

A PRÁTICA DO DIREITO E O DIREITO NA PRÁTICA: REFLEXÕES SOBRE A SAÚDE

Felipe Dutra Asensi*

Roseni Pinheiro**

RESUMO

O processo de consolidação do direito à saúde no Brasil remonta à própria origem de nossa formação social. Com o advento da Constituição de 1988 e das intensas reivindicações do movimento sanitário, a saúde toma seu lugar como um direito fundamental, cujo imperativo é a prestação positiva do Estado no sentido de concretizá-la e ampliá-la a todos os cidadãos. Porém, tornar a saúde um direito universal traz avanços e, paralelamente, novos desafios para a sua implementação e efetivação. Como desdobramento, já que se admite uma “prática do direito” e um “direito na prática”, os titulares deste direito (em especial, do direito à saúde) freqüentemente realizam leituras diversas e concepções distintas sobre as instituições jurídicas e sobre o próprio conteúdo de seu direito. O direito visto na prática enseja o debate sobre concepções, valores, leituras e interpretações diversas sobre um mesmo fenômeno, o que implica debruçar-se sobre a realidade social e estudar empiricamente este *mundo vivido do direito*. Para refletir mais intimamente sobre esses arranjos, será realizada uma discussão sobre as principais questões empíricas de uma pesquisa desenvolvida no LAPPIS, de modo a contextualizá-las e, simultaneamente, promover uma reflexão sócio-política de seus aspectos subjacentes, partindo do princípio de que os diversos atores que compõem o processo de formulação, fiscalização e execução das políticas em saúde apresentam concepções e fundamentos distintos para o direito.

* Advogado formado pela Universidade Federal Fluminense. Cientista social formado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Pesquisador do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis/UERJ). Tutor da Escola de Direito da Fundação Getúlio Vargas (FGV). Mestrando em Sociologia pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro. Bolsista NOTA 10 da FAPERJ. E-mail: felipedml@yahoo.com.br.

** Professora Adjunta do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Coordenadora do Lappis/UERJ

PALAVRAS-CHAVE: POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE, DEMOCRACIA PARTICIPATIVA, INSTITUIÇÕES JURÍDICAS, DIREITO À SAÚDE

ABSTRACT

The process of consolidation of the right to health in Brazil retraces to the proper origin of our social formation. With the advent of the Constitution of 1988 and the intense claims of the sanitary movement, the health took its place as a basic right, whose imperative is the positive State's attitude to materialize it and to extend it to all citizens. However, as health became an universal right, it brought advances and, in parallel, new challenges for its implementation and concretization. As unfolding, once is admitted a "law in practice" and a "practice of law", the bearers of this right (in special, of the right to health) frequently carry through diverse readings and distinct conceptions on the legal institutions and the proper content of their rights. The right seen in the practical view tries the debate on conceptions, values, diverse readings and interpretations on the same phenomenon, which implies to lean over the social reality and empirically study this lived world of law. To reflect more profoundly on these arrangements, a quarrel on the main empirical questions of a research developed in the LAPPIS will be carried through, in order to context them and, simultaneously, to promote a social-political reflection of its underlying aspects, assuming the principle that the diverse actors who compose the formularization, supervising and execution of the public politics in health present distinct conceptions and beddings for the right.

KEYWORDS: PUBLIC HEALTH POLITICS, PARTICIPATIVE DEMOCRACY, LEGAL INSTITUTIONS, RIGHT TO HEALTH

I) INTRODUÇÃO

O processo de consolidação do direito à saúde no Brasil remonta à própria origem de nossa formação social. Com o advento da Constituição de 1988 e das intensas reivindicações do movimento sanitário, a saúde toma seu lugar como um direito fundamental, cujo

imperativo é a prestação positiva do Estado no sentido de concretizá-la e ampliá-la a todos os cidadãos. Neste contexto, atribuiu-se às ações e serviços de saúde o caráter de *relevância pública*, o que implica dizer que a alteração de tal preceito depende de amplo e rígido processo legislativo. Porém, ainda hoje, muitos usuários do SUS não têm noção da dimensão deste direito, pois o associam a um direito baseado no imposto que pagam, chegando ao extremo de associá-lo à contribuição com INSS, o que enseja desafios no âmbito do próprio exercício do direito. Portanto, tornar a saúde um direito universal traz avanços e, paralelamente, novos desafios para a sua implementação e efetivação. Mais precisamente, “*na medida em que a saúde é um direito de todos, ou seja, de mais de 170.000.000 de brasileiros, surgem questões sobre como tornar este direito alcançável a todos de forma capilar*”; ou, mais propriamente, sobre “*como formar um arranjo de recursos e investimentos que torne as ações em saúde uma prerrogativa efetiva de todos*” (Asensi, 2007).

Para pensar a idéia de “prática do direito” e de “direito na prática”, deve-se ter em mente a distinção entre *práticas eficazes* e *modelos ideais* proposta por Pinheiro e Luz (2003). Para as autoras, a utilização de modelos ideais como explicação da realidade enseja uma simplificação da mesma, na medida em que se desconsidera as especificidades das relações sociais e das dinâmicas societárias que se estabelecem em seu interior. Por isso, é proposta a noção de *práticas eficazes*, por meio da qual se visa pensar as questões em saúde sob a perspectiva da *práxis*, concreta, colada na realidade social e, por isso, empírica. Recorrendo a Jullien (1996), as autoras reforçam esta idéia ao ressaltar que “*a prática em si mesma é uma fonte inesgotável de transformações de ações, pensamentos e sentidos*” (Pinheiro e Luz, 2003:16), o que implica romper com a moldura imposta por um modelo ideal pré-estabelecido¹ (Bourdieu, 2000) e encontrar na realidade social diversos arranjos e formas societárias específicas. Como desdobramento, já que se admite uma “prática do direito” e um “direito na prática”, os titulares deste direito (em especial, do direito à saúde) freqüentemente realizam leituras diversas e concepções distintas sobre as instituições jurídicas e sobre o próprio conteúdo de seu direito. O direito visto na prática enseja o debate sobre concepções, valores, leituras e interpretações diversas sobre um mesmo fenômeno, o que implica debruçar-se sobre a realidade social e estudar empiricamente este *mundo vivido do direito*.

¹ Para compreender a crítica de Bourdieu ao campo jurídico-liberal, ver Machado (2006) e Asensi (2007)

Para refletir mais intimamente sobre esses arranjos, será realizada uma discussão sobre as principais questões empíricas de uma pesquisa desenvolvida no LAPPIS², de modo a contextualizá-las e, simultaneamente, promover uma reflexão sócio-política de seus aspectos subjacentes³, partindo do princípio de que os diversos atores que compõem o processo de formulação, fiscalização e execução das políticas em saúde apresentam concepções e fundamentos distintos para o direito. Por fim, são realizadas ponderações a respeito dos avanços e obstáculos ainda presentes no campo do direito à saúde, de modo a propor caminhos possíveis de sua superação.

II) QUAL O FUNDAMENTO DO DIREITO?

a) Direito como titularidade de todos

O direito como titularidade de todos esteve presente, em maior ou menor grau, nos dados de todas as localidades. O sentido da titularidade diz respeito ao fato do direito à saúde ser, antes de tudo, um direito universal, indistinto, diferentemente do que se observava nos períodos anteriores à redemocratização da década de 80. No âmbito dos membros do Ministério Público⁴, observa-se, inicialmente, uma ênfase na idéia de que o direito à saúde é um elemento intangível pelo Estado e, neste sentido, é seu dever garanti-lo mediante políticas públicas na medida em que se trata de um direito “*inerente ao ser humano, no sentido de o Estado – devedor realizar a efetivação do direito à saúde para com o cidadão – credor, ao qual, este direito lhe é pertinente*” (Humenhuk, 2004:30). Nesta perspectiva, o Estado deve atuar positivamente na consecução deste direito, na medida em que seu dever de ação

² Pesquisa desenvolvida no Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS/UERJ), certificado pelo CNPQ, denominada “Estudo multicêntrico sobre o direito à saúde: as relações entre espaços públicos, sociedade e Ministério Público”, cuja coordenação é de Roseni Pinheiro. Tal pesquisa foi realizada em cinco localidades do Brasil (Belo Horizonte, Aracaju, Rio de Janeiro, Pirai e Porto Alegre) nos anos de 2005 e 2006. Maiores informações: www.lappis.org.br

³ A metodologia da pesquisa consistiu em uma pesquisa qualitativa que utiliza conteúdos da filosofia e sociologia política e se operacionaliza mediante um estudo multicêntrico nas localidades de Porto Alegre (RS), Aracaju (SE), Belo Horizonte (MG) e Pirai (RJ) no período de 2005 e 2006. Para tanto, foram utilizadas as seguintes técnicas qualitativas de pesquisa social: entrevistas com roteiros semi-estruturados, observação do cotidiano e análise de documentos institucionais.

⁴ O Ministério Público apresenta uma roupagem diferenciada em Pirai. O MP se divide em MP Estadual e MP Federal. Conforme o tamanho e a população do município, é designado um ou alguns promotores para trabalharem somente nele, o que não ocorre na área da saúde em Pirai. De fato, a competência para atuar na área da saúde no município de Pirai ainda é dos promotores que atuam no município do Rio de Janeiro, o que implica dizer que toda e qualquer demanda em saúde é remetida para o MP do Rio. Foram, assim, realizadas entrevistas com membros do MPE e MPF que atuam no município do Rio de Janeiro, porém, deve-se frisar, sua competência extrapola para outros municípios, incluindo Pirai.

“associa-se, nesse momento, à necessidade de pôr fim à omissão. Ou, de outra forma, controlar as omissões do poder público [...] é a maneira pela qual se garante o dever de prestação”. (Cittadino, 2003:34). Titularidade de todos, antes de tudo, significa dever do Estado para com a consecução, satisfação e garantia do direito à saúde, e não previsão constitucional pura e simples do direito.

Neste sentido, por ser de titularidade de todos, o direito à saúde tem relevância social. Analisando os dados, foi possível observar que o MP produz um movimento inverso de recusa ao formalismo como fonte absoluta de direito e, simultaneamente, confere valia a uma atuação em prol da sociedade, e não de um grupo dominante, ao valorizar a idéia de titularidade. Assim, a idéia de “*direito de todos e dever do Estado*” traz um potencial semântico que não se reduz ao seu texto, de forma que o direito à saúde potencializa uma gama de sentidos e impulsiona discussões sobre sua implementação. Nesta linha, são elucidativas as seguintes peças:

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Recomendação – Porto Alegre)

Indiscutível tratar-se o direito fundamental à saúde, e o dever do Estado ao seu atendimento, um ato vinculado (Ação Civil Pública – Belo Horizonte)

O direito à saúde, tal como assegurado na Constituição de 1988, configura direito fundamental de segunda geração. Nesta geração, estão os direitos sociais, culturais e econômicos, que se caracterizam por exigirem prestações positivas do Estado. Não se trata mais, como os de primeira geração, de apenas impedirem a intervenção do Estado em desfavor das liberdades individuais (Ação Civil Pública – Belo Horizonte)

O debate sobre a questão do direito/dever fica muito presente quando se trata da problemática dos recursos escassos. De fato, a lógica jurídica, marcadamente travada por relações de poder, está aquém das possibilidades que o Estado dispõe de satisfazer direitos prestacionais, tais como o direito à saúde. Mais precisamente, diante da incapacidade jurídica do Estado de satisfazer direitos de forma plena, o argumento do “*espaço dos possíveis*” ganha relevo juridicamente, na medida em que não mais se debate a garantia integral do direito, mas sim a possibilidade jurídico-financeira de realizá-lo, ao menos parcialmente (Asensi, 2007). Vejamos as seguintes passagens:

Bom, eu tenho verificado assim né que esses direitos, vamos dizer, prestacionais eles tem no Brasil uma dificuldade de consecução bastante séria, porque eles exigem mais que os outros direitos, recursos públicos bastante significativos né (Membro do MP - Porto Alegre)

aquilo que é dinheiro para condicionar a saúde, não é dinheiro de saúde. Aquilo entra noutro ponto do orçamento. Não dá pra deslocar o rico dinheiro da saúde para atender alimentação, transporte, lazer, que afinal de contas, isso é tudo que se espera da ação de um governo na área social (Membro do MP - Aracaju)

não se admite limitação nessa questão do direito à saúde, enquanto os gestores públicos não aplicarem o mínimo em saúde. Ou seja, não venham me dizer que está faltando recurso, enquanto vocês não aplicam nem o mínimo! (Membro do MP - Aracaju)

Deste modo, ficou presente nos dados analisados o impasse sobre como formular um arranjo institucional que permita a plena garantia do direito à saúde. O argumento do recurso escasso só é admitido na perspectiva do MP se for aplicado, pelo menos, o mínimo exigido constitucionalmente, ou seja, só existe possibilidade do Estado não satisfazer o direito caso ele aplique, pelo menos, o mínimo exigido. Somente com a aplicação desse mínimo é que o Estado pode utilizar o argumento do recurso escasso para não aplicar o restante. Porém, não se perde de vista a concepção ampliada de direito, acima explicada, desempenhando o MP um papel decisivo no processo decisório de alocação desses recursos disponíveis. Trata-se de uma concepção complexa de direito, que está intimamente relacionada aos recursos que o Estado dispõe, já que os membros do MP afirmam que o orçamento dos condicionantes de saúde (Ex.: moradia, saneamento, transporte, etc) não se confunde com o orçamento das ações em saúde (Ex.: medicamentos, melhoria do serviço, infra-estrutura de postos, etc).

A questão das políticas públicas também emergiu nos relatos como um tema essencial, na medida em que se apresentou uma diferenciação entre políticas de Estado e políticas de Governo. As localidades trouxeram diferentes aspectos, os quais convergem para a idéia de perenidade das políticas, a exemplo dos seguintes trechos:

As ações têm que ter continuidade e compromisso. Além disso, não devem ser feitas de forma campanhística (Membro do MP – Belo Horizonte)

Talvez, um dos grandes problemas que a gente enfrenta é que o país, os entes públicos, eles não têm, me parece, políticas de Estado, certo? Eles não têm um planejamento para dez anos, para vinte anos, para trinta anos, não! (Membro do MP - Aracaju)

Observa-se a ênfase na continuidade das políticas, entendo-se por continuidade o dever do Estado de garantir a saúde de forma integral, tanto no nível da atenção quanto no nível as políticas. Houve, deste modo, uma crítica às campanhas, que são muito pontuais pouco eficazes a longo prazo; assim, a política deveria se caracterizar pela continuidade e compromisso social. Nesta linha, seria importante considerar o caráter de relevância pública da saúde no ordenamento jurídico brasileiro, a exemplo da seguinte peça:

Considerando o disposto no art. 197 da Constituição da República de 1988, segundo o qual *“são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros, e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”* (Termo de Ajustamento de Conduta – Belo Horizonte)

Observa-se a ênfase no direito como assunto de relevância pública, que extrapola um mandato e, em virtude de sua peculiaridade, apresenta caracteres de perenidade e, por isso, exige compromisso por parte dos governos em tratá-lo como política de Estado.

No âmbito dos gestores, ganhou relevo no tema da titularidade o espaço da micropolítica, ou seja, seria no espaço do cotidiano que esta titularidade se manifestaria e, assim, seria possível a sua satisfação. Por isso, as temáticas da atenção e do cuidado em saúde também foram abordadas em todas as localidades. Vejamos um trecho emblemático:

isso tudo é uma discussão, assim, da micropolítica que permite eu, cada vez mais, destrinchar para garantir o direito desse cidadão. Numa perspectiva de integralidade mesmo. Ou seja, eu não estou pensando só em atenção básica, eu não estou pensando só em desenvolver tecnologias para o nível primário de saúde, mas a gente está pensando em estar desenvolvendo tecnologias assistenciais que permitam que essa palavra, a garantia do direito à saúde, ela seja, de fato, colocada na prática (Gestor – Aracaju)

Direito do outro é dever meu, entendeu? (Gestor – Belo Horizonte)

De início, observa-se uma preocupação com a qualidade da atenção e do cuidado como essencial para a garantia do direito à saúde. Por vezes, essa atenção e cuidado foram relacionados ao próprio princípio da integralidade, compreendendo que as ações em saúde também se desenvolvem no espaço da micropolítica, e não somente no âmbito das políticas públicas, remetendo a caracteres integrais de cuidado, na medida em que *“os desafios que se apresentam na implementação das conquistas sociais têm sido transformá-las em práticas concretas no cotidiano das pessoas, das instituições de saúde nos serviços prestados à*

população”. (Pinheiro *et al*, 2005:15). Nesta linha, observa-se a ênfase num cuidado que vise a horizontalidade da relação profissional-usuário através de uma relação de escuta e diálogo, tendo relação decisiva com o trabalho em equipe e com o respeito às singularidades.

Assim como no MP, os gestores também debateram sobre a indisponibilidade de recursos do Estado para satisfazê-lo plenamente. A passagem abaixo é exemplificativa:

Eu não to dizendo que não tenha direito, o direito tem, mas quando eu me programo, eu me programo para atender prioritariamente aquele, e eu vou atrás daquele, eu busco aquele, eu gasto recurso mais com aquele, porque eu priorizo aquele, porque eu sei que não vem, que vai adoecer mais do que o que tem informação, que tem outros recursos, que tem outros acessos (Gestor – Porto Alegre)

Basicamente, foi ressaltado que a insuficiência de recursos enseja a priorização de certas ações em detrimento de outras, o que promove a parcial satisfação do direito à saúde. Em alguns casos, foi proposto o princípio da equidade como um critério de alocação de tais recursos, compreendendo-se por este princípio o ato de olhar os desfavorecidos e atuar positivamente em sua desigualdade. De qualquer forma, predomina a idéia de que o direito, não mais visto de forma absoluta, pode ser relativizado em virtude da insuficiência financeira.

No âmbito dos profissionais de saúde, foi enfatizada, a exemplo do MP, uma concepção ampla de saúde, envolvendo não somente as ações em saúde, como também os seus condicionantes. Em alguns relatos, tal perspectiva recebeu uma significação ainda maior, na medida em que o direito poderia ser visto como algo natural, intangível pelo Estado e, portanto, absoluto, afastando o argumento da equidade, na medida em que o sentido de direito é compreendido como algo universal, de titularidade de todos, que se caracteriza pela integralidade. Equidade, segundo as concepções dos profissionais, fere o princípio da universalidade e da integralidade, na medida em que desconsidera os sujeitos em sua especificidade. Vejamos o relato abaixo:

porque está lá “saúde de todos, dever do Estado” os profissionais de saúde que atuam dentro do SUS, eles são funcionários do Estado. Então eles têm que cumprir o dever do Estado, que é o dever de dar assistência universal, integral gratuito à população, um acesso igualitário, né? Isso só se consegue se a sociedade conseguir mecanismos suficientes para cobrar que isso aconteça (Profissional de saúde – Belo Horizonte)

Em uma das localidades ainda é importante ressaltar a concepção dos profissionais médicos, para os quais seria possível um condicionamento da saúde aos recursos financeiros. Os entrevistados afirmam que a temática dos recursos não só está associada à idéia de insuficiência do Estado, como também à idéia de que o investimento em determinado indivíduo, caso seja custoso, pode prejudicar uma coletividade. Então tratamentos de alto custo e complexidade seriam racionalmente equivocados se realizados, na medida em que o coletivo estaria prejudicado diante da canalização de um montante considerável de recursos para o tratamento de somente um indivíduo. Segundo Bourdieu, *“como no texto religioso, filosófico ou literário, no texto jurídico estão em jogos lutas, pois a leitura é uma maneira de apropriação da força simbólica que nele se encontra em estado potencial”* (Bourdieu, 2000:213). Deste modo, é possível constatar uma apropriação dos argumentos jurídicos, presentes nos debates entre MP e gestores, no âmbito dos profissionais médicos. Ou seja, ao tratar da temática dos recursos escassos como fatores impeditivos da garantia plena do direito à saúde, observa-se uma transposição de campos, já que o cuidado independe, a princípio, do recurso, pois pode estar relacionado à dedicação da equipe, à centralidade do usuário, ao vínculo que se estabelece no interior do serviço, ao compromisso social do gestor, etc. Deve-se dizer, entretanto, que tal concepção foi isolada.

No âmbito dos conselheiros, observa-se uma gama variada de fundamentos para o direito, talvez porque, atualmente, *“o chamado setor saúde, dentre as áreas sociais, é um dos mais politizados e conta com maior presença de grupos da comunidade participando e pressionando por seus interesses”* (Dallari et al, 1996). De fato, observa-se uma verdadeira pluralidade de sentidos que emergem dos relatos, cujo fio condutor consiste em uma concepção ampla de saúde que perpassa todas as falas. Neste sentido, o direito à saúde não está relacionado somente às ações em saúde, mas também aos seus condicionantes. A passagem abaixo é exemplificativa:

Direito à saúde é tudo. Direito à saúde não é só saúde, é habitação, é educação, é segurança, é alimentação, é tudo, isso é o direito à saúde. Porque não adianta tu ter o remédio e não ter o que comer, não resolve nada (Conselheiro – Porto Alegre)

No âmbito dos usuários, ficou visível a idéia de reivindicação e de possibilidade de exercício de direitos. Sendo a saúde um direito de todos, seria preciso que os usuários a

reconhecessem enquanto tal, a vivenciassem em suas práticas, para que, em seguida, assumissem uma postura reivindicante e menos passiva com relação ao serviço e à política pública.

b) Direito como derivado da Constituição

O direito como derivado da Constituição esteve presente, em maior ou menor grau, nos dados de todas as localidades. O sentido da derivação diz respeito ao fato do direito à saúde ser, antes de tudo, um direito constitucional, positivado e presente na norma jurídica. Trata-se de uma perspectiva que adota a norma como ponto de partida e fundamento do direito, não sendo determinante se este direito tem caracteres universais (titularidade de todos) ou de cidadania (atributo de cidadania). No âmbito do MP, a ênfase na titularidade de todos foi mais forte do que a ênfase na derivação constitucional. De fato, apesar dos membros do MP considerarem a presença constitucional do direito à saúde, não se pode afirmar que pautam sua atuação somente em virtude desse elemento. Pelo contrário, o que se observa é que a titularidade de todos volta o MP para o âmbito social do direito, para a sua prática no cotidiano dos atores, e não para a norma jurídica. Considerar a prática significa uma abertura à escuta, à alteridade e à construção conjunta do sentido de direito, que não está submetido ou determinado pela norma constitucional.

No âmbito dos gestores, o sentido comum atribuído nos relatos é a idéia de direito à saúde como um direito constitucional, que está intimamente relacionado à idéia de compromisso social do gestor em garanti-lo, na medida em que se preconiza o elemento social na definição das ações em saúde, a exemplo do seguinte trecho:

É um direito dela [usuária] de não sair daqui sem uma resposta, o que ela veio buscar aqui. Eu acho que é tão dentro, já está tudo emaranhado. (Gestor – Belo Horizonte)

Por isso, este direito constitucional traz a necessidade de haver sempre uma resposta dos profissionais e do Estado; não haveria direito constitucional garantido sem uma devida resposta ao usuário, ganhando relevo as políticas de Ouvidoria e de estímulo à participação.

No âmbito dos profissionais, a ênfase na micropolítica ganhou relevo, principalmente por meio da associação entre direito constitucional e trabalho em equipe. Neste contexto, a

idéia de *orquestra* constitui-se como uma metáfora relevante para se pensar o trabalho em equipe. Em certa medida, a equipe, *“ainda que deva valorizar e buscar a polifonia, decorrente da diversidade de vozes e discursos que se fazem presentes nos diferentes saberes e profissionais, deve trabalhar em uníssono, de forma harmônica”* (Gomes *et al*, 2005:107). O trabalho em equipe, segundo os dados, enseja uma postura em prol da garantia de direitos, pois o *“agir dos profissionais de saúde de uma equipe, tal como dos músicos de uma boa orquestra que trabalham em harmonia, deve ser um agir em concerto”* (idem).

No âmbito dos conselheiros, emergiu um sentido que não tinha sido atribuído por nenhum outro ator até então, que é a associação entre direito e pagamento de impostos, resquício do sistema de saúde pública anterior à Constituição de 1988. As passagens a seguir são elucidativas:

Porque a gente tem que ver que a gente não ta sendo favorecido, não ta pedindo favor, porque cada imposto que tu paga, tu tem direito à saúde (Conselheiro – Porto Alegre)

Apesar de pagarmos impostos, é absurdo não termos o direito à saúde cumprido (Conselheiro – Aracaju)

O direito constitucional à saúde seria, por isso, um direito secundário, submetido ao fato da pessoa efetuar o pagamento de impostos. Como desdobramento, o pagamento de impostos denota que o direito não é algo gratuito, mas sim sustentado mediante recurso público arrecadado. O imposto serve, portanto, como fundamento do direito à saúde, olvidando-se a perspectiva de que o direito pode ser garantido no cuidado, independentemente dos recursos, ou que o direito é previsto constitucionalmente.

No âmbito dos usuários, o eixo central de discussão foi a associação entre direito e serviço de qualidade, mais uma vez enfatizando o espaço da micropolítica e do cotidiano, a exemplo dos seguintes trechos:

eu acho que é ser atendida né? Ter o direito de ser atendida por bons médicos, enfermeiros, ter acesso à medicação também (Usuário – Porto Alegre)

Direito é atender bem, né? Consulta bem. Remédio aqui dentro, botar mais, para atender esse povo mais. Lá, pessoa precisa de uma ambulância, chama e vem na hora; tá atendendo bem. Agora, falta mais é remédio. E também médico, porque médico está pouco (Usuário – Aracaju)

eu acho que ser bem tratado, atender a gente! Eu não falo assim, de a gente chegar e ser atendido na hora porque não é possível. Tem muita gente né? Mas eu digo, assim, tratar a gente bem, tratar o filho da gente bem. Ter paciência (Usuário – Belo Horizonte)

Todo mundo tem direito à saúde, seja ela particular ou SUS né? Todo ser humano tem direito a ter um bom atendimento, e a gente paga impostos (Usuário – Porto Alegre)

Num primeiro momento, observa-se uma ênfase na idéia de prática, de forma de atendimento, de acesso e de qualidade. Para além deste sentido, os usuários apresentaram uma concepção de direito associada ao pagamento de impostos, curiosamente semelhante à concepção dos conselheiros. A presença do imposto como fundamento do direito é muito visível, talvez porque a história deste direito no Brasil “*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*”. (Machado, Pinheiro e Guizardi, 2005:47).

c) Direito como atributo de cidadania

O direito como atributo de cidadania esteve presente, em maior ou menor grau, nos dados de todas as localidades. O sentido do atributo diz respeito ao fato do direito à saúde ser, antes de tudo, um direito em permanente construção por meio do exercício da cidadania. Trata-se de uma perspectiva que não se esgota na norma constitucional, de modo a fundamentar o direito como uma prática de reivindicação e de construção. No âmbito dos membros do MP, houve a ênfase na idéia de extrapolar a norma constitucional e, por meio da reivindicação e das práticas sociais, construir o direito coletivamente. Neste contexto, o MP configura-se como

uma instituição que se coloca na ligação entre o Estado e a Sociedade, promovendo a união Estado-Sociedade, de importância transcendental na renovação política do país e na construção da democracia. É instituição originada nos aparelhos do Estado, mas que deve voltar sua lealdade à Sociedade (Ferreira, 1982:21)

No âmbito dos gestores, o tema do exercício da cidadania é muito presente. Observa-se, por parte da gestão, um estímulo ao exercício de direitos por meio da cidadania, compreendendo que “*o direito à saúde será ou não garantido conforme a participação dos indivíduos no processo*” (Dallari, 1988). Parte-se, então, da perspectiva de que há um direito

que se situa em permanente construção a partir do processo de exercício da cidadania, a exemplo dos seguintes trechos:

Tem uma construção do direito que é o processo pra reivindicar o direito, ou pra ter direito tem uma condição de cidadania. Então o direito está vinculado, e a cidadania é um processo, que é uma expressão que eu uso de “cidadanização” né. Também o apoderamento da população, porque nós tamos falando de um país que tem um quadro social importante de desigualdade social, de corte de classes sociais importante, e os trabalhadores de saúde tem toda essa consciência de inserção médica, de classe média na sociedade (Gestor – Porto Alegre)

A gente tenta empoderar o usuário cada vez mais de informações, ele tem que ser empoderado, para que o diálogo seja melhor, porque diálogo entre senhor e escravo não existe (Gestor – Belo Horizonte)

Com efeito, enfatizar a cidadania significa, para os gestores, o alargamento do círculo de atores que compõem cuidado, contribuindo para um movimento de construção coletiva de direitos. A dimensão social do Estado propicia a articulação com a sociedade civil e, por isso, há uma defesa por parte dos gestores da reivindicação ou, mais propriamente, da publicização do Estado, compreendendo que *“a visibilidade do poder é uma exigência democrática inquestionável. Público é par opositivo de privado, antônimo de particular e secreto. A democracia é o poder visível, o poder público em público”* (Cordeiro, 1991:163).

No âmbito dos profissionais, a temática do direito à saúde trouxe alguns aspectos transversais às localidades, principalmente no tocante ao lugar que a cidadania ocupa na definição do direito à saúde. Inicialmente, semelhantemente aos outros atores, o direito é visto como algo formalmente garantido em lei, porém isso não basta para que seja efetivamente exercido. Vejamos:

É tudo aquilo que está constitucionalmente colocado, instituído na lei que não é absorvido, não é praticado e é dá garantia, ofertar garantias a esse usuário no sentido da integralidade (Profissional – Aracaju)

hoje com o SUS é um direito realmente assegurado e que nós temos que fazer valer esse nosso direito e entender melhor como busca-lo e como exige-lo (Profissional – Aracaju)

Por isso, os profissionais salientam a necessidade de luta em prol deste direito. A idéia de direito em construção, portanto, encontra-se presente, e é por meio da cidadania que ele é exercido no cotidiano dos atores, enfatizando o caráter coletivo de sua titularidade. Há uma perspectiva de que o direito à saúde não se encontra fechado, garantido, acabado, o que

denota a necessidade de sua constante reivindicação pelos atores, principalmente usuários. A previsão constitucional é um ponto de partida para o exercício do direito, destacando-se, principalmente, a participação social. Foi possível identificar nos dados a idéia de construção de direitos, que se dá por meio do exercício de uma cidadania ativa, combativa, reivindicatória e emancipadora. Destaca-se, neste cenário, o papel da educação em saúde, do interesse público, da fiscalização e da participação. Vianna e Burgos, analisando a concepção de direito de Gramsci, convergem nesta direção, ao afirmarem que

O direito, para Gramsci, não se reduz a um instrumento de controle social nem de garantia da ação dos agentes econômicos do mercado. Para ele, o direito se deve tornar um lugar de mudança social, ao admitir como uma de suas fontes o domínio da sociedade civil (Vianna e Burgos, 2003:348)

No âmbito dos conselheiros, o direito foi associado à garantia constitucional de que dispõe no ordenamento jurídico brasileiro. A lei é vista como um dos pontos de partida possíveis para a garantia do direito à saúde, ao passo que a cidadania emerge nestes trechos como uma via essencial de manutenção e consolidação do direito à saúde, pressupondo a participação e o controle social dos usuários, pois *“quando os cidadãos vêem a si próprios não apenas como os destinatários, mas também como os autores do seu direito, eles se reconhecem como membros livres e iguais de uma comunidade”* (Cittadino, 2003:39). As passagens a seguir são exemplificativas:

Eu venho de uma luta que a gente tem que lutar pela igualdade para todos, e a saúde e a educação (Conselheiro – Aracaju)

Direito à saúde é fundamental, é constitucional e é um dos três direitos prioritários da vida de todos nós, e ele tem que ser assegurado e respeitado através do controle social, ele tem que ser fiscalizado devidamente e esse direito é inalienável, é um direito que todos nós buscamos, independente de classe social, hoje com o SUS é um direito realmente assegurado e que nós temos que fazer valer esse nosso direito e entender melhor como busca-lo e como exigi-lo (Conselheiro – Aracaju)

A idéia de liberdade e igualdade são essenciais nesta perspectiva, surgindo como condição primaz para o exercício efetivo de direitos, na medida em que,

para garantir direito no Estado Moderno, torna-se necessário criar e ampliar espaços públicos, nos quais as regras de sociabilidade sejam fundamentadas na democracia e suas instituições sejam permeáveis aos valores democráticos. Afinal são esses valores que sustentam a crença da

liberdade e da igualdade, como requisitos básicos ao exercício democrático e à defesa da cidadania, cujos sujeitos sociais se organizam para reivindicar direitos. (Pinheiro *et al*, 2005:17)

Além disso, foi possível observar uma outra gama de sentidos, que remete, principalmente, a idéias como cidadania, acesso e bom atendimento, ou seja, ao cotidiano das práticas, a exemplo do trecho abaixo:

Direito à saúde é: você entra no hospital, você é atendido legal; você tem que ter os medicamentos se você não tem como comprar, você tem ter essas coisas; exames, você tem que ter direito a ter. Em relação à sua saúde, você tem que ter tudo que está na sua mão: exames, consultas, internações...esse direito você tem que ter. (Conselheiro – Pirai)

Mais uma vez o trabalho em equipe surge associado ao direito, agora no âmbito dos conselheiros. A idéia de acesso também foi enfatizada, ao trazer o sentido de que o direito deve ser satisfeito no próprio investimento público em lazer, trabalho, moradia, etc., na medida em que os caminhos que levam os usuários a ter acesso estão inseridos dentro desses aspectos. Nesta perspectiva, a idéia de educação em saúde ganha relevo, pois serve como elo de promoção da igualdade concreta e de consolidação do direito à saúde, “*sendo estratégica a educação dos cidadãos no sentido de valorizarem o dialogo e a busca do consenso como meio de resolução de conflitos e de organização da vida*” (Cohn, 2003). Temos, assim, um ambiente em que cuidado e educação estão intimamente relacionados, compreendendo-se que são vitais para a garantia do direito à saúde, na medida em que

o conhecimento necessário à vida pública, à participação política, é o que se forja com independência do conhecimento pessoal dos participantes; é aquele que resulta dos próprios atos de interação, garantindo aos cidadãos um livre trânsito entre espaços supostamente abertas ao contato entre desconhecidos. (Carvalho, 2003:325-326)

No âmbito dos usuários, houve uma crítica aos profissionais da rede, os quais, segundo os relatos, não reconhecem a atenção como um direito de cidadania. Ou seja, os usuários identificam os profissionais como obstáculos ao exercício de sua cidadania e, conseqüentemente, como atores que não contribuem para o exercício do seu direito à saúde. Interessante notar que, diversamente, os profissionais têm um discurso voltado para o empoderamento e estímulo à cidadania, conforme foi observado. De qualquer forma, os usuários enfatizaram que, para um bom atendimento, é essencial o trabalho em equipe.

III) DESAFIOS A SEREM SUPERADOS

Como vimos, o direito à saúde no Brasil, mesmo após quase duas décadas de sua universalização e adoção de princípios constituintes, ainda enfrenta muitos desafios no plano da micropolítica e da política de saúde. Os desafios e debates sobre a efetivação do direito não se encontram esgotados, abrindo espaço para novas concepções, sentidos, investigações e reflexões sobre a forma através da qual se pode garanti-lo eficazmente.

No âmbito do MP, constituem-se desafios:

- a) Lidar com a lógica jurídica: buscar, de certa forma, incorporar na lógica jurídica formal as práticas societárias em que está inserido, de modo a promover uma *mudança no direito* (Friedman e Ladinsky, 1980) – entendido como direito positivo - que englobe critérios substanciais de justiça (Machado, 2006);
- b) Recursos escassos: travar um debate sobre alocação de recursos públicos em saúde, de modo a superar a idéia de mínimo constitucional e promover uma ampliação da capacidade do Estado de efetivar, mediante políticas públicas e no espaço da micropolítico, o direito à saúde (Asensi, 2007, Mpf, 2005);
- c) Pensar o direito também sob o ponto de vista do cotidiano das práticas: considerar o espaço da micropolítica como um espaço em que são produzidos saberes e práticas que, por vezes, ponderam críticas ao espaço da política, o que implica numa postura do MP voltada também para o cotidiano, de modo a reconhecer nas singularidades das práticas societárias a forma por meio da qual o direito à saúde é vivido (Ehrlich, 1980; Asensi, Machado e Pinheiro, 2006; Asensi e Pinheiro, 2006; Silva, 2001).

No âmbito dos gestores, constituem-se desafios:

- a) Recursos escassos: articular-se com a sociedade civil e as instituições jurídicas no sentido de promover um debate democrático acerca da alocação de recursos, de modo que a definição sobre as estratégias de efetivação do direito à saúde seja realizada conjuntamente;
- b) Políticas de Estado: considerar que as políticas públicas que versam sobre direitos prestacionais devem ser políticas de Estado, ou seja, políticas que visem uma continuidade ao

longo do tempo, independentemente do governo que esteja à frente de sua direção (Asensi, 2007; Machado, 2006);

c) Possibilitar e estimular a participação: abrir os canais decisórios do Estado à sociedade civil, de modo que o Estado seja a forma através da qual a sociedade civil agiria institucionalmente. Da mesma forma, deve incentivar a criação de espaços públicos nos quais a sociedade civil e os usuários individualmente possam se expressar e que suas manifestações sejam consideradas no âmbito da política e da micropolítica (Guizardi, Pinheiro e Machado, 2005).

No âmbito dos profissionais, constituem-se desafios:

a) Não pensar em termos de recursos: o principal papel dos profissionais no âmbito da saúde remete ao cuidado, ou seja, às relações e práticas que se estabelecem no interior do serviço. Por isso, se deve afastar o raciocínio calcado nos recursos e concentrar-se em formas alternativas de cuidado, que sejam democráticas e, simultaneamente, integrais (Pinheiro, 2001);

b) Considerar usuário no cuidado: partir de uma perspectiva de que o usuário é dotado de peculiaridades, subjetividade, singularidades que o diferencia de todos os outros, o que implica em uma relação de escuta, dialógica e, por isso, horizontal entre profissional e usuário, de modo que se trave uma relação democrática entre eles. (Mattos, 2001; Gomes, Guizardi e Pinheiro, 2005; Mattos, 2005);

d) Estimular educação em saúde: reconhecer que o usuário também deve ter condições de influir no processo de definição do cuidado que terá. Por isso, seria importante prover ao usuário mecanismos através dos quais ele poderá opinar, interferir e decidir nesse processo, e que também se desdobrará na capacidade do usuário interferir diretamente na própria política de saúde (Bonet, 2004).

No âmbito dos conselheiros, constituem-se desafios:

a) Se relacionar com gestão, instituições jurídicas, usuários e profissionais de saúde: promover um intercâmbio de informações e constituir uma rede institucional que vise

aproximar estes atores em torno de temas comuns à efetivação do direito à saúde, de modo a estimular uma construção democrática das decisões (Teixeira, 2003; Participasus, 2005);

b) Não vincular direito a imposto: compreender que a garantia e efetivação do direito, seja no âmbito da política ou na micropolítica, não está relacionada ao pagamento de impostos, mas sim à condição de cidadania (Asensi, 2007; Machado, 2006; Pinheiro *et al*, 2005);

c) Institucionalizar práticas: pensar em estratégias e mecanismos de institucionalização de práticas advindas do âmbito da micropolítica, de modo a possibilitar a sua utilização em outros contextos no âmbito da política (Assis, Villa e Nascimento, 2003).

No âmbito dos usuários, constituem-se desafios:

a) Pensar o direito também sob o ponto de vista da política: considerar o espaço da política como um espaço em que são institucionalizados saberes e práticas que, por vezes, permitem uma maior efetivação do direito à saúde, o que implica numa postura do usuário voltada também para a política pública, de modo a atuar na sua formulação, execução e fiscalização. Com efeito, a participação nos conselhos de saúde é essencial para o incremento desta cultura cívica, que visa voltar-se para o público por meio de formas associativistas (Avritzer, 2002; Cohen e Arato, 1992; Gavronski, 2003);

b) Se relacionar com gestão, instituições jurídicas, conselhos de saúde e profissionais de saúde: participar e reivindicar junto a essas esferas temas comuns à efetivação do direito à saúde, de modo a estimular uma construção democrática das decisões (Sposati e Lobo, 1992);

c) Não vincular direito a imposto: compreender que a garantia e efetivação do direito, seja no âmbito da política ou na micropolítica, não está relacionada ao pagamento de impostos, mas sim à condição de cidadania (Asensi, 2007; Machado, 2006; Pinheiro *et al*, 2005).

O caminho para a construção do direito à saúde no Brasil está aberto, ensejando uma articulação efetiva entre os principais atores envolvidos na sua garantia. Seja o direito visto como *fato* (titularidade de todos), como *norma* (previsão constitucional) ou como *valor* (atributo de cidadania)⁵, a estratégia tem sido justamente em pensar o direito enquanto prática, embebido de formas societárias específicas.

⁵ Para compreender a teoria tridimensional do direito (fato, norma e valor), ver Reale (2003)

IV) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASENSI, F. D. *Vivendo direitos como práticas sociais: Sociedade civil, Ministério Público e direito à saúde*. Monografia de Graduação, Ciências Sociais/UERJ, Rio de Janeiro, 2007. 94p.
- ASENSI, F. D.; MACHADO, F. R. de S.; PINHEIRO, R. O direito à saúde como um direito vivo – o papel do diálogo no cotidiano da gestão em saúde, 2006. 15 p. (*mimeo*)
- ASENSI, F. D. & PINHEIRO, R. *O diálogo como elemento constituinte das ações do Ministério Público: uma análise sobre a eficácia das formas de atuação*. Tese aprovada por unanimidade no III Encontro Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde, Florianópolis, 2006
- ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. do. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 18, nº 3, 2003
- AVRITZER, L. *Democracy and the public space in latin america*. Princeton: Princeton University Press, 2002
- BONET, O. “Educação em saúde”, “Cuidado” e “Integralidade”. De fatos sociais totais e éticas. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. de. *Cuidado – as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2004.
- BOURDIEU, P. *O poder Simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.
- CARVALHO, M. A. R. de. Cultura política, capital social e a questão do déficit democrático no Brasil. In: VIANNA, L. W. (org.). *Democracia e os três poderes no Brasil*. Belo Horizonte: UFMG, 2003
- CITTADINO, G. Judicialização da política, constitucionalismo democrático e separação de poderes. In: VIANNA, L. W. (org.). *Democracia e os três poderes no Brasil*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2003
- COHEN, J. & ARATO, A. Politics and the reconstruction of the concept of civil society. In HONNETH, A.; MCCARTHY, T.; OFFE, C.; WELLMER, A. (orgs). *Cultural-political interventions in the unfinished project of Enlightenment*. Cambridge:MIT Press, 1992
- COHN, A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 8, nº 1, 2003
- CORDEIRO, H. Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991
- DALLARI, S. G. O direito à saúde. *Revista de Saúde Pública*, vol. 22, nº 1, 1988
- DALLARI, S. G.; BARBER-MADDEN, M. de C. T. F; SHUQAIR, N. S. M. S. A. Q.; WATANABE, H. A. Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo. *Revista de Saúde Pública*, vol. 30, nº 6, 1996
- EHRlich, E. O estudo do direito vivo. In: SOUTO, C. & FALCÃO, J. (orgs.). *Sociologia e Direito*. São Paulo: Editora Pioneira, 1980.
- FERREIRA, Sérgio de Andréa. *Princípios institucionais do Ministério Público*. Rio de Janeiro: S/N, 1982
- FRIEDMAN, L. & LADINSKY, J. O direito como instrumento de mudança social incremental. In: SOUTO, C. & FALCÃO, J. (orgs.). *Sociologia e Direito*. São Paulo: Editora Pioneira, 1980.

GAVRONSKI, A. *A participação da comunidade como diretriz do SUS: democracia participativa e controle social*. Monografia para o Curso de Especialização à Distância em Direito Sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal, UNB, Brasília, 2003. 105p.

GOMES, R. S.; GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. de. *Construção Social da Demanda – Direito à Saúde, Trabalho em Equipe, Participação e Espaços Públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R. de S. Vozes da participação: espaços, resistências e o poder da informação. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. de. *Construção Social da Demanda – Direito à Saúde, Trabalho em Equipe, Participação e Espaços Públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005.

HUMENHUK, H. O direito à saúde no Brasil e a teoria dos direitos fundamentais. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 8, nº 227, 2004

JULLIEN, F. Les yeux fixes sur le modèle. In: JULLIEN, F. *Traité de l'efficacité*. Paris: Bernard Gasset, 1996

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, vol.1, ano 1, 1991

MACHADO, F. R. de S. *Direito à Saúde, Integralidade e Participação: um estudo sobre as relações entre Sociedade e Ministério Público na experiência de Porto Alegre*. Dissertação de Mestrado, IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 2006. 98p.

MACHADO, F. R. de S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Direito à saúde e integralidade no SUS: o exercício da cidadania e o papel do Ministério Público. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. de. *Construção Social da Demanda – Direito à Saúde, Trabalho em Equipe, Participação e Espaços Públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005.

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões sobre valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2001

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

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, Manual de Atuação do Ministério Público Federal em Defesa da Saúde, 2005

PARTICIPASUS, Secretaria de Gestão Participativa. Ministério da Saúde, 2005

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2001

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

REALE, M. *Teoria tridimensional do direito*. São Paulo: Saraiva, 2003

SILVA, C. A. Promotores de Justiça e novas formas de atuação em defesa de interesses sociais e coletivos. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 16, nº 45, 2001

SPOSATI, A. & LOBO, E. Controle social e políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 8, nº 4, 1992

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. de. (orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/CEPESC/ABRASCO, 2003

VIANNA, L. W. & BURGOS, M. Revolução processual do direito e democracia progressiva. In: VIANNA, L. W. (org.). *Democracia e os três poderes no Brasil*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2003