competências dos órgãos estatais.

Os direitos fundamentais constituem critérios de legitimação do poder estatal e, por conseguinte, da própria ordem constitucional, na medida em que “o poder se justifica por e pela realização dos direitos do homem e que a idéia de justiça é hoje indissociável de tais direitos”. (PINTO, apud SARLET, 2004). Funda-se, desta forma, um profundo entrelaçamento entre os direitos fundamentais e o Estado de Direito. Não se trata tanto de justificar a origem e fundamentação destes direitos. Como argumenta Bobbio, a discussão a respeito da justificação da origem desses direitos perde sentido com adoção nas últimas décadas pela maioria dos países de uma declaração universal dos direitos do homem. “É preciso que se esteja convencido de que a realização dos direitos do homem é uma meta desejável; mas não basta essa convicção para que aquelas condições se efetivem” (BOBBIO, 1992: 23). Essa meta desejável estabelece uma ligação inequívoca entre as competências do Estado e os interesses sociais; Sarlet (2004: 69), utilizando uma citação de Pérez Luño, exemplifica,

“existe um estreito nexo de interdependência genético e funcional entre o Estado de Direito e os direitos fundamentais, uma vez que o Estado de Direito exige e implica, para sê-lo, a garantia dos direitos fundamentais, ao passo que estes exigem e implicam para sua realização, o reconhecimento e a garantia do Estado de Direito”.

Tenho utilizado até agora indiferenciadamente os termos ‘direitos humanos’ e ‘direitos sociais’ ou ‘direitos fundamentais’, contudo é necessário diferencia-los pelos seus próprios

processos de construção histórica. De acordo com Sarlet (2004: 37) direitos fundamentais caracterizam-se por serem precisos e restritos, pois são constituintes do conjunto de direitos e liberdades reconhecidos institucionalmente pelo Estado e garantidos pelo direito positivo, referindo-se, portanto, a direitos determinados no espaço e no tempo, “cuja denominação se deve ao seu caráter básico e fundamentador do sistema jurídico do Estado de Direito”.

Já o termo direitos humanos diz respeito a uma noção internacional que reconhece o ser humano como tal – a partir da concepção de humanidade –, independente de sua vinculação constitucional, referindo-se, portanto, a todos os povos e tempos.

Não há dúvidas da existência de uma vinculação entre os dois tipos de direitos, pois o titular dos direitos fundamentais sempre será um ser humano. Por outro lado, determinado Estado pode não garantir certos direitos fundamentais aos seus cidadãos, o que não lhe tira a condição de ser humano. A adoção dos direitos fundamentais pelas constituições dos Estados aconteceu muito tempo depois de serem reconhecidos os direitos humanos, e como salientou Bobbio, ocorreu por diversas lutas históricas, “não todos de uma vez, nem de uma vez por todas”. A noção da conquista de novos direitos nos remete a outra concepção do campo jurídico, as “gerações” dos direitos.

Embora autores como Sarlet (2004) prefiram a denominação “dimensão” dos direitos em contraposição à “geração” – segundo ele o segundo termo indica uma idéia de substituição e não de ampliação – utilizarei para fins de exposição o termo utilizado por Bobbio (1992), “as gerações do direito”. Outra controvérsia existente a esse respeito versa sobre a quantidade dessas possíveis gerações, que no campo do direito costuma encontrar variadas definições, sem, ainda assim, concordarem plenamente com seus conteúdos específicos. A despeito destas pequenas desavenças quanto à classificação do direito conforme sua essência e abrangência, farei uma breve explanação a respeito das duas gerações consideradas consensualmente as mais relevantes, quais sejam, os Direitos Fundamentais de Primeira e de Segunda Gerações.

De acordo com a leitura de Sarlet (2004) o reconhecimento, nas primeiras Constituições escritas, de tais direitos fundamentais é produto do pensamento liberal burguês do século XVIII, notadamente de cunho individualista. Externava-se desta maneira a necessidade de delimitação de uma zona de não intervenção do Estado, caracterizando-se como direito de defesa, demarcando uma esfera de autonomia individual frente ao poder do Estado.

Por este motivo são apresentados como direitos de cunho “negativo”, ou seja, para sua efetivação é necessária a não intervenção dos poderes públicos, sendo, neste sentido “direitos de resistência ou de oposição perante o Estado” (idem). Institucionalizaram-se três premissas gradativas: a liberdade, a igualdade e, posteriormente, a fraternidade.

“Assumem particular relevo no rol desses direitos, especialmente pela sua notória inspiração jusnaturalista, os direitos à vida, à liberdade, à propriedade e à igualdade perante a lei. São, posteriormente, complementados por um leque de liberdades, incluindo as assim denominadas liberdades de expressão coletiva (liberdades de expressão, imprensa, manifestação, reunião, associação, etc.) e pelos direitos de participação política, tais como o direito de voto e a capacidade eleitoral passiva, revelando, de tal sorte, a íntima correlação entre os direitos fundamentais e a democracia” (SARLET, 2004: 55).

A inserção dos direitos sociais nas constituições dos Estados nacionais modernos foi inspirada por duas correntes preponderantes do pensamento ocidental que se estabeleceram definitivamente na segunda metade do século XVIII a partir de episódios históricos marcantes como a Independência dos Estados Unidos (1776), a Revolução Industrial Inglesa e a Revolução Francesa (1789). Essas duas correntes seriam a anglo-saxã e a francesa (suscitadas, no primeiro caso, por pensadores liberais como John Stuart Mill e John Locke, e, no segundo, por Montesquieu e Rousseau¹⁸). Em linhas gerais, a primeira corrente se distinguiria da segunda por sua ênfase na sociedade como projeção dos indivíduos, ao passo que, nesta última, o indivíduo cederia lugar ao cidadão, criação da sociedade política, isto é, do Estado. A noção de que os direitos individuais teriam precedência, e, por conseguinte, proeminência sobre os direitos sociais, isto é, no jargão tautológico do direito, de que os direitos de primeira geração viriam “naturalmente” em primeiro lugar e os de segunda geração, em segundo, provém primordialmente da tradição anglo-saxã, fonte de um dos mais conceituados teóricos do direito do último século, T. S. Marshall.

Os direitos fundamentais de primeira geração segundo Bonavides (apud SARLET, 2004) são os direitos da liberdade e de igualdade formal, os primeiros a constarem na normatividade constitucional, seriam os chamados direitos civis e políticos, que correspondem historicamente à fase inaugural do constitucionalismo Ocidental, nunca tendo deixado de postular nas constituições até os dias de hoje. O paradigma dos direitos da

¹⁸ A respeito das contribuições de ambas perspectivas para a constituição da racionalidade ocidental moderna (em especial para o campo da saúde coletiva), ver Luz (2004).

primeira geração foi o principal ponto de embates até o início do século XX, a partir de então foram engendrados novos direitos fundamentais.

Dado que o século XIX foi marcado pelo advento dos direitos da primeira geração (direitos civis e políticos), o decorrer do século XX caracterizou-se por uma nova ordem social. A simples garantia formal da liberdade e igualdade não gerava frutos para todas as classes sociais, sobretudo à imensa massa trabalhadora explorada no capitalismo da época.

De acordo com Bobbio, os direitos individuais tradicionais constituem-se em *liberdades*, já os chamados direitos sociais, consistem em *poderes*. O autor explica que “liberdades” referem-se aos direitos garantidos quando o Estado não intervém¹⁹ (a atuação negativa do Estado), e de “poderes” os direitos que exigem uma intervenção do Estado para sua efetivação. De acordo com Bobbio (1992: 44) liberdades e poderes são, acima de tudo, incompatíveis, e não, como se crê freqüentemente, complementares. “A sociedade histórica em que vivemos, caracterizada por uma organização cada vez maior em vista da eficiência, é uma sociedade em que cada dia adquirimos uma fatia de poder em troca de uma fatia de liberdade”.

Esta nova ordem social apresenta uma estruturação dos direitos fundamentais não mais sedimentada no individualismo do modelo anterior, mas requer, ao contrário, a cessão de uma parte da individualidade em troca de garantias sociais. A diferenciação destes direitos está em sua “dimensão positiva”, uma vez que se trata “não mais de evitar a intervenção do Estado na esfera da liberdade individual, mas, sim, na lapidar formulação de C. Lafer, de propiciar um ‘direito de participar do bem-estar social’” (SARLET, 2004: 55). Estes direitos caracterizam-se por propiciarem aos indivíduos direitos a prestações sociais estatais, como saúde, educação, trabalho etc.

Os direitos fundamentais da segunda geração se tornam, pois, tão essenciais quanto os direitos fundamentais da primeira geração, tanto por sua universalidade quanto por sua eficácia. Assim, são caracterizados como "os direitos sociais, culturais, e econômicos, bem como os direitos coletivos ou de coletividades, introduzidos no constitucionalismo das distintas formas de Estado social" (BONAVIDES apud SARLET, 2004).

Os direitos da segunda geração estão profundamente relacionados aos chamados direitos prestacionais sociais do Estado para com o cidadão. É dever do Estado garantir determinados ‘serviços’ à sociedade. Estes direitos passam a incluir o rol de poderes da

¹⁹ Estou adotando aqui a terminologia dos autores ao referirem-se à não intervenção estatal.

sociedade, caracterizando-se como uma certa passagem das liberdades formais abstratas para os poderes materiais concretos.

A marca desta nova fase dos direitos fundamentais não está somente no fato destes direitos terem o escopo positivo, mas principalmente em caracterizarem-se como "*liberdades sociais*", como, por exemplo, liberdade de sindicalização, do direito de greve, etc. Em resumo, o direito à saúde integra os Direitos Fundamentais da Segunda Geração, pois exige do Estado prestações positivas para deste modo evidenciar a sua garantia/efetividade, sendo chamado, portanto, de direito social prestacional.

2.2. A Saúde como um Direito Fundamental Social

No Brasil a adoção constitucional de uma compreensão mais ampliada de direitos, os direitos da segunda geração, proporciona ao Estado momentos de profundas contradições, justamente pela já mencionada nova lógica de atuação do Estado. O arcabouço legal que justificava a intervenção do Estado na vida particular apenas para manter a ordem, passava agora a conviver com normas que exigiam iniciativas estatais positivas de justiça distributiva mediante políticas econômicas e sociais que garantissem os novos direitos, de natureza metaindividual.

O direito à saúde aparece mencionado (de forma direta e indireta se levarmos em consideração as definições de saúde do CIDESC ou da OMS) em diversos pontos da nossa Constituição. Além disso, existem diversos outros direitos afins, que relacionam-se diretamente com o direito à saúde. De acordo com a Constituição, "a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais".

Esta concepção de direito à saúde, como já mencionado, tem encontrado inúmeras dificuldades para se tornar realidade, gerando posições contrárias à afirmação constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado. Tem-se tentado caracterizar a saúde como uma 'norma programática', de forma que "ao invés de se definir em fins concretos a serem alcançados, contém princípios e programas (tanto de conduta, quanto de organização), bem

como, princípios relativos a fins a cumprir... existem apenas na esfera constitucional” (SARLET, 2004).

A assunção do direito à saúde como norma programática, mais do que uma simples discussão sobre terminologias constitui uma tentativa de desonerar o Estado de suas funções precípuas, indo de encontro à própria noção de Estado Democrático de Direitos, cuja meta é a realização da justiça social. Esta lógica perversa choca-se com os próprios anseios presentes no movimento que deu origem ao SUS. A nova Hermenêutica constitucional se desataria de seus vínculos com os fundamentos e princípios do Estado Democrático de Direito se os relegasse ao território das chamadas normas programáticas, recusando-lhes concretude sem a qual, a dignidade da pessoa humana não passaria de ilusória e mera abstração (SARLET, 2004). É importante destacar ainda que mesmo a saúde sendo um atributo individual (conferindo, portanto, a cada pessoa o direito de exigir do Estado condições para gozar de boa saúde) sua garantia é realizável apenas por meios coletivos. Não é possível garantir condições de saúde a um indivíduo isolado sem que esta garantia seja extensiva para todos aqueles que partilham com ele o mesmo ambiente.

Ao observarmos as falas dos conselheiros de saúde percebemos o nível desta perspectiva ‘ampliada’ do direito à saúde. Na fala citada abaixo, de um conselheiro de saúde representante de uma comunidade rural, fica claro que a discussão a respeito da garantia constitucional do direito à saúde não figura mais no rol de discussão do Conselho, considerada uma questão superada, assim, o entrevistado apresenta novas questões a serem debatidas, como, por exemplo, a formação profissional. Ressalta-se, todavia, que esta percepção encontra-se imbuída de um discurso ora presente na localidade a respeito da implementação dos Pólos de Educação Permanente. Este aspecto pode ser decorrente de duas características, ou o conselheiro reproduz literalmente o discurso dos ‘técnicos do SUS’ sem uma reflexão crítica, ou, ao contrário, depois de feita uma reflexão apropria-se de seu discurso como mais um aliado em sua luta pelo direito à saúde. Percebe-se neste sentido, que esta fala, de forma alguma isolada, exemplifica a discussão sobre a ampliação do direito. Representa ainda, uma elevada maturidade política na percepção dos problemas e nas suas estratégias de resolução.

“Só que agora a gente aumentou o leque da discussão, agora a gente não está só nas causas geradoras de doenças, aquela coisa que a gente tem os direitos constitucionais do cidadão, que são os princípios do SUS. A gente abraçou isso, e o SUS tem dois lados: tem a qualidade de vida e tem a assistência médica hospitalar, que é um direito

constitucional, que nós brigamos pra conseguir. E conseqüentemente veio junto outras lutas como a Emenda Constitucional 29. Só que eu acho que isto é uma outra questão que tem que ser discutida junto com a capacitação dos conselheiros pra entender a gestão. Então quer dizer que agora agente não está mais só discutindo fazer xarope e pomada, todas essas coisas comunitárias, a saúde pra dentro da porteira. A gente agora ta trazendo toda essa questão para fora da porteira, e questionando esta relação ao SUS. Não podemos ficar preocupados só e exclusivamente com a doença. Nós temos que questionar e nos preocupar também com o SUS enquanto qualidade de vida. E qualidade de vida significa emocional, física, mental, essas coisas todas. Então, quer dizer, a gente vem de um mundo pequeno e abriu o leque, e cada vez mais vem aumento o leque. Então esta participação, por exemplo, dos pólos agora, de mexer nas instituições formadoras de profissionais. Isto é um outro leque que está se abrindo, é uma outra ponta do leque”. (Conselheiro de Saúde)

A citação abaixo complementa a perspectiva acima e aponta para outro fator também muito presente nas falas dos conselheiros, o direito à informação em saúde, e trás consigo ainda a idéia do imposto pago pela sociedade como fundamento legítimo do direito. Devemos atentar, contudo, que diferente do que pode parecer num primeiro olhar, a associação do direito ao imposto não caracterizara o usuário como consumidor. Pelo contrário, a afirmação presente na fala enfatiza uma dimensão coletiva desse “pagar imposto”, exigindo do Estado um retorno em serviços de qualidade. Portanto, o direito à saúde não é defendido como mais uma das faces do ‘direito do consumidor’, mas, na medida em que exige do Estado uma boa aplicação da parcela de contribuição da sociedade para a própria manutenção do Estado está, desta maneira, acirrando sua postura de cidadão, e afirmando que a saúde é um direito de cidadania. Nesta mesma perspectiva, Luz (1991) aponta para a tomada de consciência por parte da sociedade civil sobre o papel da saúde e das instituições médicas na vida coletiva, “a compreensão deste papel foi muito importante, pois tornou claro que são os próprios trabalhadores que financiam, através de impostos, os serviços médicos, que deveriam, antes de tudo, servi-los” (idem, p. 86).

“Direito à saúde é tudo. Direito à saúde não é só saúde, é habitação, é educação, é segurança, é alimentação, é tudo. Porque não adianta tu ter o remédio e não ter o que comer, não resolve nada. Não adianta tu não ter educação e não tu saber, que aquilo lá que tu ta pisando, tu não ter entendimento que tu ta pisando no meio do esgoto é saúde. O rato passando por cima dos teus filhos é saúde, então isso é saber o que é direito à saúde. Então tu tem que ter direito sim, se tu tiver passando um valão no teu pátio, alguma coisa, os órgãos públicos têm que sanear aquilo ali, é o saneamento básico, isso é o direito à saúde.

É ter o direito de ter onde morar, porque tu vai pra essas favelas não tem nada, tu tem direito à água, tu tem direito à tudo, e isso é saúde, e não é favor, isso aí é direito que a gente tem porque a gente paga os impostos. Então esse é o direito que eu entendo”. (Conselheiro de Saúde)

Apesar da justificação do direito à saúde como direito fundamental não mais constituir objeto de debate dos conselhos na localidade estudada, esta mesma questão permanece como ponto sem solução em outras localidades. Diante disto, decisões do Supremo Tribunal Federal²⁰ têm respaldado a perspectiva de saúde como um direito fundamental, ao lado dos direitos individuais, políticos e do direito de nacionalidade.

De acordo com os dispositivos da Constituição Federal de 1988, o direito à saúde deve ser compreendido (e adotado) como um direito social fundamental, diz respeito à preservação da vida e ao respeito à dignidade humana, sendo sua garantia requisito fundamental ao alcance da justiça social. Atribuiu-se às ações e serviços de saúde o caráter de relevância pública, a alteração de tal preceito depende de amplo e rígido processo legislativo.

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 é claro ao estabelecer a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Assim, a ação do Estado é pressuposto fundamental na efetivação da saúde; qualquer cidadão em situação de impossibilidades de usufruir de seu direito pode recorrer juridicamente às instâncias competentes a fim de garanti-lo. A justiça, como mencionado anteriormente, tem sido freqüentemente requisitada para julgar matérias relacionadas ao tema saúde. A seguir apresento alguns exemplos²¹ de julgamento nesta área.

- a) MANDADO DE SEGURANÇA. FORNECIMENTO DE EXAMES E MEDICAMENTOS ESSENCIAIS À SAÚDE E VIDA DO IMPETRANTE. RESPONSABILIDADE DO ESTADO. É dever e responsabilidade do Estado, por força constitucional e infraconstitucional, o fornecimento de exames, medicamentos e aparelhos essenciais e indispensáveis à saúde e à própria vida do impetrante. Preliminar de ilegitimidade afastada. O direito à saúde, pela nova ordem

²⁰ Ver, por exemplo, Recurso Extraordinário em Mandado de Segurança, externado na peça de n.º 11183/PR, no voto do Relator Ministro José Delgado; julgamento do Recurso Extraordinário 271.286-RS no voto do Relator Ministro Celso de Mello, em ambos os casos os Ministros afirmam que a saúde não pode constituir-se como norma programática. A jurisprudência tem afirmado que a saúde é um direito fundamental social do homem, visto que detém o direito à saúde em sua normatividade a aplicabilidade imediata e a eficácia plena.

²¹ Exemplos retirados do trabalho de Hesterston Humenhuk.

- constitucional foi elevado ao nível dos direitos e garantias fundamentais, sendo direitos de todos e dever do Estado. Aplicabilidade imediata dos princípios e normas que regem a matéria. Segurança concedida." (9 fls.) (MSE n ° 597258359, Primeiro Grupo de Câmaras Cíveis, TJRS, Relator: Des. Henrique Osvaldo Poeta Roenick, julgado em 17/03/2000).
- b) DIREITO CONSTITUCIONAL. PROTEÇÃO À SAÚDE. Internação hospitalar. Apoiando-se a internação em direito subjetivo constitucional, que alcança como devedor qualquer dos entes federativos, ofensivo a direito líquido e certo do impetrante e a negativa. Mandado de Segurança concedido. (Mandado de Segurança n ° 597267608, Primeiro Grupo de Câmaras Cíveis, TJRS, Relator: Tupinambá Miguel Castro do Nascimento, Julgado em 18/06/1990).
- c) MANDADO DE SEGURANÇA. SAÚDE PÚBLICA. MEDICAMENTOS. É direito do cidadão exigir, e dever do Estado fornecer, medicamentos excepcionais e indispensáveis à sobrevivência quando não puder prover o sustento próprio sem privações. Segurança concedida. (7 fls.) (Mandado de segurança n ° 70000696104, Primeiro Grupo de Câmaras Cíveis, TJRS, Relator: Desembargador Arno Werlang, Julgado em 05/05/2000).

Não se devem impor limites à garantia da saúde dos cidadãos, nenhum dos entes federados tem o direito de eximir-se de tal obrigação. O direito à saúde apresenta como pressuposto o direito assegurado pela constituição, todas as pessoas podem exigir do Estado condições de gozar de boa saúde, seja essa exigência exercida individualmente, ou coletivamente. O direito à saúde como garantia constitucional tem feito parte do repertório dos conselheiros de saúde, e constitui premissa de suas atuações.

“Primeiro, direito à saúde é constitucional. E acho que cada vez mais a população ta sabendo disso. Então acho que o que ta na constituição de que a saúde é um direito de cidadão e dever do Estado, acho que as pessoas tão se conscientizando disso. Mesmo as pessoas que não participam, que não sabem aonde recorrer, se vai a conselho, se vai na rádio, se vai no vereador, mas enfim, as pessoas já têm consciência, eu acredito que o SUS se consolidou nesses 17 anos. Eu acho que nesse período de adolescência do SUS ele já ta reconhecido pela população e as pessoas fazem valer mesmo. E acho que a cidadania ta reconhecendo esse seu direito, que o Estado, independente da esfera de governo, que seja municipal, estadual, federal ou que seja uma entidade filantrópica que o poder público tem que estar proporcionando este seu direito”. (Conselheiro de Saúde)

A condição primordial para o desenvolvimento de qualquer regime democrático é a vida do ser humano, até porque, relembando mais uma vez a constituição “os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País”, expressam inclusive o grau de democratização deste país no que diz respeito à distribuição de seus recursos pelos seus cidadãos. A garantia do direito à saúde não pode ser colocada em segundo plano das ações dos Estados e muito menos deve servir como discursos, promessas e moeda de troca nas eleições nacionais.

Os direitos são construções sociais marcadas por lutas entre diferentes interesses possíveis em um momento histórico (BOBBIO, 1992). A definição do conteúdo do direito à saúde não ocorreu e nem ocorre de forma tranqüila e passiva, pelo contrário, requer a cada situação um processo de negociação política, desde o cotidiano dos serviços básicos de saúde até as resoluções no legislativo e executivo, caracteriza-se, desta forma, como uma luta de hegemonias. A ampliação da noção de direitos, principalmente o direito à saúde, presentes na constituição de 1988 correspondeu a “um vastíssimo alargamento de mecanismos para a garantia desses direitos. Dentre tais mecanismos destacam-se as funções atribuídas ao Ministério Público, sem precedentes nas constituições anteriores” (TORRES-FERNANDES, 1999: 21).

CAPÍTULO 3. DILEMAS ENTRE O DIREITO COLETIVO E DIREITO INDIVIDUAL: AS RELAÇÕES E INTERAÇÕES ENTRE MINISTÉRIO PÚBLICO, CONSELHOS DE SAÚDE E AS INSTÂNCIAS DE GESTÃO DO SUS

3.1 O Direito à saúde: da teoria ao campo de prática.

Embora estejamos discutindo até agora a ampliação do direito à saúde, existe um discurso a respeito do limite das ações estatais para a garantia desse direito no campo da saúde. Observou-se nas entrevistas principalmente dos gestores um discurso freqüente a respeito do limite desse direito em relação aos recursos finitos. A questão que deve ser formulada é a seguinte: por que esses limites são impostos? A contraposição mencionada está clara nos trechos das entrevistas com gestores.

“Para mim direito à saúde é o cidadão poder utilizar recursos disponíveis pra tudo que ele precisar. Qual é o papel do gestor? É garantir isso, as não tem recursos pra isso. Então a questão da equidade eu acho que é o conceito mais fundamental nesse momento, a gente conseguir trabalhar com a garantia de direitos. Se a gente consegue identificar aqueles que têm mais dificuldade de acessar os serviços, a gente consegue, pra esses, criar estratégias, criar políticas específicas pra esses grupos mais vulneráveis ou com menos acesso, às vezes não sabem nem aonde tem, nem que tem, nem que existe determinado recurso, determinada solução pra sua vida”. (Gestor de Saúde)

“Essa é uma dificuldade muito grande: esse conceito de direito, ele tem que estar no contraponto da equidade, senão a gente não tem recursos pra isso, o recurso é finito”. (Gestor de Saúde)

Nas falas acima é possível perceber que o princípio da equidade está sendo utilizado como saída para a indisponibilidade financeira dos Estados, a justificativa pauta-se na idéia de que os poucos recursos disponíveis devem ser utilizados com os mais pobres da sociedade. Esta lógica inicialmente parece justa, entretanto não questiona o próprio limite financeiro do Estado. Como alerta Mattos (2005), “é fundamental que os gestores acolham o desafio de ir além da simples gerência dos recursos escassos, para se engajar na discussão com os poderes no seu nível de governo, com as instâncias de pactuação e com a sociedade civil como um todo” (MATTOS, 2005: 45). A lógica dos recursos escassos pode ser percebida também,

embora em outros termos, em muitas falas dos usuários. Para estes, os poucos recursos devem ser disponibilizados àqueles em maior grau de vulnerabilidade.

Ainda nas falas dos usuários, observa-se a relação estabelecida entre o direito à saúde e a disponibilização de acesso a serviços médicos. Limitar a idéia de direito à saúde à garantia de acesso, é reproduzir a lógica que, ao invés de ampliar as ações do Estado, as retrai ao nível mínimo de atuação. Chamar a atenção para este fato é fundamental, pois, no limite, esta lógica pode contribuir para o retrocesso no sistema de saúde, remetendo aos tempos em que saúde pública era caridade para populações em estado de indigência e miséria. Apesar de existir a concepção do “SUS para miserável” (que não é exclusiva das classes populares), dentro dos Conselhos de Saúde isto vem se modificando, o relato pessoal de um conselheiro exemplifica isso,

“E a gente tava cansado de dizer que SUS é pra miserável, e não é pra miserável, eu conheço muita gente que tem isso aqui (faz sinal com os dedos indicando dinheiro), e tá lá no SUS, porque o único que faz transplante é o SUS, porque nenhum plano privado faz transplante. Então, assim, as pessoas mesmo que tenham muito dinheiro utilizam o SUS também. Tem muita gente que tem convênios caros e vão lá no posto de saúde buscar o medicamento, porque se pagar o convênio não tem dinheiro pro remédio. Então, a gente conscientizar as pessoas a exercer a sua cidadania, dizer que não está pedindo favor, que é um direito legítimo” (Conselheiro de Saúde).

Os conselheiros têm assumido uma postura de atuar sob o preceito constitucional de que “saúde é direito de todos e dever do Estado” sem se limitar a discutir o que é possível dentro dos recursos disponíveis. Esta atuação tem apresentado grandes avanços em termos da cidadania participativa, pois tem obrigado o Estado a estender sua atuação a esferas antes vistas como inviáveis.

“Direito à saúde ele é inerente. Pra ter vida. E o que é que é ter vida? Ter vida é desde o momento que eu seja concebido, seja lá o que for, quer dizer existem os direitos todos da manutenção, da qualidade de vida, esse é um direito que tu tens. E isso face ao direito à saúde, eu digo não só nos atos puramente médicos, que deixamos transparecer durante a conversa, os atos médicos de diagnósticos, de exames, medicação, de prevenção através de vacinas, de educação, mas da participação intrínseca, e aí eu volto àquela minha participação, as participações de tantos de nós que fazemos saúde, no conceito de saúde que se tem, dentro de movimentos populares pra brigar, por exemplo, por aumento de salários. Pra brigar, por exemplo, o que é que adianta eu falar que tu tem que tomar mebendazol, pra aquela verminose, se aquela criança tá bebendo água poluída ou tá metendo

pé na merda do lixo que tem ali dentro. Então isso é básico. Que a água não seja poluída, que o meio ambiente não seja destruído. Então assim, direito à saúde é um direito e nós entrarmos agora cada vez mais num entendimento”. (Conselheiro de Saúde).

Diversos trabalhos acadêmicos têm se debruçado sobre os limites da atuação dos Conselhos de Saúde, (GUIZARDI, 2003, 2004, 2005; WENDHAUSEN e CAPONI, 2002), indicando os principais dilemas que permeiam a atuação dos Conselhos. Algumas pessoas – usuários, conselheiros e mesmo pesquisadores – admitem até uma ineficácia intrínseca a esta instituição devido a dois fatores principais: conflito entre uma linguagem técnica exigida e linguagem leiga do conselheiro neste órgão, e, principalmente, tutela excessiva das instâncias governamentais sobre os Conselhos, tornando-os meros “aprovadores” de suas políticas. Apesar de serem válidas tais críticas, acredito que o fato da atuação de (alguns) conselhos não ser exatamente aquilo que se imaginava na época em que foi pensado não o transforma imediatamente em instância inútil, sem propósito. Experiências têm demonstrado justamente o oposto, que a união da mobilização social às prerrogativas constitucionais do Conselho faz deste uma instância política eficaz na luta pelo direito à saúde.

Os próprios conselheiros identificam falhas na operacionalização dos Conselhos, entretanto, isto não constitui uma impossibilidade para seu funcionamento. Para estes conselheiros o principal problema é a desmotivação social, e a desacreditação na própria participação popular. Alguns conselheiros entrevistados identificam um impasse entre “direitos e deveres” criados pela democracia representativa, segundo eles, este impasse seria a base da justificação da falta de participação social.

“O direito à saúde é inerente à pessoa humana, acho que todos nós temos o direito de sermos tratados humanamente. Isso aí é um direito pela constituição de cidadão. Cidadania... Acho que o cidadão não se conscientizou do que ele pode e deve fazer, grande parte dos cidadãos só pensam no direito e não pensam nos deveres. Não sei se você já notou isso, “os meus direitos”, e os meus deveres? Então a cidadania ta furada nessa parte, a participação. Cidadão é aquele cara que participa, que trabalha, que paga imposto, que tenta fazer alguma coisa pra que a vida melhore”. (Conselheiro de Saúde).

Note-se que nas duas falas anteriores os conselheiros apresentam a concepção do direito à saúde baseado na idéia de ‘inerência’ à humanidade – segundo a qual os direitos do cidadão são uma imanência da sociedade. Na mesma lógica, retoma a importância da participação para a garantia deste direito. O condicionamento da cidadania à participação se

reflete inclusive em questões simples do dia-a-dia; um conselheiro, de forma irônica, apresenta esta discussão,

“É eu vejo que o Estado, o ente Estado, já tá mais do que provado que ele sozinho não faz nada. Bom, aí tu vai dizer, mas a gente tem toda uma estrutura de assembleias, câmaras, todo o quadro enorme de funcionários...Tem gente que diz: Ah, mas eu pago imposto pra essas pessoas trabalharem pra mim. Mas infelizmente a sociedade e os Estados eu acho que só assim eles não se movimentam. Apesar do cidadão recolher impostos para que a máquina funcione (...). [Por exemplo], ao passar na rua e vejo que uma lâmpada tá queimada e eu ligar; eu sei que tem um número que eu ligo lá e...Bom, mas tinha que ter um funcionário... Bom, a gente fica imaginando assim, então... Aqui em Porto Alegre tem lá cento e dez mil lâmpadas... Então tinha que ter um neurótico diariamente pra ficar ali?” (Conselheiro de Saúde)

E conclui,

“Então sem essa participação social, e eu acho que e um termo mais conveniente que controle social, acho que devia mudar esse termo controle, fica meio de Estado, autocrático, parecido...tinha que ser mais participação social, na medida em que tu participa tu também controla, tu também observa, tu faz crítica. Então devia mudar esse nome porque realmente pega mal, tem gente que enche a boca e usa controle como algo policialesco e na verdade não é”. (Conselheiro de Saúde).

O “outro que não participa” é reconhecidamente pelos conselheiros o principal fator pela eventual fraqueza da atuação dos Conselhos. Os conselheiros correntemente responsabilizam determinados grupos ou comunidades por não participarem assiduamente das reuniões do Conselho. Embora a paridade em sua composição seja um fator que, teoricamente, favorece os interesses dos usuários, essa vantagem acaba se diluindo pelo esvaziamento da participação desses indivíduos.

“Olha, o usuário ainda não se deu conta da força que tem. É difícil viu. Você vê, nas reuniões de conselho que participo no distrito, é uma briga conseguir usuário. Geralmente se reúne mais com trabalhadores e gestor e meia dúzia de usuário, o usuário ainda não se deu conta que ele tem muita força e que em qualquer composição que exista ele é a metade, a paridade é 50% de usuário, 25% de trabalhadores e 25% de gestor e prestador de serviço. Então tu vê, 50% é usuário, se o povo se der conta da força que ele tem e fechar junto com os conselhos, isso aí é uma brincadeira, só que infelizmente, ou por não querer ter compromisso, ou por omissão, grande parte desse pessoal não vem. E aí tu fica dando murro em ponta de faca pra conseguir trazer um usuário pra participar. Isso é que é o problema, o problema maior nosso é fazer o usuário participar”. (Conselheiro de Saúde).

Outro representante dos usuários confirma esse pensamento e enfatiza a necessidade de “lutar também pelos outros”, atribuindo o desinteresse pela participação à condição de pobreza em que se encontram determinadas comunidades.

“E como a gente luta bastante, aqui a gente luta pelos outros, eu sou da região X²², mas tem a Y, que é por causa da mesma gerência distrital, só que o pessoal da Y são uma miserabilidade total, então o pessoal não participa, sabe aqueles acomodados? Então, eu muitas vezes eu tenho que discutir até aqui no conselho pra ajudar a região nordeste, enquanto eles tinham que estar fazendo isso. Porque o controle social também tinha que ser efetivado lá, e não é, então pra mim o conselho é uma maravilha”. (Conselheiro de Saúde).

No momento da formulação do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, definiu-se quais instituições teriam assento garantido. A criação deste Conselho foi marcada por profundas tensões e disputas dos mais diversos grupos que pleiteavam representatividade. Contudo, dados atuais demonstram que das 80 cadeiras disponíveis apenas 30 são efetivamente ocupadas.

“Com a direção do Conselho Municipal de Saúde, tu sabes, houve uma lei, uma lei municipal que criou isso. E deliberou também que houvesse representatividade, entre tantos representantes, dos quais muitos nunca sentaram a bunda numa cadeira daqui dentro pra discutir nada. Porque na hora de construir o Conselho tu sabe como é que é, né, todo mundo quer. Nossa, arranca os cabelos, fazem tudo, porque cada um quer o seu lugar. Então marcam posição,(...) mas na hora do pega pra capar...”. (Conselheiro de Saúde).

Uma constatação feita pelos conselheiros a respeito da ausência de participação relaciona-se à falta de recursos materiais para se manter no Conselho. Na fala seguinte o conselheiro comenta a falta de dinheiro de passagem para muitas pessoas como empecilho fundamental à participação. Ele argumenta que nos Conselhos Distritais não há esse problema pois seu funcionamento ocorre dentro da própria comunidade.

“A maioria dos usuários não tem dinheiro pra vir pro conselho, não tem, porque são pessoas que moram em diversas partes da cidade. Então hoje ta vindo uma verba pra nós que isso aí a gente ta estudando como fazer pra ter a participação popular. Porque como nas regiões tem os conselhos distritais de saúde, e a maioria não paga passagem, então tu vai lá porque é o conselho distrital, então o conselho municipal vem os conselheiros, e com tudo isso ainda é muito difícil, falta muito conselheiro, então nessa parte, no momento que

²² As regiões serão omitidas para preservar o anonimato do entrevistado.

tiver todos conselheiros, ou seja, usuários, porque parece que nós temos no total 80, as vezes o máximo de conselheiros tem 30, quer dizer é menos do que tinha que ter. Então eu acho que não cumpre uma parte, quando teria que ter sei lá, uma maneira de obrigar esse pessoal a vir, de participar”. (Conselheiro de Saúde).

Outra grande reclamação dos conselheiros relaciona-se à mobilização das comunidades apenas nos momentos de interesse direto, quando precisam aprovar ou rejeitar alguma proposta. De acordo com as críticas, estes sujeitos não se propõem a participar da construção do sistema de saúde no dia-a-dia das discussões dos Conselhos.

“Então as pessoas se mobilizam quando estão pisando em seu calcanhar. Então se aquela vila lá faltou um médico, então aí o pessoal vem, mas eles só participam de fato quando ta acontecendo alguma coisa, ou quando querem alguma coisa. Porque as pessoas são muito acomodadas, então só saem em busca de seu direito quando pisaram em seu calcanhar, pelo contrário as pessoas não saem”. (Conselheiro de Saúde)

Para uma representante do Conselho Municipal de Saúde, a falta de interesse na participação em conselhos, por parte da população, dificulta a ampliação da discussão sobre a importância desses espaços de controle social. Consecutivas faltas na participação das reuniões do Conselho implicaria em perda de mandato para o conselheiro, entretanto, de acordo com relatos, não há uma substituição sistemática dos faltosos, mesmo existindo outras instituições interessadas na ocupação de cadeiras neste Conselho.

“”Porque é muito simples tu cobrar e discutir, tu reclamar e não ta junto pra discutir, então geralmente quem vem pra discutir, é geralmente aquele que só vem pro conselho quando tem alguma coisa que vai ser reprovado deles, agora, pra vim discutir o dia a dia eles não vêm. Então isso é difícil, então acho que tinha que ter, por mais que se diga, que tu tendo três faltas consecutivas, ou cinco intercaladas, a instituição tem que substituir, tu perde mas não substitui. Aí tem umas tantas que querem entrar e também não podem, porque tem uma lei que diz, quando foi firmada essa lei, quem eram os participantes”. (Conselheiro de Saúde)

Por outro lado, em determinados momentos é possível percebermos uma responsabilização do próprio Conselho pela falta de participação. De acordo com os entrevistados seria necessário um projeto institucional de “sensibilização” dos usuários para participarem das discussões.

“Acho ainda que isso é um papel do Conselho. O papel do Conselho de ter a capacidade de sensibilizar a população pra que eles sintam a

importância da participação. Porque só assim nós conseguiremos a vitória nas causas mais difíceis. Porque enquanto for só do Conselho, as coisas ficam mais demoradas. No momento em que a população participa mais efetivamente. E nós já tivemos ações em alguns municípios, em alguns eventos aqui na capital que a gente vê os resultados. Mas eu acho que ainda a população tá meio inerte. Eu acho que só gritam quando morrem algum lá na porta do hospital, ou quando falta um medicamento e fica meia dúzia ali se queixando pro jornal. Quando no meu entender tem que ter umas ações mais efetivas e que a população esteja mais presente em certos espaços. Nós temos várias ações aí, até a nível nacional, e que precisa haver uma participação maior, mas esse papel é o nosso. É o nosso do controle social, de sensibilizar a população. Porque não é o gestor, não é... Até os trabalhadores são parceiros também, mas não é o prestador e nem o gestor que vão fazer isso. Eu acho que nós, que somos trabalhadores e usuários, que temos esse dever de sensibilizar a população”. (Conselheiro de Saúde).

A participação social nos rumos das políticas públicas de saúde no RS não se resume apenas aos Conselhos de Saúde, além da conhecida estratégia do Orçamento Participativo (OP)²³ (que define prioridades para todos as áreas sociais), a organização do serviço nesta localidade está pautada na existência de conselhos gestores de unidades de serviço, como, por exemplo, conselhos gestores de hospitais e de unidades do PSF. Contudo, os mesmos problemas observados em relação à participação nos Conselhos de Saúde reproduzem-se nestes outros espaços. Ainda assim, a estratégia do Conselho Estadual de Saúde do RS é ampliar cada vez mais esses espaços e facilitar seu acesso aos usuários do SUS. Neste sentido, o CES/RS travou uma disputa com os hospitais filantrópicos, prestadores de serviço para o SUS, para instaurar nestas instituições conselhos gestores paritários. Embora não tenha sido vitorioso este movimento (até o período das atas consultadas), ele demonstra o grau de compreensão sobre a importância da participação social atingindo no RS. Vale lembrar que esta participação não surgiu da noite para o dia, pela simples criação dos Conselhos de Saúde, é fruto, antes de tudo, de uma construção histórica que mobilizou grande parte de algumas camadas sociais. Talvez esta história de lutas (que remete à Revolução Farroupilha – orgulho local) seja o principal elemento de explicação para a força que os Conselhos de Saúde, reconhecidos pelos outros Conselhos do Brasil como os mais avançados do País, obtiveram

²³ Existe em Porto Alegre uma certa disputa entre o Conselho de Saúde e o Orçamento Participativo, o Conselho reivindica a legitimidade de decisão sobre as prioridades na área da saúde, entretanto quem tem maior poder neste sentido acaba sendo o OP. Houve uma época em que o Conselho deixou de participar das discussões do OP, mas esse problema já foi contornado. Segundo um conselheiro, eles perceberam que o espaço do OP é legítimo pois há participação maciça da sociedade.

no Rio Grande do Sul. O avanço em termos de lutas e conquistas não se restringe apenas a esta instituição, a própria atuação do MP, por exemplo, é considerada em um patamar mais avançado de discussão e resultados. Conforme atesta um entrevistado do MP,

“Com isso, eu considero que o Município de Porto Alegre é, dentro do Brasil e de notícias do que eu sei ... Às vezes eu converso com colegas do Norte, por exemplo, e comento com eles que aqui estou discutindo a implementação do PSF agora e eu quero aumentar as equipes de PSF em Porto Alegre. Aí eles dizem: o quê? Na minha cidade, na minha Capital, eu to discutindo vacina. Os caras discutem vacina! E a gente sabe que realmente o Estado do Rio Grande do Sul é avançado nesta implementação. Acho que o Ministério Público contribui bastante com isso em função dessa relação de parceria”. (Promotor de Justiça).

3.2. O papel do Ministério Público

A Constituição Federal descreve nos artigos 127 a 135 as *funções essenciais da justiça*, compostas por todas aquelas atividades profissionais públicas ou privadas, sem as quais o Poder Judiciário não poderia funcionar ou funcionaria muito mal, são elas: o Advogado, o Ministério Público, a Advocacia-Geral da União, os Procuradores dos Estados e do Distrito Federal, e a Defensoria Pública. Note-se, entretanto, a existência do Ministério Público Federal (MPF), com os Procuradores da República e do Ministério Público Estadual (MPE), com os Promotores de Justiça.

No Poder Judiciário – esfera de Poder do Estado responsável pela atividade jurisdicional – a atuação para a concretização de direitos ocorre mediante provocação, ou seja, o próprio poder judiciário não pode nunca propor uma ação, ele apenas as recebe e as julga, portanto tal instituição deve manter uma atitude estática enquanto não for chamado à resolução do litígio.

Já o Ministério Público é uma instituição permanente incumbido da defesa: da ordem jurídica, do regime democrático, dos interesses individuais indisponíveis (imanescentes à personalidade humana e pertencentes a uma coletividade) e dos direitos coletivos e difusos (caracterizados por abranger jamais indivíduos ou grupos singulares, mas sim aqueles que

possuem necessariamente algo em comum)²⁴. Para tanto, é necessariamente autônomo e, conseqüentemente, não se encontra submetido a nenhum dos Poderes da República. Trata-se de uma instituição de regulação não eleita, na qual a sociedade encontra possibilidades de legitimação de suas demandas.

Sua competência diz respeito ao cuidado pelos serviços de relevância pública e tem por função principal zelar pela promoção dos direitos constitucionais, e, dentre estes, o mais, ou pelo menos, um dos mais importantes é o direito à saúde (entendido como um direito individual, coletivo e difuso, conforme o art. 197 da Constituição), constitui-se, desta maneira, uma relação direta desta instituição com os Serviços Públicos de Saúde. Além disso, a jurisprudência tem demonstrado o papel do MP na busca pelo direito à saúde, tanto como instituição provocadora da Justiça quanto como espaço extrajudicial de resolução de conflitos. Segundo Bastos (1998:123), o “Ministério Público tem a sua razão de ser na necessidade de ativar o Poder Judiciário, em pontos em que este remanesceria inerte porque o interesse agredido não diz respeito a pessoas determinadas, mas a toda coletividade”. Arantes (1999) exemplifica essa discussão afirmando que ao longo das duas últimas décadas, por meio de mudanças legislativas, o MP veio incorporando importantes atribuições e intensificando sua atuação em diversas áreas (como a da saúde), a partir, por exemplo, da ação civil pública. Este instrumento possibilita ao MP acionar o Poder Judiciário a fim de promover a defesa dos direitos *difusos e coletivos*.

Outro órgão integrante das funções essenciais da justiça é a Defensoria Pública, constantemente confundida com o Ministério Público. Esta instituição, diferentemente do MP, representa um serviço de assistência judiciária, possibilitando o acesso de pessoas menos favorecidas financeiramente aos seus direitos. Presta, assim, serviços de assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos. Logo, as demandas da Defensoria Pública têm caráter individual, ao passo que as demandas do Ministério Público dizem respeito a um grupo determinado ou indeterminado de pessoas.

Feita esta diferenciação, passemos à compreensão da relação entre o Ministério Público e os serviços de saúde. A busca pela superação da “diferença entre o que a constituição prevê e a realidade do país, gerou uma série de representações dos mais diversos setores junto à Procuradoria” (COSTA & DODGE, 1995: 10). As experiências de

²⁴ Mais propriamente, os direitos coletivos e difusos representam interesses que transcendem o âmbito de proveito individual, atingindo área de benefício de um grupo indeterminado de pessoas, e que, inegavelmente, possuem preponderante carga de natureza pública.

representação junto ao MP evidenciam um conjunto de questões acerca das relações entre poder público e sociedade que merecem destaque.

Tais experiências, construídas na interface entre as instâncias do Estado e a Sociedade Civil, permitem ao Estado o reconhecimento de novos tipos de regulação capazes de garantir e criar novos direitos e de redefinir o próprio sentido da lei. Este novo sentido da lei deixa de ser apenas a aplicação direta do registro específico da normatividade jurídica estatal existente. Pelo contrário, afirma-se como referência sobre a qual reivindicações por direitos são formuladas. Apresenta-se como exigência de uma ordem pública democrática que incorpore critérios substantivos de justiça, pautados no contexto político e social. O MP representa a possibilidade de superação do paradoxo da saúde pública no Brasil: o descompasso entre a legislação e as dificuldades encontradas pela população para obter serviços de boa qualidade (MELAMED & RIBEIRO, 1995).

O Ministério Público Federal no Rio Grande do Sul viveu momentos decisivos para sua atuação na área da Saúde iniciando uma jornada de Audiências Públicas por todo Estado do Rio Grande do Sul. Estas Audiências tinham por finalidade criar um quadro das demandas mais comuns da população do Estado. Além da criação deste quadro, este movimento propiciou a capacitação dos Procuradores na área da saúde, aproximando-os da realidade sobre a qual atuariam e instigando-os a estudar as matérias específicas da área. Um Procurador comenta,

“Nós iniciamos um processo de realização de audiência públicas em todo Estado do RS para ouvir da sociedade civil como elas viam o SUS, quais eram os principais problemas que poderiam merecer uma atuação do MP nessa área da saúde e também para uma própria capacitação dos procuradores com atuação no interior do Estado que não tinham então nenhum contato com essa área e conseqüentemente nenhuma atuação na área de saúde pública. Então nós promovemos diversas audiências públicas no estado do RS, em várias cidades em conjunto com os procuradores do interior, eram audiências públicas muito grandes. Eu lembro que tinham audiências com 200, 300 pessoas. E interessante, a partir dessas audiências públicas se estabeleceu um referencial do MPF na área de saúde. Então diversos colegas hoje dizem que começaram a trabalhar com saúde porque essas audiências públicas foram realizadas. Então estabeleceu ali um contato entre MP, sociedade, é... isso perdura até hoje no estado do RS”. (Representante do Ministério Público Federal)

Estas audiências, organizadas em conjunto com o MPE, acima de tudo, possibilitaram um encontro entre diversas instâncias da política de saúde. Além da participação do

Procurador, estavam presentes os Secretários Municipais de Saúde, representantes dos Conselhos de Saúde, usuários do SUS e profissionais de saúde. A intenção primordial destas grandes reuniões, era, como bem destacou um Procurador entrevistado, *ouvir* a população, papel pouco desempenhado pelas instâncias públicas no Brasil.

“(...) bem, participavam pessoas de toda a região interessadas, conselheiros municipais de saúde, pessoas da área de saúde pública, secretários de saúde. (...) esse processo que era o interessante, de ouvir o que as pessoas falavam, inclusive num certo momento você é cobrado de eventuais omissões a questões de saúde. Enfim, nós anotávamos, e essas informações acabavam sendo, digamos assim, o procurador podia a partir disso estabelecer um projeto inicial de atuação na área de saúde pública. Esse era o patamar inicial de onde nós partíamos, e principalmente com o estabelecimento das relações. O procurador que não conhecia o CMS passava a conhecer, o Conselho conhecia o procurador, com o secretário municipal de saúde, enfim, as demandas foram criadas a partir desse processo”. (Representante do Ministério Público Federal).

Pouco tempo depois, no ano de 2000, o Ministério Público Estadual criou a Promotoria dos Direitos Humanos, tendo destinado alguns Promotores exclusivos para a área da saúde. A fala de um Promotor exemplifica essa necessidade: *“Nós entendemos que as demandas em saúde elas têm uma complexidade própria”*. Antes, havia certa atuação residual nesta área, sem Promotores específicos e capacitados para lidar especificamente com o campo da saúde. Ora, note-se que em 2000 o SUS apresentava pelos menos 10 anos de vida e o MP ainda não estava plenamente habilitado para atuar nesta área. Ainda assim, mesmo antes da criação de tal Promotoria, o MP vinha sendo instigado pela sociedade civil a participar dos assuntos da saúde. A crescente demanda nesta área possibilitou uma aposta do MP na ampliação de sua própria participação nos mecanismos de pactuação e estruturação da política pública de saúde. Neste momento o MP apresentou um imenso salto de qualidade em sua atuação, que até então vinha se limitando a questões individuais e pontuais da saúde. O relato de um Promotor elucida esse processo:

“Eu comecei a trabalhar aqui na Promotoria de Direitos Humanos no ano de 2000, em março de 2000. Nós verificamos que dentro da saúde as coisas ainda estavam muito desorganizadas e pro próprio Ministério Público, ou seja, nós não tínhamos uma visão, uma forma de trabalhar que fosse eficiente.

O que a gente fazia? A gente apagava incêndio. Ah! O João chegou o precisa de um leito, ele vai lá, entra com uma ação, com um pedido pra conseguir o leito. Ah! O fulano de tal está pedindo remédio.

Então sempre trabalhamos de forma pontual resolvendo casos individuais e de forma pontual.

Verificamos que aqui nós tínhamos, por exemplo, inquéritos civis em que o título ou objeto do inquérito civil era SUS. Poxa, SUS é tudo!. Quer dizer, tudo que vinha da superlotação de emergência, falta de medicamento, problema de posto de saúde, problema de hospital... tudo, tudo, tudo era meio que colocado de forma junta, tudo no mesmo expediente.

Conclusão: tu não consegue trabalhar. Porque aquele expediente vira um expediente de duas mil páginas e tu não sabe mais que caminho tu vai percorrer.

Qual foi o nosso primeiro passo aqui quando eu e meus demais colegas assumimos esta promotoria? Primeiro passo foi: nessa área da saúde começar a conversar. Então, Secretaria Municipal de Saúde... várias conversas: como é que tá? Qual é o problema em relação aos postos? O que tá acontecendo? Aí, davam as versões. Chamava médicos, sindicatos médicos, associações dos médicos: pra vocês, qual é o problema? O que tá acontecendo? O que é prioridade? E assim nós fomos conversando com vários atores sociais: Conselho Municipal de Saúde, Conselho Estadual de Saúde, as associações de médicos, as pessoas dos hospitais públicos e particulares, e com essa visão geral que nós tivemos a partir destes contatos – é que a gente chamava as pessoas aqui pra conversar – disso nós estabelecemos formas de trabalho, então a primeira coisa que a gente fez foi dividir os assuntos”. (Representante do Ministério Público Estadual).

Trilhando o mesmo caminho percorrido no Rio Grande do Sul, o MP do Brasil vem tentando ampliar sua compreensão acerca do objeto do direito à saúde. Busca-se fundamentalmente estabelecer um mínimo de uniformização nas respostas para os conflitos entre gestores e usuários no SUS. Dentre as iniciativas, destacamos: a recente criação em 2004 do Grupo de Trabalho de Saúde formado pelo Conselho Nacional de Procuradores Gerais e da Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (AMPASA) e a elaboração em 2005 do Manual de Atuação em Saúde do Ministério Público. Cabe ressaltar que este Manual contou com a colaboração não só de juristas (o que lhe daria um tom normativista, típico do campo do Direito), mas de pesquisadores e especialistas do campo da saúde. Segundo este documento, **cabe ao MP atuar com zelo no adequado uso de recursos públicos sem negligenciar a universalidade e integralidade no atendimento.**

Embora existam o Ministério Público Estadual, composto por Promotores de Justiça, e o Federal, por Procuradores da República, observa-se que, na localidade estudada, a atuação de ambos na área da saúde acontece de maneira integrada, senão complementar. A inexistência de conflitos em suas distintas competências e prerrogativas permite diluir suas

fronteiras. De acordo com um representante do MPF “*Esta relação com o MPE varia conforme a localidade, aqui em Porto Alegre nós temos uma relação extremamente próxima, na área da saúde*”. Sendo assim, para efeito de exposição, referirá-se indistintamente às atuações do Ministério Público Estadual e do Ministério Público Federal.

Identificamos a fundamentação das atividades do Ministério Público em torno de dois eixos: a fiscalização dos gestores e prestadores de serviço, e a mediação de conflitos entre todas as instâncias da saúde pública, inclusive entidades representantes de classe²⁵ (Conselhos de Medicina, de Farmácia, de Enfermagem etc.) e outras associações da sociedade civil (GAPA, Associação de Renais Crônicos, de Obesos, dos Donos de Farmácia, etc). O Ministério Público age como um ator singular: situado na esfera jurídica, tem a função de proteger interesses de grupos e segmentos da sociedade. Arantes (2001) afirma que,

“A evolução histórica do MP revela essa gradativa mudança de função como o sinal inequívoco do seu deslocamento institucional na superestrutura do Estado. Passando de procuradoria do rei à defensoria do povo, o Ministério Público brasileiro, com estruturação jurídico-formal das mais modernas, hoje é um organismo que integra e representa a sociedade civil” (p. 97).

Os Conselhos de Saúde, não obstante, são os principais parceiros na atuação do MP. Isto pode ser inferido facilmente nas assembléias dos Conselhos de Saúde estadual do Rio Grande do Sul e na municipal de Porto Alegre, pois há sempre a participação de ao menos um representante do MP. Existem vantagens para ambos os lados advindos desse espaço de mútua cooperação; ao mesmo tempo em que se enriquece de recursos a atuação dos Conselhos, estes legitimam a ação do MP na defesa dos direitos coletivos. Surge como efeito desta parceria uma gradual difusão pedagógica dos instrumentos jurídicos nem sempre conhecidos e utilizados pelos seus titulares (TORRES-FERNANDES, 1999). Segundo a autora, “a longo prazo, uma política institucional como esta poderia eventualmente trazer a sociedade a um nível mais elevado de emancipação e o próprio MP a uma atuação mais seletiva” (idem, p. 8).

A associação entre Conselhos de Saúde e o MP tem sido, por esta razão, prática cada vez mais recorrente na referida localidade. Os procuradores e os promotores justificam a parceria pelo interesse do MP em entender mais apropriadamente as necessidades da sociedade, para que se torne mais receptivo às suas demandas.

²⁵ Havendo uma distinção no nível de pactuação entre essas distintas entidades de classe.

“Tratando-se de um direito cujo sentido é aberto, ou seja, um direito que não tem um conteúdo em tese, unívoco, mas adquire significados diversos conforme demandas localizadas, o direito à saúde exige de quem por ele deve zelar um contato estreito com a realidade em que deve ser garantido, uma vez que a identificação das necessidades locais constitui registro essencial para a definição de prioridades em políticas minimamente eficazes” (idem, p. 15).

Esta aproximação implica ao MP um conhecimento não apenas teórico sobre a matéria da saúde, mas principalmente conhecimento do contexto onde ela está sendo aplicada. A atuação conjunta do MP com a sociedade (no caso os Conselhos de Saúde), potencializa o papel constitucional dos Conselhos, responsáveis pela deliberação da política de saúde. Atualmente um dos requisitos para que uma política de saúde seja considerada judicialmente válida é a deliberação das instâncias colegiadas de participação da comunidade.

O papel do Ministério Público no campo da saúde é zelar para que o sistema de saúde seja “ele mesmo efetivado”. Seus próprios destinatários, aqueles que vivenciam o cotidiano dos serviços como usuários, têm a prerrogativa de observar a “adequação, eficiência, segurança e qualidade das ações e serviços de saúde” (TORRES-FERNANDES, 1999). As políticas de saúde devem ser planejadas em consonância com os anseios desses sujeitos, visualizáveis a partir de suas deliberações nas conferências de saúde e nos Conselhos. “Constituindo-se em meio institucional de controle sobre o efetivo respeito pelo direito à saúde, o MP deve assumir uma posição de onde possa confortavelmente observar seu equivalente de execução, o SUS” (idem, p. 22). Sem esse tipo de preocupação, o MP estará praticamente desprovido de informações que operacionalizem sua função de zelo.

O diálogo entre as duas instâncias é exemplo evidente de como é possível ao MP escapar a práticas paternalistas de tutela que dirijam ou simplesmente substituam a atuação efetiva da sociedade civil. Pelo contrário, como assinalou Werneck Vianna, “Pode-se afirmar, portanto, que, entre a sociedade e o MP, a relação não é tanto de assimetria e dependência da primeira *vis-à-vis* o segundo, e sim de interdependência, que, quanto mais se consolida, mais legitima os novos papéis do MP” (WERNECK-VIANNA, 2002, p. 445).

Além disso, esse espaço de encontro se tornou fundamental na supressão de um hiato que divorciava a sociedade civil de um estado de direitos – fundamento da cidadania democrática –, inibindo a realização das prerrogativas constitucionais do MP de contribuir para o saneamento das necessidades daquela. Conforme observou um dos profissionais do MP:

“Há uma dificuldade nossa de comunicação com a sociedade. Como é que nós vamos nos comunicar a partir desse mundo que nós temos, um mundo jurídico, um mundo técnico, como é que nós vamos conseguir sair disso pra ir pra sociedade?” (Representante do Ministério Público Federal)

O questionamento é significativo do amadurecimento dessa instituição em reconhecer a distância entre os mundos do Direito e a prática social cotidiana; é expressão, ainda que precária, de como o MP tem se debruçado sobre o processo de formação de seu próprio saber, ainda bastante apegado a aspectos estritamente técnicos, sem quaisquer vínculos com a prática. Uma estratégia adotada pelos profissionais do MP para suprir essa deficiência é ampliar sua atuação além dos limites de seus gabinetes, como tradicionalmente era observado, desenvolver uma “ida ao campo”, a fim de conhecer as condições dos problemas.

“Hoje eu fui fazer uma vistoria na emergência do hospital X. Fui lá visitar o hospital hoje, na emergência e na unidade psiquiátrica do hospital. E a emergência é horrível, as condições em que as pessoas estão lá, sentadas em cadeiras, realmente é... aí tu pensa assim: o que tu vai fazer?” (Representante do Ministério Público Estadual)

“Chamamos a vigilância sanitária do município e estabelecemos uma rotina de trabalho em que a gente ia junto fazer as visitas aos hospitais, junto com eles ou então alguém do Ministério Público, senão um promotor um assessor nosso, ou um médico nosso do Ministério Público, enfim, e fazer essa visita com o objetivo exclusivo de verificar as condições de vigilância sanitária”.. (Representante do Ministério Público Estadual).

As falas citadas apresentam essa nova forma de atuação das promotorias e procuradorias do Rio Grande do Sul. Ela representa um avanço na medida em que estabelece um vínculo, no mínimo visual, direto com a realidade sobre a qual ele procura atuar. Ritt (2002) afirma a necessidade dessa mudança inclusive no que diz respeito à postura institucional quanto a forma de agir do MP. Seus membros deveriam “abandonar a praxe de sustentação do direito tradicional e sair de seus gabinetes com o fim de, em contato direto com a sociedade, conhecer suas carências e procurar efetivar seus direitos” (RITT, 2002: 194). O autor enfatiza a importância do MP privilegiar sua atuação como órgão agente, buscando a efetivação dos direitos sociais. A estratégia para esta atuação tem sido em grande medida desenvolvida em conjunto com as instâncias populares de participação social.

Outro problema para uma atuação incisiva do MP, seria a falta de formação do profissional de Direito para lidar com questões que fujam à lógica da normatividade escrita,

“a tradição jurídica brasileira tem pouca experiência na questão do Direito Sanitário. Este direito não é ensinado na universidade nem no curso de direito como cadeira obrigatória” (COSTA & DODGE 1995: 11), a formação do Bacharel em Direito ainda é muito voltada para a solução de conflitos interindividuais. O informe técnico número 19 da OPAS é mais contundente em relação à dificuldade desses graduados em lidar com outras situações se não aquelas especificadas na lei ou relativas a conceitos mais amplos.

“Essa formação, supostamente técnica e centrada nas características gramaticais e estáticas das leis postas pelo Estado, menospreza as abordagens multidisciplinares. Não é sensível aos novos conflitos e movimentos sociais, às novas demandas por direito e justiça e, até mesmo, aos novos modelos de luta e organização jurídica da sociedade” (CAMPILONGO 1992, p. 2).

Os profissionais do MP, ao se depararem com um contexto novo de atuação – a área de políticas públicas, mas especificamente da saúde – são induzidos a repensar sua prática jurídica, apoiada num modelo ora inaplicável, ou, quando muito, insuficiente para responder de maneira satisfatória aos novos estímulos provocados pelo contato epidérmico com essa realidade antes tão afastada das cadeiras da universidade, dos escritórios de advocacia, dos fóruns, tribunais, etc. De acordo com um dos profissionais entrevistados:

“A outra dificuldade é o fato de que nós da área do Direito, não somos formados pra atuar na área de políticas públicas. A nossa formação jurídica, a lógica do direito é uma lógica binária, é a lógica do ‘tem direito ou não tem direito’, saúde pública, assim como outras áreas de políticas públicas, a lógica é outra; é a lógica de buscar a melhor solução dentro do que está disponível do ponto de vista técnico, financeiro, de recursos humanos – é buscar este possível”l.
(Representante do Ministério Público Federal).

A importância da associação do MP com os Conselhos de Saúde está, portanto, em estes serem um dos canais de acesso mais apropriados na busca desse possível, uma vez que são instâncias legítimas de proposição e fiscalização das ações de saúde. A aproximação do MP com a sociedade civil é também percebida por Werneck-Vianna (2002), em estudo sobre o MP em outra localidade, no qual ele afirma que o Ministério Público, não vem se comportando como expropriador de papéis da sociedade. Segundo o autor observa-se justamente o oposto, “uma consistente e emergente presença da sociedade nessas ações seja como autora de ações judiciais, seja na provocação do Ministério Público” (idem, p. 484).

A presença do MP junto às instâncias de participação da sociedade civil as qualifica sobremaneira, tanto em termos simbólicos, quanto em termos práticos. A atuação dos conselhos frente aos gestores torna-se mais consistente e eficiente graças à autoridade que lhes é investida por um representante do MP. Ao incorporar táticas, técnicas, enunciados – a saber, a própria lógica de compreensão e de atuação específica ao campo do Direito no exercício de suas competências – os conselhos não apenas alteram seu modo de abordar problemas e de propor soluções, mas se tornam principalmente aptos a ensejar novas questões na área, tanto do Direito quanto na Saúde. O MP, neste sentido, desempenha um “papel pedagógico”, pois possibilita ao Conselho à entrada em um campo que antes lhe parecia incompreensível. Nos dizeres de Gramsci, o Direito é “filosofia que se afirma em ato”, portanto, está destinado a cumprir importante papel de caráter educativo e criativo na mudança social. “O direito deve, sem perder sua integridade como sùmula de princípios da vontade geral, responder às demandas emergentes da vida social” (WERNECK-VIANNA, 2002, p.359).

Entretanto, como afirma Bourdieu (2000:228), “o recurso legal implica, em muitos casos o reconhecimento de uma definição das formas de reivindicação ou de luta que privilegia lutas individuais (e legais) em detrimento de outras formas de luta”. A entrada destes conselhos no campo do direito constitui, portanto, uma estratégia de luta desta instituição. Todavia, deve-se questionar os limites desta estratégia, os Conselhos de Saúde correm o risco de se engessarem nos trâmites burocráticos da justiça e nas teias das normas.

“A própria expansão sistêmica do direito sobre outras dimensões da vida social, como a economia, a família, a escola, o mundo do trabalho, é apontada como responsável por uma patológica colonização do mundo da vida que se veria enredado na malha de um processo de juridificação, do que resultaria uma cidadania passiva composta de clientes da ação administrativa do Estado” (WERNECK-VIANNA, 2005)

A entrada dos Conselhos no campo judicial requer o conhecimento e o reconhecimento “da regra do jogo jurídico, quer dizer, as leis escritas e não escritas do campo – mesmo quando se trata daquelas que é preciso conhecer para vencer a letra da lei” (BOURDIEU, 2000: 229). A aceitação da regra do jogo jurídico parte do pressuposto de que os conflitos só podem ser resolvidos juridicamente, quer dizer, “segundo as regras e convenções do campo jurídico”, implica ainda na “redefinição completa da experiência corrente e da própria situação que está em jogo no litúgio” (idem). De acordo com autor isto é

inevitável, pois a construção do campo jurídico “é um princípio de constituição da realidade (isto é, verdadeiro em relação a todo campo)” (idem). “Entrar no jogo, conformar-se com o direito para resolver o conflito, é aceitar tacitamente a adoção de um modo de expressão e de discussão que implica a renúncia à violência física e às formas elementares da violência simbólica, como a injúria.” (idem).

“É também, e sobretudo, reconhecer as exigências específicas da construção jurídicas do objeto: dado que os fatos jurídicos são produto da construção jurídica (e não o inverso), uma verdadeira retradução de todos os aspectos do ‘caso’ é necessária para *ponere causam*, como diziam os romanos, para constituir o objeto da controvérsia enquanto *causa*, quer dizer, enquanto problema jurídico próprio para ser objeto de debate juridicamente regulados e para reter tudo o que, do ponto de vista de um princípio de pertinência jurídica, mereça ser formulado, e apenas isso, como tudo que pode valer como fato, como argumento favorável ou desfavorável, etc” (idem).

Em apresentação no V Seminário de Projeto Integralidade o Procurador da República Dr. Humberto Jacques recuperou a máxima de Mark Twain “Quem só tem martelo pensa que tudo é prego” para discutir a incapacidade das instâncias estatais em compreender as demandas sociais. Segundo ele, a organização dos serviços do Estado (incluindo aqui tanto as instâncias jurídicas quanto as executivas) auto impõe-se uma limitação na capacidade de escuta e utilizam indiferenciadamente o mesmo olhar sobre as distintas demandas, fatores estes fundamentais na determinação das impossibilidades de construção de novos direitos. A noção ampla do direito à saúde vai se “apequenando” dentro dos espaços estatais, se limitando à prestação de serviços específicos. Segundo o Procurador “o tipo de demanda é sempre prego porque eu só tenho martelo para oferecer”. Bourdieu ao se referir ao processo de “retradução” está chamando a atenção para esta prática estabelecida que, no caso aqui tratado, ao invés de perguntar ao usuário do que ele necessita, oferece-lhe o que se tem, o que está dentro do possível. “Assim as divergências entre os ‘intérpretes autorizados’ são necessariamente limitadas e a coexistência de uma pluralidade de normas jurídicas concorrentes está excluída por definição da ordem jurídica” (BOURDIEU, 2000 : 213). Tais práticas “são modelos que se prestam mais a conservar e a reproduzir a concentração do poder institucional, inclusive com a dominação simbólica de saberes técnicos (ditos científicos), de interesses econômicos ou de grupos corporativos, tornando as instituições impermeáveis às práticas e valores democráticos” (PINHEIRO et ali, 2005: 19).

Para fugir desta “armadilha”, o Conselho deve buscar construir ele mesmo suas noções de direito à saúde, pois, se deixar esta tarefa para os “intérpretes autorizados” corre o risco de limitar ainda mais a noção de **direito e de saúde**, emaranhando-se cada vez mais nos tentáculos do sistema jurídico. A saída pode estar nas próprias práticas de integralidade, “pois nela reside uma postura de escuta ativa das demandas, por meio de vozes que têm por implicação ética a produção da saúde como direito de cidadania” (PINHEIRO et al, 2005: 20). Esta produção de saúde como direito de cidadania, só é possível em um Estado Democrático de Direito, em que a sociedade civil organizada pode, através da ordem jurídica, gerenciar a sociedade e começar a promover a justiça social (RITT, 2002: 200).

As ações do profissional do MP, seja de fiscalização dos gestores e prestadores de serviços, seja no intuito de mediar conflitos nas demais instâncias da saúde, seriam infrutíferas se não fosse a contribuição dos conselheiros. Estes atores guiam os procuradores e promotores no universo do cotidiano da saúde pública, evitando as retraduições e auxiliando o aprendizado da realidade na linguagem dos próprios usuários. Observa-se, logo, que o MP, longe de apenas encontrar nos conselhos a legitimação de sua autoridade, também encontra ali espaço, meios e objeto definidos para sua atuação. O MP, em sua aliança com os conselheiros de saúde, amplia largamente suas possibilidades de ação, na medida em que, como mencionado, ele passa a perceber de forma mais consciente as rugas de uma dinâmica social que antes, por sua perspectiva distanciada, lhe pareciam planas. Por esta razão, o MP vislumbra *outras estratégias para solução de conflitos* existentes entre os gestores e os conselheiros de saúde, e altera substancialmente sua prática de intervenção, abandonando as ações pontuais tutelares e abraçando as ações coletivas de construção da cidadania. “A observação da atuação do MP revela que setores dentro da instituição têm se dedicado enfaticamente à sua transformação em instrumento de luta pela construção da cidadania” (ARANTES, 2001: 84).

Ao associar sua atuação aos grupos da sociedade civil, “a atividade dos agentes do sistema jurídico, bem como a dos agentes sociais em direção a ele, são interpretadas enquanto ação política que busca, no plano da aplicação do direito, soluções e resoluções para dilemas oriundos de conflitos sociais” (EISENBERG, 2002, p. 46). A função política do Ministério Público está, portanto, em mediar as demandas sociais junto ao Estado.

É importante mencionar que, ao denominar como “ação política” a atuação do MP, de forma alguma sugere-se que esta seja partidária. Entendemos política como uma forma mais

ampla de ação. Até mesmo porque, “confundir a política com o direito é certamente um risco para qualquer sociedade democrática” (CITTADINO, 2002, p. 18), todo direito é fruto de um embate político. As normas escritas da Constituição, por exemplo, são, em grande parte, fruto desses embates, e o ponto de partida da discussão dos movimentos sociais, constituindo-se como base para a própria solução jurídica.

Freqüentemente, o campo do Direito é instigado a tomar decisões com conseqüências políticas, pois os questionamentos dos conselhos extrapolam em muito aquela, já aludida, racionalidade binária do Direito. Wernneck Vianna (2002, p. 348), neste sentido, esclarece que, segundo Gramsci, o direito “não se reduz a um instrumento de controle social nem de garantia da ação dos agentes econômicos no mercado. Para ele [Gramsci], o direito se deve tornar um lugar de mudança social, ao admitir como uma de suas fontes o domínio da sociedade civil”.

Diferentemente do Poder Judiciário, a postura do MP ante a lei e a própria Constituição é de uma compreensão mais ampla, não se apegando exclusivamente à “fôrma do texto”. O MP é um organismo em contínuo movimento, pois tem sido capaz de absorver, assimilar e participar ativamente das transformações sociais. De acordo com Torres-Fernandes (1999: 24), em pesquisa realizada em São Paulo, os membros do Ministério Público “estão convencidos de que a prestação da justiça melhorou com as novas atribuições que lhes foram dadas pela Constituição de 1988, concordam com a crítica à má formação profissional e são a favor que o MP seja o canal de demandas sociais”.

A ampliação dos serviços públicos de saúde revela-se como um elemento fundamental para a análise dessas novas demandas sociais apresentadas e defendidas pelo MP em conjunto com os Conselhos de Saúde. Mas, ainda assim, segundo o relatório final da XI Conferência Nacional de Saúde (CNS) ainda falta apoio das instâncias Jurídicas aos Conselhos de Saúde, que seriam o espaço principal de organização social na luta pela saúde. Além disso, “os cidadãos não têm informações suficientes para utilizar/pressionar o MP, assim como os sistemas de saúde. A maioria dos usuários desconhece o próprio direito ou mesmo que podem recorrer ao MP para garantir seu acesso” (XI CNS, 2001: 52). Neste sentido, é necessário um duplo movimento, tanto por parte do Ministério Público que “precisa chegar mais efetivamente ao povo, para que este saiba o que a instituição pode fazer, o que está fazendo – e o que não está fazendo” (RITT, 2002: 199), quanto por parte dos Conselhos de Saúde que precisam atuar como divulgadores deste papel do MP.

A interlocução cada vez mais freqüentes entre o MP e os Conselhos de Saúde pode representar avanços no exercício da cidadania. Podemos conceber então o MP como um *espaço* de construção de novos arranjos institucionais, democráticos, e de cidadania. Segundo algumas pesquisas (ARANTES 1999, SILVA 2001 e TORRES-FERNANDES 1999) a atuação do MP revela que setores dentro da instituição têm se dedicado enfaticamente à sua transformação em instrumento de luta pela construção da cidadania. Isto foi possível pela inovação no campo legislativo Brasileiro, fruto da introdução dos interesses difusos e a regulamentação dos interesses *metaindividuais*. Tais inovações abarcam uma abordagem diferente do processo jurídico, que passou a ser visto como um meio de participação efetiva do cidadão na vida pública e, conseqüentemente, como um meio de implementação do interesse público (SILVA, 2001: 129).

O direito à saúde escapa aos conceitos tradicionais inerentes ao direito liberal, para sua materialização são exigidas soluções que extrapolam a ordem jurídica, pois se relacionam a questões políticas, uma vez que constituem interesses de natureza coletiva e pública. O MP tem o potencial de representar o estabelecimento de um tipo diferenciado de *interlocução* no plano da formulação de políticas públicas. O papel principal desempenhado por esta instituição tem sido a *mediação de conflitos* existentes entre a sociedade civil (principalmente a partir dos conselhos de saúde), e a própria gestão dos serviços, tornando-se, desta maneira, um *canal de diálogo*. “Na definição que freqüentemente tem sido dada, de Aristóteles a Kojève, do jurista como “terceiro mediador”, o essencial está na idéia de *mediação* e não de arbitragem” (BOURDIEU, 2000: 229).

3.3. Os novos espaços de interlocução na saúde e os instrumentos de atuação

As procuradorias e promotorias têm revelado um potencial de interlocução entre a sociedade e o Estado, fomentando, de uma forma específica, o acesso direto da sociedade civil às questões referentes ao espaço público. Isso vem acontecendo conforme melhor expressado pelo conceito de J. Habermas de “ação comunicativa”, segundo o qual o debate e o diálogo travados nas esferas públicas podem, através da evocação de valores como a ‘razão’, ‘verdade’, ‘retidão’ e ‘inteligibilidade’, gerar ações políticas efetivas na dissolução dos

conflitos. Tais valores, segundo seu pensamento, devem ser levados em consideração para se obter consenso e entendimento na arena política, o que, como antes elucidamos, vem se construindo com a consolidação progressiva das instituições democráticas, cada vez mais permeáveis à sociedade civil.

Os canais de diálogo no interior do MP são espaços que articulam práticas relacionadas à gestão de políticas públicas, já que neles os principais atores que compõem o processo de formulação, gestão e fiscalização das políticas públicas encontram-se implicados. Essas práticas são engendradas pelo MP no momento em que este assume a postura de mediação de conflitos entre esses atores em sua interface com a gestão. A utilização do instrumento do ‘inquérito civil’ – onde há a prerrogativa de intimação – auxilia esse processo, caracterizando o MP como um espaço tanto de resolução extrajudicial de conflitos, como de formulação de novas propostas e projetos na área da saúde, justamente por ser uma arena de uma ampla negociação política. Esse papel de mediação pode ser exemplificado, a seguir, pela fala de um dos profissionais do MP:

“O gestor não estava conseguindo por si próprio conseguir uma abertura de alguns hospitais. O que acontecia? Chamavam o MP lá, o que ele percebia? Que os diretores dos hospitais com a presença do MP tinham uma outra postura. Aquela questão do medo da sansão, o medo da sansão fazia com que esses gestores [dos hospitais] viessem a participar do processo” (Representante do Ministério Público Federal).

Todavia, como se apreende do trecho acima, o MP tem se investido mais de um certo “poder simbólico” do que precisamente de um poder sancionador. Embora a sansão não seja descartada, não cabe ao MP aplicá-la; somente o Judiciário tem essa autoridade e prerrogativa. Aliás, se avaliarmos mais atentamente a questão em termos de saúde pública, cogitar a possibilidade da sanção torna-se ainda mais difícil, pois não há legislação específica que preveja a aplicação de penas ao administrador, exceto em casos nos quais ocorre lesão ao patrimônio público, danos morais que firam os direitos coletivos, ou ainda uso indevido do dinheiro público²⁶.

Segundo os relatos, dos quais se destaca o seguinte, há uma grande dificuldade dos juizes em julgar os casos impetrados pelo MP ou pelos conselhos, por deficiência mesmo de formação adequada às políticas públicas de saúde, e, conseqüente desconhecimento de suas questões correlatas.

²⁶ Está em tramitação no congresso o projeto de lei número 4.604, de 2004, de autoria de Roberto Gouveia, dispondo sobre responsabilização sanitária dos agentes públicos, estabelecendo penalidades administrativas para um gestor em saúde que traga prejuízo para a população.

“Nessa passagem para o poder judiciário nós encontramos até hoje, uma grande dificuldade, porque todo aquele nosso processo de capacitação, de conformação para atuar em questões de saúde que levou, no meu caso, vários anos, obviamente nós não podíamos exigir que o juiz em um processo entendesse esse processo todo de políticas. Quando passávamos a bola para o poder judiciário, o que significava entrar com uma ação judicial, a gente percebia que o resultado na maioria das vezes ia ser negativo” (Representante do Ministério Público Estadual)

A tendência no judiciário para refutação das ações do MP está em, além da deficiência na formação profissional para o campo da saúde coletiva, na deficiência da própria atividade judicial limitada a atuar simplesmente como mera aplicadora do Direito. Ao contrário, ela deveria ser criativa, produtora de direito, para melhor enfrentar os conflitos sociais que surgem a cada dia mais e mais rapidamente num mundo globalizado. “Neste sentido, o juiz não há de se limitar a ser apenas, como disse Montesquieu, *la bouche de la loi*, mas sim *la bouche du droit*, isto é, a boca não só da lei, mas do próprio Direito” (RITT, 2002: 85). Esta perspectiva envolve, em especial, os direitos fundamentais e os princípios constitucionais, fundamentos do Estado Democrático de Direito

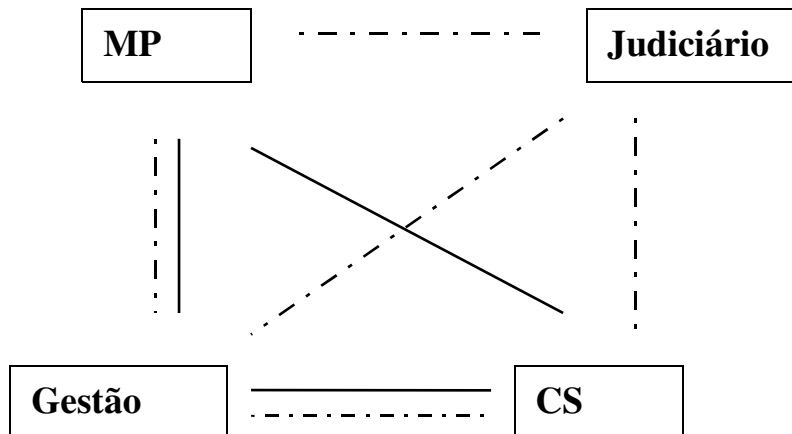
Além disso, desacreditado por conta da lentidão e desse distanciamento em relação aos direitos sociais sendo freqüentemente utilizado como simples instrumento de pressão nas negociações de interesses, o judiciário tem perdido espaço decisório para outras esferas que alçaram a negociação como principal estratégia e único meio de atingir algum nível de consenso em torno de prioridades.

Ao debruçar-se sobre a relação do quadrilátero composto pelo Ministério Público, Judiciário, Gestão dos Serviços de Saúde e Conselhos de Saúde observa-se o ruído presente em suas relações. Quatro instâncias que, a princípio, deveriam atuar conjuntamente, parecem concorrer por um espaço na arena pública, uma demonstração pública de disputa de campo. Por mais que estes conflitos estejam camuflados para o grande público, ao menos aos olhos dos conselheiros estão bem nítidos, estes qualificam-nos como guerra, baseada principalmente em conflitos de competência.

“Mas como existe uma guerra com o judiciário no MP, que poucos sabem disso, mas a gente sabe que é demais, porque o juiz reclama que o MP quer fazer o que não é de competência dele, aí o MP diz que tenta fazer porque o judiciário é que tá amarrado, então a gente sabe que tem guerrinha interna. E eu não sei se não é isso que prejudica também. Eu vejo que se tem casos que o MP não consegue resolver, manda pra justiça de uma vez, então a justiça que resolva, mas aí fica

nesses impasses. Mas a relação que o conselho tem com o MP ta boa”. (Conselheiro de Saúde)

Destacam-se ao menos sete distintas relações neste quadrilátero. O esquema abaixo exemplifica estas relações. As linhas tracejadas indicam conflituosidade e a linha contínua indica entendimento ou parceria.



Este esquema nos chama a atenção para a dificuldade de relacionamento do Judiciário com todas as principais instâncias presentes no campo da saúde. Note-se que não é intenção deste trabalho desfechar uma crítica ao Judiciário, até porque não teríamos material para tanto. O esquema apresentado apenas resume a compreensão destas relações por parte dos atores entrevistados.

Outro ponto de destaque é a dupla relação estabelecida entre MP/Gestão e CS/Gestão, apresentando momentos de harmonia e outros de impasses. A fala de um entrevistado que compôs a gestão deste serviço explicita este ponto.

“O judiciário expede mandado de prisão pro Secretário, se em 24 horas não baixar uma determinada criatura num determinado serviço privado, pagando leito privado... E quanto isso consome de recurso de sistema? E aonde que ta o critério de equidade? Não tem. Porque diz que é direito universal então é universal e vai”. (Gestor de Saúde)

O mesmo entrevistado continua sua fala dando um exemplo ocorrido na cidade onde além de estarem envolvidos o Judiciário, o Ministério Público, a Gestão Municipal e o Conselho de Saúde, acrescentou-se outra instituição não menos conflituosa, o Sindicato Médico,

“A gente tem um problema muito grande, por exemplo, de oferecer medicamento pra população na quantidade em que a população teoricamente precisa, então como é que a gente trabalha: a gente conseguiu definir na conferência, em acordo com a população, quer dizer, com todo o respaldo da discussão com a população, nós vamos comprar remédio pra quem mora em Porto Alegre. Quem consulta em Porto Alegre mas não mora em Porto Alegre teria que buscar remédio na rede básica do seu Município, porque ele também recebe recursos, no mesmo valor inclusive – no mesmo per capita – que nós. Depois o Sindicato Médico entrou na justiça e ganhou o direito de que nós não podemos negar remédio pra ninguém. Porto Alegre tem que continuar oferecendo remédio pra todo mundo que vier com receita pegar remédio na farmácia. Então é isso, compra remédio e em 3 dias acabou o remédio. As pessoas brigam na fila, é uma coisa horrorosa, tem gente desmaiando na fila, fica 5 ou 6 horas pra pegar uma receita”. (Gestor de Saúde).

O exemplo relatado relaciona-se com a discussão feita por Ritt (2002) a respeito das dificuldades do Estado Moderno e do Direito de resolverem determinados conflitos. Tanto o Estado quanto o Direito não conseguem resolver a questão do aumento das demandas sociais e nem as conseqüências conflituosas desta sociedade. “pois, embora as relações humanas tenham se tornado mais complexas, abrangendo disputas transindividuais, ainda se utilizam as velhas noções criadas para solucionar conflitos de interesses meramente individuais” (RITT, 2002: 190). Neste sentido, nem se cultiva a democracia substancial nem se efetivam direitos sociais.

A mesma questão é pontuada por um membro do MP, defendendo sua estratégia de negociação e diálogo se queixa da atuação do Judiciário, taxando-a de engessada, e presa ao texto da lei.

“O que eu acho que deveria acontecer? É o juiz assumir esse papel que nós às vezes tentamos sem resultado desempenhar antes, ou seja, chamar as partes, negociar, ouvir, buscar uma solução, mas a solução foi: “tem ou não direito?”, e isso é impossível numa situação dessas, “há ou não há?”. Não é a lógica adequada pra solucionar esse tipo de questão”. (Representante do Ministério Público Estadual).

Diante deste quadro de relações, o MP tem adotado como estratégia a atuação para as fases pré-processuais, baseadas principalmente no inquérito civil, visando estabelecer compromissos e acordos políticos entre os diversos atores em conflito. O MP costuma recorrer, sempre que possível, a pactos informais e extrajudiciais, valendo-se, sobretudo de sua influência e autoridade simbólica. Assim, em boa parte dos casos, o dissenso é contornado

sem que haja necessidade de encaminhar processos à Justiça. “*Um simples telefonema, uma visita ou um ofício podem resolver a questão*”, conforme atesta um dos profissionais do MP. As medidas extrajudiciais tomadas pelo MP antes de levar a ação ao Judiciário, possibilitam verificar a tendência do MP quanto à relativização do Judiciário como última e não a única instância de garantia de direitos.

“Nós temos aí um conjunto de instrumentos que é dado pela lei e pela Constituição. Então um deles é o inquérito civil, muitas vezes um ofício do promotor à autoridade requerendo a providência acaba por resolver o problema. Até um ponto anterior, muitos casos, às vezes, eu resolvo levando pelo telefone “olha o cidadão está aqui, tem tal e tal problema” “ah não doutora, encaminha aqui que ele vai ser atendido, houve um equívoco”. Até porque o nível de demandas é muito grande, então se tu formalizar tudo... então tu procura resolver, e se não há resolução por contato informal, nós formalizamos através do inquérito civil, que muitas vezes resolve”. (Representante do Ministério Público Estadual)

No entanto, se falham estas iniciativas na busca pelo consenso e resolução das demandas pleiteadas pelos conselhos de saúde junto aos gestores, o MP vem constantemente lançando mão dos Termos de Ajustamento de Conduta, considerados instrumento preferencial em substituição à Ação Civil Pública.

“E, assim, por exemplo, no hospital verificava, junto com a vigilância sanitária, que era preciso arrumar 30 ou 40 itens, então tá. Qual é o prazo que vocês têm? Qual é o prazo que vocês querem pra acertar isso aqui? Aí o cara: dois anos. Aí eu: não, dois anos não te dou. Te dou um ano e meio. Aí assina o compromisso, espera o tempo, vai lá verifica... se cumprido, encerrou o assunto. O posto de saúde é a mesma coisa. A prioridade foi essa. A prioridade foi a estrutura básica de higiene, de estrutura, de espaço, ainda que não seja um espaço maravilhoso, mas um espaço digno. A questão toda é a pessoa ser atendida com o mínimo de dignidade. E assim nós fomos conseguindo grande avanços. Foi assim que a gente conseguiu, ou seja, pontuando de forma positiva”. (Representante do Ministério Público Estadual).

O Termo de Ajustamento é uma espécie de contrato de compromisso entre as partes em desacordo, que visa estabelecer a responsabilização dos gestores em corrigir problemas específicos de demanda e, além de compreender propostas claras de possíveis soluções, também estipula prazos de execução, como afirmou um Promotor: “*Não adianta eu querer ir pra um lugar e querer que fique tudo maravilhoso em um ano. Então eu vejo, o que é prioritário? o que é mais importante aqui?*”. O Termo de Ajustamento é proposto após a

abertura do Inquérito Civil Público, que tem como finalidade investigar as violações aos direitos coletivos. Embora seja um pacto mediado pela ação do MP, ele prescinde de quaisquer processos judiciais, em contraposição, a Ação Civil Pública que necessariamente tramita perante o poder judiciário até ser resolvida. No caso da Promotoria do Estado, em quatro anos de funcionamento da Promotoria dos Direitos Humanos, apenas duas Ações Cíveis Públicas foram levadas à justiça, ambas contra o Governo do Estado.

“O que a gente mais brigava era tempo. Porque eles sempre entenderam que eles também tinham que fazer, etc e tal, então nunca houve oposição em relação a isso. Até o momento sempre tivemos muita tranqüilidade para trabalhar sobre esse aspecto: você chamava o Município, ajustava, e eles sempre cumpriram, deu tudo sempre certo conforme o que a gente tava buscando. A maioria mesmo teve vários trabalhos com a SAMU, aí houve cumprimento e tal. Então, não tivemos nenhuma ação judicial nesses quatro anos em relação à saúde no Município de Porto Alegre, porque tudo foi resolvido com o Compromisso de Ajustamento”. (Representante do Ministério Público Estadual).

O uso cada vez mais freqüente, pois, dos Termos de Ajustamento como estratégia por excelência de ação do MP no campo da saúde deve ser examinado atentamente para se entender com exatidão seu êxito no processo de resolução dos litígios. Não se trata tanto de discriminar as características particulares dos Termos de Ajustamento em contraposição às da Ação Civil e, a partir daí, delas depreender o porquê do uso preferencial de um em detrimento da outra, mas sim de compreender como tal uso recorrente é significativo de uma alteração substancial na lógica da atuação do mesmo MP. Não há qualquer característica intrínseca a esses instrumentos que designe forçosamente sua escolha para a resolução dos casos relativos à saúde, visto que antes era justamente a Ação Civil Pública o instrumento corriqueiro aplicado a estes mesmos casos.

Diante deste quadro é possível afirmar que o processo comumente denominado “judicialização” dos conflitos sociais não se aplica neste caso. A melhor denominação seria “juridificação”, traz-se a discussão jurídica para dentro dos conflitos e não o inverso, levar os conflitos para dentro da justiça. Embora possa parecer um jogo de palavras essa distinção é fundamental ao se analisar o processo em desenvolvimento na relação entre o MP e os Conselhos de Saúde Municipal de Porto Alegre e Estadual do Rio Grande do Sul. Esta inversão na lógica de resolução dos conflitos, permite aos Conselhos imprimirem suas marcas

no processo de construção de direitos, evitando, assim, os efeitos da retradução, que atuariam justamente de forma oposta, estampariam a face do judiciário nas bandeiras dos usuários.

Foi a partir do momento da aproximação do MP e dos conselhos que se observou maior ênfase na prática de aplicação dos Termos de Ajustamento de Conduta. O que torna relevante, portanto, o papel desempenhado por uma determinada técnica não são necessariamente seus atributos inerentes, mas, de fato, uma certa finalidade específica da qual ela é investida em um contexto próprio de disputa de forças, sem o qual tais atributos não fariam sentido. É a lógica que rege o campo da saúde que, ao interferir na prática do MP, confere sentido de ação ao Termo de Ajustamento; de outro modo não seria ele nem preferencial, nem necessário. A parceria entre o MP e os conselhos originou um *novo regime de resolução de conflitos* que imprimiu aos Termos de Ajustamento de Conduta o caráter primordial de *estratégia de ação* em saúde.

Deve-se esclarecer, contudo, que não foi o uso mais freqüente deste instrumento que o transmutou numa estratégia privilegiada de ação, mas, pelo contrário, foi a partir de uma nova compreensão das forças em jogo no campo específico da saúde pública, propiciada pela aliança com os Conselhos, que os Termos de Ajustamento de Conduta foram reorientados conforme este *novo paradigma de ação* do MP. A lógica jurídica do “tem ou não tem direito” não se mostrara mais aplicável, logo, ineficiente para enfrentar os conflitos mais comuns na saúde. Desta maneira, não por acaso, regidos pela “lógica do possível”, isto é, pela noção da necessidade de concretizar em ações dos gestores os preceitos abstratos do direito à saúde, os Termos de Ajustamento passaram a rearranjar mais harmoniosamente os elementos discordantes no campo. Assim, este instrumento foi alçado ao papel estratégico de ação do MP e dos Conselhos, não por mera escolha aleatória, mas por se fazer necessário à rearticulação de forças antagônicas no campo da saúde através do consenso, do acordo e do diálogo.

Este novo regime de resolução de conflitos funda-se não mais na prática técnica formal jurídica, mas parte da compreensão ético-política, no campo da saúde, de que esses valores, muito próximos ao que Habermas define como “ação comunicativa”, são um dos caminhos mais viáveis para solução das demandas e necessidades em saúde, bem como na criação de novos direitos que fortaleçam a participação social e, por conseguinte, a cidadania. “E é esta a tarefa do Ministério Público, vale dizer, atuar para colocar em prática a

democracia, num país miserável e carente de justiça social, fazendo com que a democracia saia do texto constitucional para adentrar no seio social” (RITT, 2002: 161).

O maior dilema do MP tem sido ampliar sua atuação para além dos quatro anos de um governo. O primeiro e importante passo foi dado em direção ao estabelecimento de uma política de saúde mais sólida e eficaz, contudo, numa eventual mudança de partido na direção do Estado ou Município não há manutenção do acordo estabelecido anteriormente. Além disso, a gestão atual não assina compromissos que extrapolem o seu tempo de governo, o que dificulta o trabalho do MP no acompanhamento das políticas públicas de saúde. É unânime nas falas dos Procuradores e Promotores o ideal de construir em conjunto com a Sociedade Civil uma Política de Estado em longo prazo, e não apenas Políticas de Governo.

“A minha idéia agora, por exemplo, que a gente tá trabalhando com os colegas aqui é buscar construir Compromissos de Ajustamento que tenha prazos, inclusive, além dos prazos de governo. Ou seja, fazer Compromissos com o Estado do Rio Grande do Sul para além dos governos. Porque que eu não posso fazer um Compromisso de orçamento por cinco anos? Pra cinco anos? Em que no primeiro ano faz isso, no segundo faz aquilo, no terceiro aquilo, no quarto... Aí ele me diz: não, mas aí eu num sei se sou governo... Aí é que tá, eu acho que a gente tem que começar a trabalhar essa questão. Do meu ponto de vista o Compromisso de orçamento tem que virar um Plano de Política Pública. Claro que discutido de forma democrática, com várias entidades, com os atores sociais. Então chama uma audiência pública, delibera, assim: o que nós precisamos fazer pra melhorar a saúde mental no Estado? Ah! Precisamos criar tantos PAC's, precisamos criar tantos leitos psiquiátricos. Como nós vamos fazer isso? Ah! No primeiro ano é assim, no segundo é assim, no terceiro é aquilo... É construir de modo que o novo governo que entre já esteja comprometido com aquelas metas que se conseguiu com o Compromisso de ajustamento”.

O entrave criado pela impossibilidade de pactuação em longo prazo tem gerado dificuldade inclusive na criação dos PPI's, fundamental para o desenvolvimento da saúde em todo o Estado. Nesta questão específica a atuação do MP foi mais enérgica na última mudança de governo Estadual, discutindo com a nova gestão a necessidade da manutenção dos acordos e planejamentos feitos e aprovados pelo Conselho de Saúde na gestão anterior.

“ Qual o problema que eu vejo, por exemplo, no Governo do Estado dois anos que eu trabalhei era um governo, depois foi o outro governo. O que aconteceu: existia todo um projeto sobre a regionalização do SUS. Saiu livrinho, bonitinho e tal, como é que tinha que ser... Uma crítica que fiz ao governo passado é que demoraram quatro anos pra mapear onde seriam os municípios sedes, etc, quais seriam os

municípios que fariam as cooperativas, os PPI's, as pactuações. Quatro anos fazendo aquilo. Depois de quatro anos, antes de sair do governo, publicaram um trabalho (...). Bom, o que aconteceu? Feito isso, graças a Deus, demorou, mas saiu. Porque sem isso não tinha nem como cobrar nada. Bom aí vem [o outro governo]: "tá tudo errado". Negativo! Não mudem uma vírgula nesse negócio aqui pelo amor de Deus, nós vamos demorar o que? Mais quatro anos discutindo pra saber que não vai ser em Cacimbinha, vai ser não sei onde o atendimento de oftalmo? (...)"

Então, assim, vocês podem ter as críticas e podem ser todas cobertas de razão, mas nós vamos fazer diferente. Implementa o que tá aqui, e no decorrer do tempo vai acertando o que tá errado. Se daqui a um ano precisar mudar alguma coisa, tudo bem. É aquela coisa do "no decorrer da caminhada as abóboras se acertam na carroça". Vamos respeitar isso, porque se agente passar mais um ou dois anos discutindo aquilo que já tinha sido feito... não dá pra botar trabalho feito fora. Vamos respeitar os profissionais que fizeram aquele trabalho, que concluíram esse trabalho e vamos implementar aquilo. Ah, se verificou defeito no decorrer do caminho: ajusta, arruma, modifica. Agora não dá pra pegar tudo aquilo pra botar num livro pra fazer de novo, senão de quatro em quatro anos vai ficar assim, e aí tu num constrói absolutamente nada". (Representante do Ministério Público Estadual).

Até então, temos nos referido exclusivamente ao trabalho do MP de Porto Alegre, Capital do Rio Grande do Sul, embora esta pesquisa não tenha colhido dados relativos a outras regiões e Municípios do Estado, pudemos observar a partir da fala dos representantes do MP, que nas regiões localizadas no interior do Estado, a atuação na área da saúde ainda se encontra presa às mesmas questões há muito abandonadas pelo MP da Capital. Isto é perfeitamente compreensível se levarmos em consideração a menor quantidade de profissionais atuantes no interior. Assim, todo o trabalho do MP dessas regiões recai sobre um profissional apenas, impedindo que ele desenvolva um trabalho mais elaborado na área da saúde. Com intuito de suprir parte desta dificuldade o MPE desenvolveu um CDROM com exemplos de Inquéritos possíveis de serem instaurados na área da saúde, para, ao menos, minimizar esta deficiência.

"Nós aqui na Promotoria fizemos um CD-ROM para os nossos colegas: sete inquéritos civis, com início meio e fim, ou seja, modelo de ofício, número de portaria, tudo pronto, modelo de Compromisso de Ajustamento, modelo de Ação Civil Pública, se for necessário, modelo de Recomendação, tudo pra sete assuntos. (...). Porque eu sei que os meus colegas do interior tão com júri, com crime, réu preso, menor, cível, família, tão com tudo. A última coisa que eles vão ver é essa reestruturação da saúde". (Representante do Ministério Público Estadual).

CAPÍTULO 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesses espaços de diálogo e interlocução criados pelo MP, tem se observado a utilização cada vez mais freqüente do princípio da *integralidade* como recurso legal na discussão encaminhada pelos usuários junto ao Ministério Público. Integralidade constitui-se como processo de construção social, pois, “parece ter, na idéia de inovação institucional, grande potencial de realização, já que possibilitaria a invenção de uma nova institucionalidade no âmbito do SUS” (SILVA, PINHEIRO e MACHADO, 2004: 485), podendo conferir maior horizontalidade nas relações entre seus participantes – gestores, profissionais e usuários do sistema de saúde –, o que se vem denominando, ainda em estado rudimentar, de “gestão compartilhada” (idem).

Por conta da inexistência de uma definição única a respeito do princípio da integralidade, percebe-se que o Ministério Público tem dificuldades em lidar com certos requerimentos, apesar de sua corrente utilização. Por este motivo, o princípio da integralidade tem sido tratado no meio jurídico como um “conceito jurídico indeterminado”. Neste sentido, o que parece ser um entrave mostra-se cada vez mais como possibilidade efetiva de criação de novas tipificações jurídicas, até porque a busca por uma perspectiva dialógica é inerente a tal princípio. O princípio de integralidade tem sido empregado como uma proposta de transformação da prática da política de saúde, em profundo desacordo com sua lógica constitucional.

“Quer tomemos a integralidade como princípio orientador das práticas, quer como princípio orientador da organização do trabalho, quer da organização das políticas, integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos **e talvez uma afirmação ao diálogo**” (MATTOS, 2001: 61).

As implicações da integralidade nas ações do MP são visíveis ao identificarmos o rompimento deste ator com uma visão meramente legalista dos direitos de cidadania, neste caso o direito à saúde. A interpretação sobre o direito à saúde não se reduz apenas aos conteúdos do campo do direito, mas inclui conteúdos da gestão em saúde e da participação da sociedade civil. De acordo com o Manual de Atuação em Saúde do MP, a integralidade abrange necessariamente o tratamento completo e eficaz para todos os agravos em saúde,

constituindo-se no próprio objeto do direito à saúde, sendo a universalidade a nomeadora da titularidade desse direito.

A atuação conjunta do MP com os Conselhos de Saúde, como já demonstrado, tem levado a instituir novas formas e mecanismos de negociação e pactuação entre as diferentes esferas dos poderes públicos e sua relação com a sociedade no que diz respeito à institucionalização de uma *gramática civil de direito à saúde*. A “indeterminação” do conceito de integralidade, ao invés de impedir, auxilia a construção dessas novas demandas, questionando até mesmo os limites atuais das ações públicas. Assim, retomando a perspectiva de Telles (1999) já tratada neste trabalho, podemos compreender **integralidade como “transgressão”**.

A interlocução cada vez maior entre a sociedade civil e a gestão nesse *espaço de diálogo e encontro* propiciado pelo MP constitui um avanço substancial na compreensão das formas de solução de conflitos, fundando um novo campo de práticas de aprimoramento do Estado democrático. A gestão construída nesses novos espaços busca uma visão construtivista de conceber novos saberes e práticas em saúde. “Uma visão compartilhada entre sujeitos, seja na adoção seja na criação de novas tecnologias de gestão do cuidado integral em saúde” (SILVA, PINHEIRO e MACHADO, 2004: 486).

Embora uma discussão mais profunda a respeito da Gestão Compartilhada extrapole os limites e objetivos desta dissertação – constituindo assunto para uma próxima etapa da presente pesquisa – vale ressaltar que a idéia de “Gestão Compartilhada” em saúde é uma ferramenta útil para auxiliar na compreensão desse novo *regime de resolução de conflitos*, que é o espaço de gestão criado nas instâncias do MP. A proposta de gestão compartilhada diz respeito muito mais a uma finalidade ético-política do sistema de saúde do que propriamente a suas ações específicas; ao invés de se limitar a prestação de assistência médica, deve contribuir para o desenvolvimento de sujeitos autônomos e livres, cidadãos plenos, condizentes com o texto constitucional. A possibilidade de utilização do termo “Gestão Compartilhada” reside tão somente na incorporação no processo de gestão dos diversos atores envolvidos com a política de saúde, estabelecendo mecanismos permanentes e transparentes de participação.

Esta forma de gestão superaria a tradição brasileira de normatização e implementação de forma vertical das políticas de saúde, produzindo propostas pautadas num processo dialógico entre sociedade e gestores. Auxiliaria ainda na criação de “sinergias e ambientes

propícios no sentido da definição de prioridades mais adequadas e criativas para as soluções dos principais problemas de saúde da população, de modo a permitir a garantia da integralidade (...)” (SILVA, PINHEIRO e MACHADO, 2004: 496) e dar respostas concretas às necessidades da população. Não da forma como anteriormente salientado, “repostas de martelo”, mas respostas baseadas em questões discutidas e pactuadas coletivamente que venham a combater o processo acentuado de esvaziamento das instâncias de participação, concomitante à minimização do Estado.

A gestão compartilhada, nesse sentido, contribuiria para a luta pela construção de uma nova hegemonia. O desenvolvimento dos Conselhos e a conseqüente ampliação de sua atuação na esfera jurídica nos dão indícios da existência de uma verdadeira “guerra de posições”, conforme a denominação de Gramsci. Além dos limites de um pensamento estr(e)itamente pragmático, partindo-se para o campo dos ideais políticos – princípio de toda luta política real – alguém poderia questionar se não seria essa nova forma de atuação dos cidadãos capaz de combater algumas práticas impostas pelo capitalismo recente? A essa pergunta, cremos que a resposta é sim. Entretanto, se fossemos novamente indagados, se essas novas estratégias de ação seriam capazes de debelar – por mais que se propaguem e ainda que num futuro longínquo –, em uma só e contundente palavra, o capitalismo, a resposta é peremptoriamente não. Além dessas lutas não se travarem, de forma alguma, contra o capitalismo, e sim contra alguns de seus reflexos mais sensíveis e indiretos na saúde, o momento histórico atual não permite sequer o léxico de uma tal proposta. Pronunciar “revolução”, assim como pensar em uma, é tão improvável quanto a própria revolução.

Presenciamos um período de extremas limitações da luta política, um período que o historiador Eric Hobsbawm (2003) muito apropriadamente nomeou de “a vingança do capital contra o trabalho”. Essa vingança consiste no esfacelamento do trabalho como campo de luta política a partir das políticas neoliberais de exclusão. O trabalho, historicamente a única força que fora capaz de lutar à altura contra o capital, tendo seu projeto político de emancipação sido vencido, deixou-nos apenas seus despojos para persistir na resistência. As lutas políticas passaram por um processo de intensa pulverização e fragmentação.

Os antigos redutos de resistência política, como os partidos de esquerda e os sindicatos, estão muito aquém da sombra de seu passado. Suas propostas de mudança seriam, décadas atrás, fatalmente rejeitadas como revisionistas, pois apontariam unicamente para soluções pontuais e efêmeras. A outra face da globalização do capital, pois, é o confinamento

dos conflitos a esferas cada vez mais microscópicas. Estamos na época em que, como perspicazmente ressaltou o sociólogo Néstor García Canclini, “David não sabe onde está Golias”.

É preciso ter em mente, portanto, que essas lutas “locais”, para lançarmos o jargão corrente dos Fóruns Mundiais, são reflexo de uma esmagadora restrição histórica e não expressão de uma comemorada virtude política. Se, num primeiro momento, a derrota do projeto político socialista e o triunfo do capitalismo provocou em muitos uma deprimente frustração, num segundo momento, essa mesma frustração foi metamorfoseada em uma revigorada desilusão. Os vencidos convenceram-se de que, na verdade, estavam enganados, de que, por mais que seu projeto político fosse desejável, este parecia nunca ter passado de uma formidável quimera. (Ora, convenhamos, como bem lembrou Bourdieu, que o neoliberalismo, a maior de todas as utopias, está em plena via de realização). A culpa, por fim, de sua derrota repousaria na cegueira utópica de seus ideais, e não nas condições concretas da batalha. Conformaram-se. Boa parte dos intelectuais de esquerda, por exemplo, trataram de revisar suas obras, ou mesmo de abandoná-las, agora que acreditavam viver num mundo sem cortinas ideológicas, num mundo livre de mitos entronados. Como apontou Terry Eagleton (um dos principais críticos aos teóricos pós-modernos), vigora hoje em muitos corredores da academia a fria crença no “fim da História”, pois muitos intelectuais, com o aniquilamento do projeto político de uma das classes em confronto, resignaram-se também com o que seria seu desaparecimento. Se isto nem sempre justificou o avanço capitalista contra um século de conquistas do proletariado – classe agora considerada em extinção –, muito menos lhe impôs uma barreira, pois, temos que, das cinzas daquela desilusão, floresceu um empenhado pragmatismo político, incontornavelmente compromissado com a “lógica do possível”. Esta lógica, que rege o imperativo da miniaturização das lutas políticas, “tem estado – em paráfrase ao pensamento de Eagleton – estreitamente ligada ao abandono da própria idéia de uma política de resistência global – e isso em uma época em que política de dominação global está mais importuna do que nunca” (EAGLETON, 2005: 158). “Enquanto isso, o sistema político dominante pode criar coragem com o fato de que não tem apenas um oponente, mas uma coleção heterogênea de adversários desunidos” (EAGLETON, 2005: 66).

A experiência de diálogo entre os Conselhos de Saúde e o Ministério Público, em Porto Alegre, embora ainda seja precipitado estendê-la para o conjunto da sociedade, possui um enriquecedor *potencial* de transformação para o campo das políticas públicas no Brasil.

Pois, apesar de seu raio de ação ser reduzido, tais experiências têm se alinhado a uma perspectiva mais ampla de construção de um país democrático. Neste sentido, a emergência da integralidade como uma bandeira de luta ainda não fornece uma caracterização precisa do futuro dessas lutas, mas traz à tona algumas de suas principais tendências aqui discutidas. A partir destas tendências julgamos ser este um caminho promissor na reorganização das estratégias de luta na Sociedade Civil, capaz de superar os atuais limites da fragmentação do embate político e indicar os rumos de um projeto societário de emancipação, a exemplo do concebido pela VIII Conferência Nacional de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARANTES, R. B. Direito e Política: o Ministério Público e a Defesa dos Direitos Coletivos. IN: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. V.14, n.39 p.83 –102. Fevereiro, 1999.

ARENDT, H. *A Condição Humana*. São Paulo:EdUSP, 1981.

BASTOS, C. R. *Curso de direito constitucional*. São Paulo: Saraiva, 1998.

BOBBIO, N. *A Teoria do Ordenamento Jurídico*. São Paulo: UNB, 1989.

BOURDIEU, P. *O poder Simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

BODSTEIN, R. C. A cidadania e modernidade: emergência da questão social na agenda pública. *Cad. Saúde Pública*, v. 13, n. 2, p. 185-204, abr-jun 1997.

BOSI, M. L. M.; AFFONSO, K. C. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da rede pública de serviços. *Cadernos de Saúde Pública*; 14(2):355-65, 1998.

BRAGA, J. C. de S.; PAULA, S. de G.; *Saúde e Previdência – Estudos de Política Social*. São Paulo, HUCITEC, 1986.

BRASIL. *Experiências Inovadoras no SUS: Relatos de Experiências – Desenvolvimento de Novas Tecnologias Assistenciais de Atenção aos Usuários, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. *Experiências Inovadoras no SUS: Relatos de Experiências – Gestão dos Serviços de Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CAMPILONGO, C. F. O Trabalhador e o Direito à Saúde: A Eficácia das Normas Jurídicas de Proteção à Saúde do Trabalhador. *Serie Informes Técnicos* n.19, p. 15. OPAS, 1992.

CITTADINO, G. Judicialização da política, constitucionalismo democrático e separação dos poderes. In: VIANNA, L. W. (Org.). *A democracia e os três poderes no Brasil*. Belo Horizonte: UFMG, 2002.

COHN, A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v.8, n. 1, p. 09-18, 2003.

COHN, A. *et al. A Saúde Como Direito e Como Serviço*. São Paulo: Cortez, 1999.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (11.:2000: Brasília). *11a Conferência Nacional de Saúde: O Brasil falando como quer ser tratado*. Brasília: Ministério da Saúde (Série Histórica do CNS, n.1), 2001.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL, Brasil, 1988.

COSTA, A. A. R.; DODGE, R. E. F. O Ministério Público e o Direito à Saúde. *Conjunt. Saúde*; v.20, mai-jun. 1995.

DAGNINO, E. Cultura e democracia: a transformação dos discursos e práticas na esquerda latino-americana. In: ALVAREZ, S. E.; DAGNINO, E.; ESCOBAR, A. (Org.). *Cultura e política nos movimentos sociais latino-americanos: novas leituras*. Belo Horizonte: UFMG, 2000.

DALLARI, S. G. *Os Estados brasileiros e o direito à saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995.

DALLARI, S. G. Uma nova disciplina: o direito sanitário. *Rev. Saúde Pública*, vol.22, no.4, p.327-334, 1988.

DALLARI, S. G., ADORNO, R. C. F., Faria, M. M. et al. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. *Cad. Saúde Pública*, v.12 n.4. 1996.

DUTRA, D. J. V. *Razão e consenso em Habermas: a teoria discursiva da verdade, da moral, do direito e da biotecnologia*. Florianópolis: UFSC, 2005.

EAGLETON, T. *A Idéia de Cultura*. São Paulo: Editora Unesp, 2005.

EISENBERG, J. Pragmatismo, direito reflexivo e judicialização da política. In: VIANNA, L. W. (Org.). *A democracia e os três poderes no Brasil*. Belo Horizonte: UFMG, 2002

FERLA, A. A.; SANDRA, M. S. F. *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Dacasa, 2002.

FLEURY, S. M. – Políticas sociais e cidadania na América Latina. IN: CANESQUI, A. M., *Ciências Sociais e Saúde*. Editora HUCITEC/ABRASCO, São Paulo – 1997.

GRAMSCI, A. *Cadernos do Cárcere*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

GUIZARDI, F. L. *Participação Política e os Caminhos da Construção do Direito à Saúde: o estudo de caso da Pastoral da Saúde nos municípios de Vitória e Vila Velha*. Dissertação de Mestrado, UERJ, Rio de Janeiro, 2003.

HOBBSBAWM, E. *A Era dos Extremos – O Breve Século XX 1914-1991*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

HUMENHUK, H. *O direito à saúde no Brasil e a teoria dos direitos fundamentais*. <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=4839> , Acessado Agosto de 2005.

- LEITE, M.; Políticas sociais e cidadania. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, V.1, n.1.1991.
- LEIVAS, P. G. C. *A Estrutura Normativa dos Direitos Fundamentais Sociais*. Dissertação de Mestrado, UFRGS, Porto Alegre, 2002.
- LEVCOVITZ, E; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. A. As políticas de saúde nos anos 90: relações intergovenamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Ciência e Saúde Coletiva* 6(2):269-291, 2001.
- LUCHESE, P. T. R. Descentralização do financiamento e Gestão da Assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde – Retrospectiva 1990/1995, em Planejamento e Políticas Públicas 14, Brasília : IPEA, 1996.
- LUZ, M. T. Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de “Transição Democrática” – Anos 80. *Physis – Revista de Saúde coletiva*. V.1, n.1, p.77-95, Rio de Janeiro, 1991.
- LUZ, M. T. As Conferências Nacionais de Saúde e as Políticas de Saúde de Saúde da Década de 80. IN: GUIMARÃES, R., TAVARES, R. A. W. (Org). *Saúde e Sociedade no Brasil: Anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.
- LUZ, M. T. Duas Questões Permanentes em um Século de Políticas de Saúde no Brasil Republicano. *Cadernos de Saúde Pública* v.5 (2), p.293-312, 2000.
- LUZ, M. T. *Natural, Racional, Social: razão médica e racionalidade científica moderna*. 2ª edição revista. HUCITEC, São Paulo, 2004.
- MAZZILLI, H. N. *O Acesso à Justiça e o Ministério Público*. 4. ed. rev. ampl. e atual. – São Paulo: Saraiva, 2001.
- MELAMED, C., RIBEIRO, M. R. O Inquérito Civil Público da Saúde. *Conjunt. Saúde*; vol.20, mai-jun. 1995.
- MESSEDER, A. M.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; LUIZA, V. L. Mandados Judiciais como Ferramenta para Garantia do Acesso a Medicamentos no Setor Público: a Experiência do Estado do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*. V., p.525-534, 2005.
- MOURA, E. C. Direito à Saúde: O Papel de Diferentes Sujeitos Sociais no Exercício da Cidadania. *Saúde e Sociedade*, V.5, v.1. 1996.
- MACHADO, F. R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. As novas formas de cuidado integral à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

MATTOS, R. A. Direito, Necessidades de Saúde e Integralidade. IN: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Construção Social da Demanda – Direito à Saúde, Trabalho em Equipe, Participação e Espaços Públicos*. Rio de Janeiro, CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

MARX, K. *Obras Escogidas – Tomo I*. Ediciones em Lenguas Extranjeras, Moscú, 1951.

NOGUEIRA, V. M. R., PIRES, D. E.P. Direito à Saúde: Um Convite à Reflexão. *Cad. Saúde Pública*, v. 13, n.2. 1997.

NYGREN-KRUG, H. Saúde e Direitos Humanos na Organização Mundial de Saúde. In: *Saúde e Direitos Humanos*. Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz. Ano 1, n.1. 2004.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2003.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Construção Social da Demanda – Direito à Saúde, Trabalho em Equipe, Participação e Espaços Públicos*. Rio de Janeiro, CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L.; MACHADO, F. R. S.; GOMES, R. S. Demanda em Saúde e Direito à Saúde: Liberdade ou Necessidade? Algumas Considerações sobre os Nexos Constituintes das Práticas de Integralidade. IN: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Construção Social da Demanda – Direito à Saúde, Trabalho em Equipe, Participação e Espaços Públicos*. Rio de Janeiro, CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, L. C. O. A Humanização dos Serviços e o Direito à Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. p.1342-1353, 2004.

RITT, E. *O Ministério Público como Instrumento de Democracia e Garantia Constitucional*. Livraria do Advogado, Porto Alegre, 2002.

SCHUMACHER, A. A. Sobre moral, direito e democracia. *Lua Nova*, n.61, p.75-96, 2004.

SARLET, I. W. *A eficácia dos direitos fundamentais*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002.

SILVA, C. A. Promotores de Justiça e Novas Formas de Atuação em Defesa de Interesses Sociais e Coletivos. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. V.16, n.45, p. 127-144, 2001.

SILVA, J. A. *Curso de Direito Constitucional*. São Paulo: Malheiros, 1993.

SILVA, J. P. V. *Gestão Compartilhada e Construção da Integralidade da Atenção no SUS: a Experiência da 4ª Região Sanitária do Estado do Rio Grande do Sul – Período 1999-2002*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, 2003.

SILVA, J. P. V.; PINHEIRO, R; MACHADO, F. R. S. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do Setor Saúde. In: *Saúde em Debate*, n.65, v. 27 set/dez, p. 234-242. 2003.

SILVA, J. P. V; PINHEIRO, R; MACHADO, F. R. S. Integralidade como inovação institucional – a experiência da Secretaria de Saúde/RS, 1999-2002: considerações sobre a gestão no SUS. IN *Revista de Administração Pública*, n. 3 mai/jun, v.38, p.481-500. 2004.

SILVA, P. F.; WAISSMANN, W. Normatização, o Estado e a Saúde: Questões sobre a Formalização do Direito Sanitário. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10(1), p. 237-244, 2005.

STOTZ, E. N. *Trabalhadores, direito à saúde e ordem social no Brasil*. São Paulo: Perspec. v.17 v.1. 2003.

TELLES, V. S. *Direitos sociais: afinal do que se trata?* Belo Horizonte: UFMG, 1999.

TORRES-FERNANDES, M. C. *Ministério Público em São Paulo: Eficácia da Função Institucional de Zelar pelo Direito à Saúde*. Dissertação de Mestrado, USP – São Paulo, 1999.

VIANNA, A. R. B. *Limites da Menoridade: Tutela, Família e Autoridade em Julgamento*. Tese (Doutorado Saúde Coletiva) – Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

WENDHAUSEN, A.; CAPONI, S. O Diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p.1.621-1.628, nov./dez. 2002.

WERNECK-VIANNA, L.; BURGOS, M. Revolução processual do Direito e democracia progressiva. In: VIANNA, L. W. (Org.). *A democracia e os três poderes no Brasil*. Belo Horizonte: UFMG, 2002.

WERNECK-VIANNA, L. Americanismo e Direito. <http://www.acessa.com/gramsci/?page=visualizar&id=429>, Acessado Novembro de 2005.

ANEXOS

Roteiro de Entrevista – MP

Nome:
Idade:
Formação:
Tempo de formado:
Cargo:
Tempo no cargo:

1. Qual sua relação com os serviços de saúde?
 - 1.1 Conhece alguém em sua relação pessoal que já utilizou?
2. Fez alguma capacitação na área do direito à saúde? (Pelo Conselho de Saúde, por exemplo?)
3. Como se dá a escolha da área de saúde dentro do MP? Por que você escolheu esta área?
4. Quais os maiores obstáculos no seu cargo?
5. Quais os parceiros (institucionais)?
6. Quais são os critérios para definir prioridades no seu trabalho?
7. Quais os mecanismos e instâncias de negociação/pactuação na garantia do direito a saúde?
8. Você acha que o MP acolhe demandas da população? Como?
9. Como sai iniciados os processos?
10. Quais os grupos da sociedade civil relacionados à saúde que você acha que mais se relacionam com o MP?
11. Quais as demandas de saúde defendidas pelo MP hoje? Quais você considera que são os principais?
12. Qual o papel do MP na saúde?
 - 12.1 Ele cumpre esse papel?
13. Qual você acha que é o papel do Conselho de saúde?
 - 13.1 Ele cumpre esse papel?
14. Qual a importância da participação popular para a constituição do direito á saúde?
 - 14.1 Como você vê a participação da população?
15. Como você acha que os usuários e os movimentos sociais compreendem sua atuação (do MP)?
16. O que você entende por direito a saúde e cidadania?
17. Qual o papel do profissional de saúde na garantia do direito a saúde?
18. Qual a relação do município/Estado com o MP?
19. Como é a relação do MP estadual e o federal?
20. Quando há demanda de um grupo da sociedade civil, no final do processo, há uma resposta institucional do MP?
21. Pondere sobre a eficácia dos instrumentos legais.

Roteiro de Entrevista – conselheiro

Nome: _____ Idade: _____ Escolaridade: _____
 Profissão: _____

1. Trajetória

- 1.1 Conte-me um pouco de sua trajetória na saúde como conselheiro?
- 1.2 O que vc acha que foi fundamental na sua decisão de entrar para o conselho?
- 1.3 Quais são/foram suas expectativas e se foram alcançadas?
- 1.4 Quais são as maiores dificuldades?

2. Sobre o Conselho (direito e cidadania)

- 2.1 O que vc entende sobre o papel do Conselho de saúde?
- 2.2 Ele cumpre esse papel?
- 2.3 Existe capacitação para o conselho? Como se deu?
- 2.4 Como são construídas as prioridades de saúde no seu Município?
- 2.5 O que se tem feito em relação a estas prioridades? Tanto o CES quanto o Estado?
- 2.6 Como vocês negociam as decisões? Como entram em acordo?

3. MP

- 3.1 Existe alguma relação do conselho com o MP? As demandas dos CS chegam ao MP?
- 3.2 Como é essa relação?
- 3.3 Defina o papel do MP nesse processo...
- 3.4 Ele cumpre esse papel?
- 3.5 Existem respostas nas demandas levadas ao MP?

4. Participação e espaços públicos

- 4.1 Como você entende a participação da população nos serviços de saúde?
- 4.2 Você conhece algum movimento social na saúde?
 - 4.2.1 Sabe a forma como eles atuam?
- 4.3 Você acompanha o cotidiano dos serviços?
- 4.4 Você traz demandas da comunidade que te elegeu?
- 4.5 Você consegue retornar o que acontece no Conselho para sua comunidade?
- 4.6 Você acha que essa forma de participação no SUS poderia ser organizada de outra forma?

3. Direito à saúde

- 4.1 O que você entende por direito à saúde? (Acesso)
- 4.2 Qual o papel dos profissionais na garantia do direito à saúde?
- 4.3 Qual o seu papel na garantia do direito à saúde?
- 4.4 Você já utilizou, ou conhece alguém que tenha utilizado a justiça para ter acesso à saúde?

Roteiro Gestor

Nome: _____ **Idade:** _____ **Profissão:** _____
Tempo de formação: _____ **Nome do serviço:** _____ **Cargo** _____
atual: _____
Tempo no cargo atual _____

1. Conte um pouco sobre sua trajetória como gestor, e de que forma ela influencia seu trabalho hoje.

Trabalho em Equipe

1. Como é a gestão desse serviço no dia a dia?
2. Quais as maiores dificuldades desse cargo?
3. Qual o papel dessa unidade no sistema de saúde?
4. Explique sua relação com as equipes.
5. Como são as relações de trabalho dentro das equipes?
6. Como é sua relação com os usuários?
7. E como são as relações dos profissionais com os usuários?
8. Qual o papel da instituição na relação dos profissionais com os usuários?

Participação e espaços públicos

1. Você acha que a população participa nas decisões da saúde? Por que?
2. Como essa participação deveria ser?
3. Você conhece algum espaço de participação? Você participa? Como funcionam? O que você acha deles?
4. Sua instituição considera as decisões dos conselhos de saúde?
5. Você viveu alguma experiência de participação em sua unidade?
6. Os usuários/pacientes participam das decisões de sua unidade?
7. Vocês têm contato com algum movimento social?

Direito à saúde

1. O que você entende por direito à saúde? Que relação você vê entre direito e acesso á serviço?
2. Qual o papel do gestor na garantia desse direito? Relate uma situação vivida por você que exemplifique isso?
3. Como sua instituição se coloca em relação ao acesso?
4. Qual você acha que é o papel da Secretaria de Saúde em relação ao direito à saúde?
5. Existe relação entre esse serviço e alguma instância judicial?