

A juridicização da saúde e o Ministério Público

Felipe Dutra Asensi*
Roseni Pinheiro**

Abstract: With the approval of the Constitution of 1988 and the intense claims of the sanitary movement, the health took its place as a basic right in Brazil. 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 frequently carry through diverse readings and distinct conceptions on the legal institutions and the proper content of theirs rights. The right seen in the practical view tries the debate on conceptions, values and diverse interpretations on the same phenomenon, which implies to lean over the social reality and empirically study os this lived world of law. To reflect more profoundly on these arrangements, a quarrel on the main empirical questions of research developed in the LAPPIS/UERJ in Porto Alegre 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, which decisively intervene on its process of materialization by civil society and legal institutions.

Keywords: Public policy in health; Parquet; Right to health.

1 Introdução

No estudo da trajetória dos sentidos que a saúde adquiriu no Brasil, é possível identificar três concepções que emergiram ao longo da história: no Império e na República Velha (até início da década de 30 do século XX), a

* 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), da Escola de Direito da Fundação Getúlio Vargas (FGV-RJ) e da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB/RJ). Mestre e Doutorando em Sociologia pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ). E-mail: felipedml@yahoo.com.br.

** Professora Adjunta do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Mestre e Doutora em Saúde Coletiva. Coordenadora do Lappis/UERJ.

Revista do Ministério Público do RS	Porto Alegre	n. 63	maio 2009 – set. 2009	p. 113-149
-------------------------------------	--------------	-------	-----------------------	------------

saúde se apresentava como uma verdadeira benesse do Estado, notadamente marcada por relações patrimonialistas de poder que a caracterizavam como um *favor* do Estado à população. Não havia qualquer instrumento jurídico-legal que garantisse a universalidade deste direito, sendo concentrada no Estado a possibilidade e a discricionariedade de realizar ações em saúde em benefício de uns em detrimento de outros. Diante desse cenário, a saúde é vista como um *favor*.

Após, principalmente a partir da Era Vargas na década de 30 em diante ao período de redemocratização (na década de 80), houve um crescente movimento de mercantilização da saúde no Brasil, de modo que o seu acesso esteve diretamente ligado à capacidade do indivíduo de pagar pelos planos privados, ou à sua própria condição de trabalhador, na medida em que a saúde se caracterizou como um serviço ou um benefício trabalhista. A saúde, conforme salienta Madel Luz, “passou então a ser vista como um bem de consumo. Especificamente, um bem de consumo médico” (Luz, 1991, p. 82). Porém, ainda havia uma atuação estatal no âmbito da saúde, principalmente porque os trabalhadores regulares, ou seja, aqueles que possuíam carteira de trabalho assinada e contribuía com a previdência social, possuíam o direito à assistência médico curativa pública.

Por essa razão, o acesso aos serviços de saúde era possibilitado por duas formas: a) ser um trabalhador em sentido estrito, ou seja, possuidor de carteira de trabalho assinada e contribuinte da previdência social; b) ser capaz de suportar os custos dos planos privados de saúde que surgiram a partir da década de 70. Deste modo, principalmente entre as décadas de 40 e 70, só poderia usufruir a assistência médico-curativa aquele que fosse trabalhador. A partir de 70, mesmo com a emergência de alguns planos privados, uma parte significativa da população brasileira ainda não possuía poder aquisitivo para suportar as despesas desses planos. Trata-se, portanto, de uma concepção de saúde *restrita* a um grupo de pessoas, cujo critério é o *vínculo empregatício*. Aqui, a saúde é vista como um *serviço* decorrente de um *direito trabalhista* ou como um *serviço privado*.

Em contraposição a esta concepção não-universal de saúde, recebeu destaque, a partir da década de 70, o movimento da Reforma Sanitária brasileiro, cuja bandeira se concentrou na defesa da *saúde como um direito de todos*. Este movimento preconizou que as ações em saúde deveriam ser formuladas não somente pelo Estado, mas em conjunto com espaços públicos de participação social, na medida em que é a sociedade que vivencia o cotidiano das instituições de saúde e, portanto, conhece de forma mais próxima as suas mazelas e avanços. A “percepção social da saúde como direito de cidadania” seria “um dado novo na história das políticas sociais

brasileiras”, uma vez que “essa percepção é fruto dos movimentos sociais de participação em saúde da segunda metade dos anos 70 e do início dos anos 80” (Idem, p. 87), o que permite uma relativa problematização da concepção *Estado-centrada* de saúde típica dos contextos anteriores em prol de uma relativa abertura estatal às demandas sociais.

Deste modo, com a Constituição de 1988 e as intensas reivindicações de uma pluralidade de grupos, a saúde tomou 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. Em seu artigo 196, observa-se que a saúde é um “direito de todos e dever do Estado” (Brasil, 1998), o que denota a pretensão universalizante deste direito. Aqui, a saúde é caracterizada como um *direito fundamental e dever do Estado*, o que denota uma dupla-dimensão (direito-dever) em sua natureza.

O direito à saúde, em virtude do seu atributo de direito fundamental, recebeu a qualificação de norma constitucional de eficácia plena, ou seja, possui força normativa suficiente para a sua incidência imediata e independente de providência normativa ulterior para sua aplicação. O caráter pleno de eficácia de uma norma diz respeito à idéia de que, desde a entrada em vigor da Constituição, tais normas produzem, ou têm a possibilidade de produzir, todos os efeitos essenciais relativos aos interesses, comportamentos e situações, que o constituinte direta e normativamente quis regular, sendo garantida a existência de um aparato jurídico-institucional para a sua efetivação¹. 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, o que cristaliza justamente a sua relevância jurídica, política e social no ordenamento brasileiro. O direito à saúde ainda se constitui como *clausula petrea*² no âmbito constitucional, uma vez que, em virtude de sua associação direta com o direito à vida, não pode ser excluído do resguardo que lhe foi alçado pela Carta Constitucional.

¹ Na análise de Sueli Dallari, “a Lei Maior da República estipulou critérios para que a saúde seja corretamente determinada em seu texto. Assim, vinculou sua realização às políticas sociais e econômicas e ao acesso às ações e serviços destinados, não só, à sua recuperação, mas também, à sua promoção e proteção. Em outras palavras, adotou-se o conceito que engloba tanto a ausência de doença, quanto o bem-estar, enquanto derivado das políticas públicas que o têm por objetivo, seja apenas a política, seja sua implementação, traduzida na garantia de acesso – universal e igualitário – às ações e serviços com o mesmo objetivo”. (Dallari, 1995, p. 30)

² O art. 60, §4º, CRFB, elenca os atributos do Estado brasileiro que não serão objeto de emendas constitucionais, ou seja, que são *clausulas petreas*. O texto diz o seguinte: “Art. 60. A Constituição poderá ser emendada mediante proposta: [...] § 4º – Não será objeto de deliberação a proposta de emenda tendente a abolir: I – a forma federativa de Estado; II – o voto direto, secreto, universal e periódico; III – a separação dos Poderes; IV – os direitos e garantias individuais”. (Brasil, 1988)

Com efeito, 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 cento e oitenta milhões de brasileiros, surgem desafios e questões sobre como tornar este direito alcançável e exercido por todos de forma capilar; ou, mais propriamente, como constituir um arranjo de recursos e investimentos que torne as ações em saúde uma prerrogativa efetiva de todos. Isso se complexifica ainda mais na medida em que, no Brasil, a efetivação da saúde é de competência concorrencial, ou seja, se constitui simultaneamente como um dever para os Municípios, os Estados e a União.

Para lidar com estes novos desafios, foi promulgada a Lei 8.080/90, que institui as regras e princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS configura a política de saúde brasileira como um direito de todos de forma indistinta³, que possui não somente regras formais de organização, mas também princípios jurídicos que orientam o seu desenvolvimento, tais como integralidade, descentralização, participação, universalidade, etc. Admitiu-se que os princípios serviriam como guias para as ações em saúde, de modo a orientarem elementos para a constituição de uma ação integral e, ao mesmo tempo, efetiva.

No mesmo ano, foi promulgada a Lei 8.142/90, que consolidou espaços públicos de participação da sociedade civil na saúde com a regulamentação dos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde. Tais espaços se apresentam como relevantes para a continuidade do processo de garantia e efetivação do direito à saúde, sobretudo porque pressupõem uma *horizontalização* da relação Estado-sociedade. Tem-se, assim, a possibilidade de um protagonismo efetivo de atores não-estatais no processo de formulação, promoção e fiscalização de políticas públicas de forma constante e perene, o que implica reconhecer esses espaços como nova forma de inclusão política da sociedade civil no processo deliberativo e decisório na saúde, que constitui um ambiente favorável à participação e à afirmação da cidadania na vida pública.

Alguns atores, inclusive, têm se firmado como fortes aliados para zelar por este direito. Em seu desenvolvimento mais recente, não é incomum observar a influência das instituições jurídicas – sobretudo o Ministério

³ Na análise de Roseni Pinheiro *et al.*, se observam avanços jurídicos expressivos em dois aspectos: “O primeiro diz respeito ao estabelecimento da relevância pública dos serviços de saúde vis-à-vis outras modalidades de oferta de bens sociais; o segundo se refere à institucionalização de um arcabouço jurídico-normativo com princípios doutrinários e operacionais (universalidade, descentralização, integralidade, equidade e participação na comunidade), mediante a promulgação da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. Dessa forma, configurou-se uma definição jurídico-normativa e organizativa da política de saúde do Estado brasileiro – o SUS”. (Pinheiro et al., 2005, pp. 15-16)

Público e os Tribunais – na gestão dos serviços de saúde,. Este tema merece, portanto, um debruçar mais aguçado tanto da academia quanto dos profissionais, gestores e usuários dos serviços públicos de saúde.

Para refletir mais intimamente sobre esses arranjos, o texto será dividido em quatro tópicos. No próximo tópico, intitulado “Delimitando o papel das instituições jurídicas”, enuncia-se o papel das instituições jurídicas no processo de efetivação do direito à saúde a partir da literatura sobre o tema. O tópico seguinte, intitulado “A efetivação do direito à saúde e a continuidade das políticas públicas”, trata das principais questões empíricas de uma pesquisa desenvolvida no LAPPIS/UERJ, de modo a contextualizá-las e, simultaneamente, promover uma reflexão sociológica de seus aspectos subjacentes. Por fim, no último tópico, intitulado “Considerações finais”, são realizadas ponderações a respeito dos avanços e obstáculos ainda presentes no campo do direito à saúde, de modo a pensar em caminhos possíveis de sua superação pelas instituições jurídicas e pela sociedade civil.

2 Delimitando o papel das instituições jurídicas

O direito à saúde, enquanto direito fundamental, se insere na categoria dos chamados direitos de titularidade difusa e coletiva⁴. Em virtude dessa natureza, no Brasil se consolidou o que se comumente denomina de *litigância de interesse público*⁵, que comporta a idéia de que os direitos não se restringem às meras partes individuais, na medida em que são de titularidade de grupos e coletividades. Em linhas gerais, Ingo Sarlet sustenta que tais direitos “trazem como nota distintiva o fato de se desprenderem, em princípio, da figura do homem-indivíduo, como seu titular, destinando-se à proteção de grupos humanos (família, povo, nação)” (Sarlet, 2001, p. 52). São, assim, novas facetas do princípio da dignidade da pessoa humana, que traduz a idéia de que “o Estado existe em função da pessoa humana, e não o contrário, já que o homem constitui a finalidade precípua, e não meio da atividade estatal” (Idem, p. 103).

⁴ Os direitos *coletivos* e *difusos* são direitos metaindividuais, porque atingem grupos que tem algo em comum, e não pertencem a uma pessoa isolada, nem a um grupo delimitado de pessoas. O direito ao meio ambiente, por exemplo, é um direito desta natureza, pois não diz respeito a uma pessoa singular ou a um grupo específico, mas a toda a humanidade, sob pena de ser visto como um privilégio. Há, ainda, a presença no ordenamento jurídico de *direitos individuais indisponíveis*, que existem desde a constituição da personalidade humana, sendo os seus titulares identificáveis uma vez pertencentes a uma coletividade. Mais precisamente, são direitos individuais, mas não podem ser renunciados pelo seu titular, como o direito à vida e o direito à dignidade.

⁵ Para uma análise minuciosa do panorama de *litigância de interesse público* no Brasil ver Rogério Arantes (2002), Eduardo Ritt (2002), Cássio Casagrande (2008) e Felipe Asensi (2008).

Logo, para além dos direitos individuais, existem direitos que dizem respeito à humanidade, ao grupo como um todo, a uma coletividade. O ordenamento jurídico brasileiro estabeleceu diversos atores estatais e não-estatais com possibilidade de atuar na efetivação destes direitos. Dentre os principais atores que atuam nesta concretização, recebe destaque o Poder Judiciário e, também, as instituições que compõem as denominadas *funções essenciais da justiça*.

No Poder Judiciário – que é a instituição estatal responsável pela atividade jurisdicional de resolução de conflitos – reina a máxima latina *nemo iudex sine actore*, ou seja, *não há juiz sem autor*. Essa máxima evidencia que o Judiciário somente pode agir para a concretização de direitos mediante provocação de quem se sentir lesado pela ação ou omissão de outrem, de modo a adotar uma postura estática enquanto não for chamado à resolução do litígio.

Com isso, no Brasil, foram construídas instituições dinâmicas para a garantia de direitos que não se submetem a uma perspectiva estática ou condicionada à provocação, na medida em que podem agir de maneira espontânea. Tais instituições compõem as chamadas *funções essenciais da justiça*, que consistem naquelas “atividades profissionais públicas ou privadas, sem as quais o Poder Judiciário não pode funcionar ou funcionará muito mal” (Silva, 1993, p. 506) em virtude de sua atuação normativamente estática. Estas funções, tais como a Advocacia Pública, a Defensoria Pública⁶ e o Ministério Público⁷ (MP), encontram-se descritas nos artigos 127 a 135 da Constituição de 1988.

O novo arranjo criado em 1988 permitiu uma nova configuração das instituições jurídicas e das competências e atribuições que lhes seriam inerentes para a efetivação de direitos. Nesse contexto, o MP passou a exercer papel central na defesa da sociedade, sobretudo no concerne aos direitos sociais e coletivos. A Advocacia Geral da União, por sua vez, foi destinada para a defesa do Estado federal, ao passo que a defesa das Unidades da Federação coube às

⁶ A Defensoria Pública consiste num serviço de assistência judiciária que visa possibilitar o acesso de hipossuficientes (pessoas menos favorecidas financeiramente) aos seus direitos. Presta, assim, serviços de assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovem insuficiência de recursos. Logo, as demandas da Defensoria Pública são de caráter individual, ao passo que as demandas do Ministério Público dizem respeito a um grupo determinado ou indeterminado de pessoas, ganhando caracteres coletivos.

⁷ A Constituição de 1988 estabelece uma série de diretrizes e normas gerais de funcionamento e atuação do MP no âmbito dos direitos sociais e coletivos. O MP consiste numa instituição permanente, que se caracteriza por ser essencial à função jurisdicional do Estado. A Carta ainda prevê a incumbência do MP na defesa da ordem jurídica, do regime democrático, dos interesses individuais indisponíveis e dos interesses coletivos e difusos. Da mesma forma, a Lei 8625/93 – denominada *Lei Orgânica Nacional do Ministério Público* – também estabelece, em seus oitenta e quatro artigos, as garantias, deveres e responsabilidades desta instituição em suas ações cotidianas no processo de efetivação de direitos e implementação de políticas públicas.

Procuradorias dos Estados e a assistência judicial aos necessitados às Defensorias Públicas. Assim, 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)

Com isso, não são triviais as garantias processuais e materiais que se consolidaram com a Constituição no que concerne ao exercício das funções do membro do MP no Brasil, a exemplo das seguintes: a) a impossibilidade de serem removidos da comarca ou órgão no qual atuam; b) a impossibilidade de terem seus subsídios reduzidos administrativamente ou legalmente; c) a independência funcional para decidirem de acordo com seu livre convencimento; d) autonomia que lhe permita, em sua plenitude, o livre exercício de sua missão de promover e fiscalizar o respeito, pelos poderes públicos e pelos jurisdicionados, da Constituição e das leis; e) instrumentos jurídicos individuais e coletivos; f) meios funcionais e materiais para a efetivação de direitos, que variam desde o aporte de recursos para diligências até os instrumentos jurídicos de efetivação; g) posição orçamentária definida que seja capaz de produzir as condições necessárias ao desempenho de suas competência; h) competência exclusiva para iniciativa de leis que digam respeito à organização e disciplina da instituição.

No âmbito da saúde, o MP desempenha papel decisivo na sua efetivação do ponto de vista individual e coletivo. Em linhas gerais, a saúde se apresenta, no âmbito dos membros do MP, como: a) um direito individual, pois é pertencente a cada indivíduo e não pode ser violado pelo Estado, ensejando uma abstenção deste em relação à realização de qualquer prejuízo à saúde do cidadão; b) direito social e coletivo, pois diz respeito à esfera pública e deve ser objeto de políticas sociais, ensejando uma ação do Estado para a redução de desigualdades e a efetivação de direitos; c) direito de participação, pois pressupõe a participação popular de forma ativa. O conjunto destas três dimensões remete à idéia do direito à saúde como um direito de cidadania.

Neste sentido, cotidianamente são levadas demandas e ações perante o MP para a efetivação do direito à saúde, recebendo destaque algumas temáticas, tais como: a) a necessidade de fornecimento gratuito de medicamentos por parte do poder público aos cidadãos; b) o dever de construir mais leitos em hospitais para que a prestação da saúde seja de qualidade; c) a observância da aplicação correta pelo poder público dos recursos públicos destinados à saúde; d) o dever do poder público de custear tratamentos de alta complexidade e alto custo, sob o argumento do direito à saúde; e) o controle judicial das relações entre consumidores e planos privados de saúde; etc. Os membros do MP, por sua vez, têm estabelecido estratégias de efetivação desse direito, como se observará a seguir.

3 A efetivação do direito à saúde e a continuidade das políticas públicas

3.1 Estratégia metodológica

Do ponto vista metodológico, a pesquisa qualitativa possui natureza empírico-analítica, de caráter exploratório, multidisciplinar, cujas técnicas de coleta de dados utilizadas foram: entrevistas semi-estruturadas, observação do cotidiano e análise documental. Esta pesquisa teve como objetivo analisar as práticas e estratégias dos atores que participaram do processo de fiscalização, formulação e execução das políticas de saúde no município de Porto Alegre (RS), a partir do estudo das relações entre conselhos de saúde, Ministério Público e sociedade, que contou com apoio da FAPERJ, no período de 2004 a 2005. Em seguida, o objetivo geral consistiu em identificar os dispositivos institucionais, jurídicos-legais para o cumprimento do direito à saúde a partir do estudo dessas relações, sendo o tratamento dos dados apoiado no referencial teórico-metodológico construcionista que destaca o cotidiano como dimensão produtora de sentidos e de práticas que descrevem e transformam a realidade.

Faz necessário esclarecer que o manejo do material analisado ocorreu em três etapas: a primeira etapa da pesquisa consistiu na realização de uma revisão bibliográfica a respeito do assunto “direito à saúde” e seus sub-temas. Percebeu-se uma ausência de discussão sobre este assunto no campo das ciências sociais e do direito no Brasil, sobretudo no que concerne às estratégias e desafios de sua efetivação. Esta etapa da pesquisa foi realizada, fundamentalmente, em bases bibliográficas digitais (Bireme, Capes e Scielo) e acervos (Ministério da Saúde e Ministério Público). Em relação ao campo jurídico propriamente dito, foram encontradas dificuldades relacionadas à bibliografia. Constatou-se que pouco se produziu na doutrina sobre o direito à saúde especificamente. Geralmente duas ou três páginas são destinadas ao tema e são, ainda assim, sempre pequenas variações do artigo 196 da Constituição, que é o dispositivo que consagra a saúde como um *direito* de todos e *dever* do Estado.

A etapa seguinte da pesquisa consistiu na elaboração dos roteiros semi-estruturados de entrevista baseando-se na pesquisa bibliográfica e nos relatórios das atas do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul entre o período 2000-2004, que se encontraram disponibilizadas em sua página virtual. A leitura destas atas possibilitou organizar um quadro inicial da relação entre os Conselhos, o MP e a gestão. A partir deste quadro, foi possível identificar as questões mais debatidas e os pontos de conflito, divergências, consensos e ambiguidades, que serviram de base para a montagem do roteiro de entrevistas.

Na terceira etapa, foram escolhidos, os principais atores envolvidos no tema estudado, que foram contatados por telefone ou, no caso dos usuários, abordados diretamente nos postos de saúde, hospitais e secretarias de saúde, para que se realizasse o trabalho de campo e a coleta de dados.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, tornou-se necessário apreender a dinâmica das arenas políticas desenvolvidas no município pesquisado, nas quais participam gestores públicos, trabalhadores de saúde, sociedade civil e instituições jurídicas por meio de uma diversidade de arranjos, saberes, práticas e estratégias. A sistematização dos dados ocorreu a partir de três eixos analíticos: o primeiro, conceitual, que trata da construção de categorias (direito, cidadania, saúde, etc) na perspectiva dos atores envolvidos; o segundo, que analisa a forma pela qual os atores lidam em suas práticas com essas categorias assim construídas; e, o terceiro, que se destina a examinar os pontos de interseção, divergências, concordâncias, discordâncias, contradições e conflitos entre as propostas, projetos e práticas no município estudado.

3.2 O debate sobre a continuidade das políticas públicas

As instituições jurídicas têm cada vez mais se configurado atuantes no campo da garantia e concretização do direito à saúde, esfera que tem possibilitado um arranjo institucional específico em que se formulam estratégias de aproximação entre os direitos constitucionais e as práticas sociais concretas. O arcabouço jurídico-institucional que foi constituído na área da saúde permite, dentre os diversos direitos sociais, uma proeminência nos processos e estratégias de efetivação no âmbito das políticas de saúde e no espaço da micropolítica.

Primeiramente, deve-se observar que a atuação do MP em Porto Alegre tem se debruçado sobretudo sobre as políticas de saúde, isto é, os membros do MP buscam enfatizar em suas ações que o direito não se esgota na norma e que as políticas públicas devem ter continuidade, configurando-se como políticas de Estado. Questões relacionadas à política de tratamento de HIV, câncer e campanhas de vacinação, por exemplo, são temas recorrentes nas ações dos membros do MP. Entretanto, isso não quer dizer que a sua atuação também não se desenvolva no âmbito da micropolítica⁸, que é um espaço

⁸ A escolha da subdivisão entre micropolítica e política atende ao seguinte critério: a dimensão política diz respeito à ação dos atores no âmbito da efetivação de direitos em nível estrutural, consubstanciado tal ação no desenvolvimento, aperfeiçoamento e incremento das políticas de saúde. A dimensão micropolítica, por sua vez, diz respeito aos saberes e práticas que os atores utilizam no cotidiano de suas ações e nos contextos de operacionalização dos direitos garantidos constitucionalmente.

muito discutido e criticado por usuários e conselheiros, pois diz respeito às mazelas e desafios presentes no cotidiano dos serviços de saúde. Tais mazelas podem dizer respeito à ausência de profissionais, problemas de relação entre usuários e profissionais, falta de material de biossegurança, etc.

No que concerne ao sentido da saúde como *direito*, pode-se supor que a percepção dos membros do Ministério Público se encontrou relacionada não somente à garantia constitucional de que dispõe na Constituição de 1988. Antes de tudo, o sentido da saúde como direito se apresenta associado aos seguintes atributos: regularidade, continuidade e qualidade. Os membros do MP entendem por *regularidade* a necessidade dos serviços de saúde serem realizados num mesmo patamar de recorrência, sem desníveis de acordo com a região ou a forma de acesso ao serviço. A regularidade, assim, estaria relacionada ao serviço propriamente dito, que é prestado pelos profissionais de saúde e membros da gestão em saúde. Os membros do MP entendem por *continuidade* o dever que o Estado possui de garantir a saúde de forma integral, tanto no nível da micropolítico quanto no nível as políticas públicas. Nesta linha, os promotores defendem que as políticas de saúde devam ser de Estado, e não de Governo, o que aponta para a defesa de que a continuidade deva existir também entre os mandatos dos governos, conforme reiteradamente foi sustentado nos relatos dos entrevistados. Os membros do MP entendem por *qualidade* o direito do usuário de receber um atendimento digno, de ser escutado, considerado e respeitado em sua demanda, sob o resguardo de que possui a titularidade do direito à saúde.

Indo além, é possível supor um avanço no tocante à atuação do MP, que não se concentra somente na interpretação do sentido da norma constitucional, mas promove um movimento de socialização e contextualização do direito à saúde a partir das práticas sociais. Partindo do princípio de que a saúde é um “direito de todos e dever do Estado”, os membros do MP de Porto Alegre privilegiam observar o *direito vivo* na prática muito mais do que meramente o *direito positivo*.

Neste sentido, o debate sobre as políticas públicas ensejou a diferenciação entre *políticas de Estado* e *políticas de Governo*. A primeira exprimiria a idéia de compromissos que extrapolam mandatos eleitorais, buscando englobar pactos e consensos democráticos que permitam constituir políticas duradouras, resistentes aos governos e, por isso, *de Estado*. A segunda exprimiria justamente os programas estabelecidos para vigerem durante o mandato eleitoral, isto é, sem qualquer pretensão ou vinculação explícita de continuidade duradoura, constituindo-se como *de Governo*. As passagens abaixo são reveladoras do debate:

Então estas são dificuldades que são enfrentadas. Outra delas é a questão da mudança de governos: nós não temos ainda uma política de Estado com relação à saúde pública né. Esses planos de saúde eles estão sendo construídos com muita dificuldade também, esses planos quinquenais ou o plurianual. Há dificuldades na construção desses planos e portanto no acompanhamento de políticas públicas ao longo do prazo. Ou seja, muda um governo, muda a cartilha né, aí já rasga a cartilha anterior e nós vamos começar a praticar uma outra saúde pública né. (Membro do MP/RS)

Implementa o que tá aqui, e no decorrer do tempo vai acertando o que tá errado. Mas implementa o que tá aqui tá. Se daqui a um ano precisa mudar alguma coisa, tudo bem, muda aqui e vai pra lá. 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. (Membro do MP/RS)

A minha ideia 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. É isso que a gente tá tentando agora: trazer as bases teóricas. (Membro do MP/RS)

Os membros do MP que foram entrevistados trouxeram diferentes aspectos sobre o tema, os quais convergem para a idéia de perenidade das políticas. Observa-se a ênfase na continuidade das políticas, entendendo-se por continuidade o dever do Estado de garantir a saúde de forma integral, tanto no nível da micropolítica quanto no nível das políticas. Deste modo, houve uma crítica às campanhas, que seriam muito pontuais e pouco eficazes em longo prazo.

O desafio referente à mudança de governos é central na atuação dos membros do MP em Porto Alegre. A pesquisa permite identificar a defesa, por parte dos membros do MP, da continuidade das políticas públicas entre os próprios governos. Daí, se justifica o foco do MP nas políticas de saúde, e não somente no espaço da micropolítica. Sensível às especificidades em saúde e aos próprios desafios que se impõem à sua continuidade enquanto política, o membro do MP busca estabelecer estratégias supragovernamentais de ação.

Tais estratégias são diversas, pois variam desde pactuações com governos sucessores para que seja mantida alguma política de saúde até responsabilizações judiciais e extrajudiciais na manutenção da continuidade das políticas. A assertiva de que “as abóboras se ajeitam no andar da carruagem” revela tal perspectiva ao evidenciar um MP que se debruça sobre a constituição de políticas de Estado. Associado a isso, a assertiva “vamos respeitar o que já aconteceu em prol do usuário” revela o que a idéia de um MP que compartilha, entre os seus membros, a perspectiva de defensor privilegiado da sociedade.

Na concepção dos promotores, observa-se a ênfase no direito à saúde como atributo de relevância pública, que extrapola um mandato eleitoral e, em virtude de sua peculiaridade, apresenta caracteres de perenidade e continuidade. Com isso, a saúde exigiria o compromisso explícito por parte dos governos em tratá-la como política de Estado. A partir desta concepção de saúde, que preza pela continuidade, regularidade e qualidade no atendimento e nas políticas, observa-se uma maior capilaridade das ações dos membros do MP, no sentido de enfatizar as políticas de saúde como políticas de Estado, e não de governo. O SUS é entendido como a principal política pública para o setor de saúde e o projeto maior do movimento sanitário brasileiro. Assim, observa-se um compartilhamento de que isso enseja (re)significar o SUS como expressão do diálogo entre Estado/sociedade, que seja imune em seus fundamentos às alternâncias de poder.

Associada a essa diferenciação entre políticas de Estado e de Governo, os membros do MP trouxeram à tona o debate sobre o que poderia ser caracterizado como direito à saúde. Durante os relatos, observa-se uma concepção ampla sobre este direito, o que se configura como decisivo na configuração dos limites e possibilidades de suas ações. As passagens a seguir são exemplificativas:

E entendendo a saúde como esse conceito mais amplo, da organização mundial né, que é um estado de completo bem estar físico, mental e social, ou seja, a partir do momento em que você tá promovendo saúde você tá promovendo, na verdade, a felicidade, o bem estar pra população. (Membro do MP/RS)

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 – MP/RS)

Nesta perspectiva, a saúde se apresenta de forma multifacetada, na medida em que passa a comportar critérios sociais, políticos, jurídicos e, até mesmo, psicológicos. A compreensão do que seria a saúde como um direito para os membros do MP permite, em suas concepções, a definição de

estratégias específicas para a efetivação de cada dimensão deste direito. Os membros do MP de Porto Alegre sustentam que a saúde não se reduz à mera ausência de doença, pois envolve aspectos psicológicos, políticos, sociais e jurídicos que encontram-se relacionados ao bem-estar físico, mental e social. De fato, esta concepção complexifica ainda mais o que seria uma política de saúde e quais os desafios para a sua continuidade.

A necessidade de políticas se reforça pela própria idéia – compartilhada nos relatos – de que a saúde possui uma dimensão jurídica de direito de todos e dever do Estado, o que revela o aspecto republicano deste direito, que se apresenta, também, enquanto dever. A compreensão de um direito de todos impõe ao Estado um *agir em saúde*, que não se reduz à mera formulação de políticas, na medida em que, na compreensão dos membros do MP, deve incorporar as instituições jurídicas e a sociedade civil no processo decisório.

Além disso, os membros do MP de Porto Alegre apresentam uma concepção de que se deve afastar uma perspectiva restrita ao aspecto curativo para também valorizar o aspecto preventivo das ações em saúde, o qual ocorreria, principalmente, por meio da educação em saúde. As transcrições abaixo são exemplificativas:

A grande maioria das ações são curativas. Há uma abordagem da medicina eminentemente curativa, e não de prevenção como a construção do que deva ser né com prioridades para ação de prevenção. E acho que a prevenção deve se fazer através da educação, principalmente quando nós vemos assim que crianças são os grandes multiplicadores de idéias né, de idéias positivas, muda, ele consegue mudar o que acontece dentro da sua casa. Ele é sensibilizado para essa questão dentro da escola né. (Membro do MP/RS)

A atuação do Poder Público na saúde se dá através do SUS – Sistema Único de Saúde – de forma articulada e coordenada, com divisão de competências, mas de forma controlada e suplementada, numa estrutura de mútua dependência cooperação, como também de fiscalização recíproca e prestação de contas de forma transparente, com participação da sociedade com papel deliberativo e fiscalizador. (Ação Civil Pública – MP/RS)

Nesta linha, a pesquisa permite supor que os membros do MP consideram importante o caráter de relevância pública da saúde no ordenamento jurídico brasileiro, que não se reduz às meras políticas curativas. A idéia de prevenção, em certa medida, traduz a compreensão já mencionada de políticas de Estado, que não se reduzem à ausência de doença, uma vez que, segundo os relatos, devem buscar o bem-estar físico, mental e social. Mais uma vez o conteúdo do direito à saúde, seja traduzido sob a forma individual (bem-estar), seja sob a forma social (políticas), apresenta-se de forma complexa e, por isso, ensejando múltiplas estratégias por parte dos membros do MP.

Neste sentido, uma das principais estratégias adotadas, segundo a pesquisa, consiste na criação de um sistema *controle e efetivação* que permita às políticas públicas de saúde tornarem-se cada vez mais estatais e cada vez menos governamentais. Isso permite intensificar os caracteres de longevidade das políticas públicas de forma articulada a compromissos explícitos supragovernamentais em conjugação com as instituições jurídicas e a sociedade civil. Assim, a atividade de governo passa a ser uma atividade em constante problematização, pois abre e amplia o debate sobre a adequação entre meios e fins de ação a partir da inserção de diversos saberes e práticas em seu interior.

Os ideais e estratégias de governo se encontram intrinsecamente ligados aos problemas e desafios que surgem no curso do mandato, de modo que o estabelecimento de *programas* seja uma medida privilegiada de composição destes saberes e práticas no momento da definição sobre como articular de forma mais eficaz os meios e fins. Neste contexto de contingência dos programas e da necessidade de estabelecer prioridades de ação no âmbito do governo, os membros da gestão de saúde em Porto Alegre apresentaram uma compressão do direito à saúde como condicionado aos limites financeiros fáticos para a sua completa efetivação, a exemplo das seguintes passagens:

Olha, o que eu considero por direito à saúde né, eu acho que é o cidadão poder utilizar recursos disponíveis pra tudo que ele precisar né. Qual é o papel do gestor? É garantir isso, não tem recursos pra isso né. Então a questão da equidade eu acho que é o conceito mais fundamental nesse momento, a gente conseguir trabalhar com a garantia de direitos né. (Membro da gestão/RS)

Eu não tô 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. (Membro da gestão/RS)

Nesta linha, a pesquisa evidencia que a idéia de recursos econômicos escassos emerge como fator relevante na garantia de direitos constitucionais, principalmente os de dimensão social, a exemplo da saúde. No âmbito das práticas em saúde, observou-se que, em geral, os gestores têm enfatizado a incapacidade do Estado de garantir plenamente tal direito sob a alegação de escassez de recursos. Tais recursos, segundo os relatos, devem ser alocados de acordo com prioridades definidas pelo critério técnico ou político do membro da gestão, e o exercício pleno do direito à saúde passa a ser condicionado à capacidade do Estado de custear a sua efetivação. O direito, portanto, passa não mais a ser visto de forma absoluta, podendo ser relativizado sob o argumento da insuficiência de recursos. De acordo com os relatos, há um fator limitante para a garantia do direito à saúde, que concerne à escassez de recursos econômicos, que se traduzem nas seguintes passagens:

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 né mais vulneráveis ou com menos acesso mesmo de qualquer tipo, às vezes não sabem nem aonde tem, nem que tem, nem que existe determinado recurso, determinada solução pra sua vida. (Membro da Gestão/RS)

É isso que a gente briga entendeu, 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. (Membro da Gestão/RS)

Mas não se trata de um argumento meramente restritivo, sem qualquer preocupação com a efetivação mínima do direito à saúde. Os relatos dos membros da gestão trazem como critério relevante para a alocação dos recursos o *princípio da equidade*, que seria um princípio garantido constitucionalmente na saúde. A equidade expressa a idéia de justiça social distributiva, uma vez que busca reduzir as desigualdades entre os titulares do direito à saúde. Isto significaria adotar uma postura de tratar desigualmente os desiguais, investindo mais recursos públicos nos contextos em que a carência e as deficiências no sistema público de saúde são maiores. Com isso, este princípio surge como critério de alocação dos recursos finitos em saúde no âmbito da gestão em Porto Alegre.

Seguramente, tal limitação econômica tem exigido uma atuação do MP no sentido de elaborar outros critérios para a alocação de recursos públicos em saúde. Mais precisamente, os membros do MP de Porto Alegre sustentam que o direito à saúde engloba duas dimensões fundamentais: a) *ações em saúde*, que são o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público; b) *condicionantes da saúde*, que, segundo o art. 3º da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), são 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.

Observa-se uma reivindicação relevante veiculada nos relatos dos promotores, que preconizam que o orçamento das ações em saúde não deve se confundir com o orçamento dos condicionantes da saúde. Entretanto, isto não quer dizer que o direito à saúde não englobe os condicionantes, pois estes envolvem, necessariamente, a constituição do bem-estar físico, mental e social. Deste modo, o orçamento que engloba o direito à saúde envolveria tanto as ações em saúde quanto os condicionantes da saúde. Trata-se, inclusive, de uma concepção presente no *Manual de Atuação do Ministério Público Federal em Defesa da Saúde*, a exemplo da seguinte citação:

Também não se pode considerar como *ações e serviços públicos de saúde* os gastos públicos com os chamados *fatores determinantes e condicionantes* da saúde pelo art. 3º da Lei 8080/90, pois se *condicionam* a saúde com ela não se confundem. Ademais, prevalecendo o entendimento de que tais fatores se confundem com *ações e serviços públicos de saúde* para fins de implementação da Emenda Constitucional n. 29/00, haverá um completo esvaziamento da reserva constitucional estabelecida em favor do direito à saúde, pois dentre os fatores condicionantes encontram-se praticamente todos os direitos sociais, de modo que o orçamento destinado à saúde serviria, a prevalecer tal entendimento, a todas as políticas sociais do governo. (MPF, 2005, p. 42)

Observa-se, então, que o direito à saúde recebeu uma ampliação em seu sentido com a Lei Orgânica da Saúde, principalmente porque o orçamento para a sua concretização é dual (envolve tanto as *ações* quanto os *condicionantes*). Segundo os membros do MP, a não aplicação de recursos em moradia ou em transporte, por exemplo, também enseja um desrespeito ao direito à saúde, o que amplia consideravelmente os conflitos que podem ser *juridicizados*. Para os membros do MP, o argumento da escassez de recursos não pode ser aplicado, já que o direito à saúde é de titularidade de todos e dever do Estado. Porém, sensível às limitações concretas que o Estado brasileiro enfrenta, os promotores admitem que seja alegada a insuficiência, desde que seja garantido o investimento no mínimo constitucional exigido.

De fato, parafraseando a perspectiva da *governamentalidade* de Foucault (2004), apesar de se viver num *mundo de programas*, não se trata de um *mundo programado*. O mundo dos programas é sempre um mundo prognóstico, do *vir-a-ser*, daquilo que ainda será realizado e, portanto, do que será governado. Numa perspectiva de programas, os direitos passam a ser objeto dos próprios conflitos e desafios inerentes à sua formulação, o que implica deslocar a idéia de direitos absolutos – típica de um contexto de soberania – para a de direitos passíveis de redefinição a partir de programas de governo. Os programas complexificam o real, então as soluções para um programa tendem a ser problemas para outro, e o MP insere-se nessa lógica de efetivar os programas de Governo e, simultaneamente, constituir políticas de Estado.

Os membros do MP em Porto Alegre inserem-se numa lógica em que não basta somente enfatizar o fim de uma política – ou seja, a efetivação do direito à saúde –, mas também os meios mais adequados a serem utilizados para atuar nessa concretização. Deste modo, a eleição dos instrumentos processuais – tais como a Ação Civil Pública, Termos de Ajustamento de Conduta, Recomendações, etc – torna-se uma operação complexa e, por isso, que não é trivial. Além disso, uma estratégia amplamente adotada pelos membros do MP, segundo os relatos, seria o diálogo. A pesquisa permite supor, como será analisado nas seções seguintes, que o fio condutor da atuação do promotor – e que pauta as outras formas de atuação – é o diálogo.

De uma maneira geral, observa-se que o MP tem a capacidade institucional de criar um *espaço de diálogos*, pois possibilita a comunicação entre os principais atores que compõem o processo de formulação, gestão e fiscalização das políticas públicas em saúde. Através do diálogo, procura-se resolver alguma deficiência no sistema de saúde por intermédio de meios não-formais e que, por vezes, se apresentam como o caminho mais adequado, de modo a estabelecer mecanismos de responsabilização dos membros da gestão e de incorporação de conteúdos participativo-societários nos consensos que são estabelecidos.

3.3 Formação jurídica e efetivação do direito à saúde

No âmbito de suas ações, os membros do MP têm enfrentado alguns desafios que dizem respeito à sua própria atuação em temas e assuntos que não são, *a priori*, comuns e próximos do saber jurídico. Os promotores, afinal, possuem formação em direito e, em larga escala, salientam que não estabeleceram uma relação próxima durante sua vida pessoal ou profissional com o Sistema Único de Saúde e as suas questões correlatas, sobretudo porque as normas que regulamentam o sistema de saúde brasileiro foram emanadas na recente década de 1990. Deste modo, observa-se a presença de um potencial efetivador do direito à saúde – o MP – que, entretanto, possui desafios inerentes à própria formação acadêmica de seus membros, fundamentalmente embebida do ensino jurídico tradicional, que se constitui comumente como avesso às peculiaridades e especificidades de cada direito ou de suas estratégias peculiares de efetivação.

De fato, durante a sua formação jurídica, o promotor estabelece pouco contato com os assuntos específicos da gestão da saúde, principalmente no tocante aos arranjos participativos que lhes são constitutivos. A reduzida existência de disciplinas jurídicas que se destinam a fazer uma reflexão sobre os direitos sociais e, em especial, o direito à saúde, para além do que é garantido constitucionalmente, segundo os relatos, produziu um relativo afastamento da reflexão sobre as implicações jurídicas de haver um sistema público de saúde ou espaços públicos de participação. Nesta linha, de acordo com os membros do MP que foram 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”. Na 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. (Membro do MP/RS)

Não se encontra muito assim doutrina, não tem muito né direito sanitário. Mas o que tem eu tô sempre procurando. (Membro do MP/RS)

Eu mesma procurei conseguir tempo e fazer meu mestrado que é direcionado à área de direitos fundamentais né. O meu, especificamente, é relacionado à área da saúde. Então nós procuramos espontaneamente essa qualificação, realizamos encontros bastante contínuos assim nessa área, nos aproximamos de auditores, de médicos, então essa capacitação ela é contínua. (Membro do MP/RS)

Os entrevistados demonstraram que, quando o promotor passa a trabalhar com a tutela coletiva da saúde, não se encontra profundamente familiarizado com os temas específicos atinentes à sua efetivação, o que demanda grande esforço pessoal de aprendizado. Ao se deparar com o ofício de promotor, o jurista se vê inserido num “mundo a conhecer”, na medida em que tem que aplicar os conhecimentos jurídicos apreendidos a temas que soam estranhos e distantes e, em alguns casos, que requerem conhecimento específico de gestão em saúde, medicina, epidemiologia, saúde coletiva, psicologia, etc. Assim, a atividade de tutela coletiva do direito à saúde se apresenta como um verdadeiro desafio de superação do promotor, que, ao “tatear” tais especificidades, busca enfaticamente extrapolar o seu campo de saber originário com vistas a atingir um conhecimento novo e multidisciplinar.

Mas os desafios que se apresentam na atuação dos membros do MP na saúde também são de outra ordem, esta de caráter institucional. Tal desafio diz respeito ao próprio ofício de promotor, ou seja, ao cotidiano de suas ações no âmbito da efetivação de direitos, principalmente no tocante à atuação nas promotorias do interior do Estado. Vale, aqui, considerar a análise de Aida Silva sobre o Estado de São Paulo, que permite elucidar o trajeto institucional de um membro do MP, cujo raciocínio pode ser também aplicado ao contexto do Estado do Rio Grande do Sul. Ao obter aprovação no concurso público, o promotor realiza o seguinte trajeto institucional:

Todos os promotores são recrutados por meio de concursos públicos, iniciando a carreira como *substitutos* e permanecendo obrigatoriamente nesta função por dois anos. Nesta fase, não gozam de *vitaliciedade* e são enviados para onde houver necessidade de substituição de promotores de justiça. Passado este período e sendo efetivamente integrados à carreira, os promotores assumem o trabalho em pequenas *comarcas*. Em função da existência de vagas e também de acordo com seus interesses, eles vão sendo promovidos para comarcas maiores, que exigem um trabalho cada vez mais especializado. Primeiramente, o promotor assume *comarcas de primeira entrância*, no interior do estado, geralmente localizadas em cidades de pequeno porte, atuando na chamada “clínica geral”, isto é, cuidando de processos relacionados a todas as áreas, pois geralmente é o único promotor. O passo seguinte na carreira consiste em assumir *comarcas de segunda entrância*, localizadas em cidades maiores. Nestas, o promotor geralmente trabalha ao lado de colegas e inicia-se em áreas jurídicas mais

especializadas. As *comarcas de terceira entrância*, por sua vez, estão localizadas em cidades de grande porte do interior, litoral e região da Grande São Paulo. Nestas comarcas, dependendo do número de colegas que possui, o promotor pode assumir uma, duas ou, até mesmo, três áreas de especialização. A seguir, o promotor pode assumir um cargo na única *comarca de entrância especial*, localizada na capital do estado. Na comarca de entrância especial, o promotor tem a chance de se candidatar aos cargos mais especializados do Ministério Público paulista e de "perseguir promoções" até ter condições de galgar o último degrau da carreira, tornando-se *procurador de justiça*. Os membros do Ministério Público são promovidos na carreira mediante critérios de *antiguidade* e de *merecimento*. (Silva, 2001)

Portanto, o que se denomina como "fazer Ministério Público no interior" tem um significado bastante peculiar para os promotores. O interior, nos relatos, é associado a uma verdadeira escola, pois permite ao promotor a aproximação com temas relevantes da *juridicização* dos conflitos e lhe confere experiência e "jogo de cintura" para lidar com os desafios que surgem no cotidiano. Com isso, o interior permite ao promotor se aproximar de diversas legislações, áreas de especialização e formas de efetivar os mais variados direitos. Além disso, o interior permite ao membro do MP estabelecer maior contato e diálogo com prefeitos, vereadores e demais políticos da localidade.

Por outro lado, a generalidade da atuação do interior afasta o promotor de alguns desafios específicos à garantia dos direitos e, logicamente, à garantia do direito à saúde. A *clínica geral* – associada ao próprio volume de trabalho do promotor que se divide nos diversos direitos que são de sua atribuição – pode impedir que o promotor se debruce mais especificamente nos assuntos peculiares a cada um desses direitos. No caso da saúde, uma estratégia desenvolvida pelo MPE/RS para suprir em parte a dificuldade que se apresenta ao ofício no interior foi a produção de um CD-ROM com exemplos e modelos de inquéritos, ações, recomendações e termos de ajustamento no que concerne à efetivação do direito à saúde:

Nós aqui na Promotoria fizemos um CD-ROM [...] que nós fizemos 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. (Membro do MP/RS)

E eu compreendo a situação deles [promotores do interior] porque eles trabalham com tudo. Eles são "clínicos gerais" né. E nesse sentido a minha preocupação é fazer uma coisa muito clara, objetiva, concreta de forma que o colega possa simplesmente abrir o Word, trocar o nome dele, e imprimir. (Membro do MP/RS)

Agora, a minha idéia é, esse ano, viajar pro interior, principalmente para cidadezinhas pequenininhas, pra convencer mais os colegas a brigarem. Fazer esse contato, esse diálogo mais próximo com os colegas pra que eles efetivamente usem esse material e passem a fazer isso. No momento em que eu tiver cada município com atendimento básico, bom, nos municípios sede de região, o atendimento de média complexidade, bom, eu com certeza vou diminuir o número de atendimentos na emergência de Porto Alegre. (Membro do MP/RS)

Este CD-ROM, na análise dos membros do MP, produziu resultados positivos no tocante à efetivação do direito à saúde no interior do Estado. Em virtude do compartilhamento de informações, estratégias, conhecimentos e formas específicas de atuação que já vinham sendo realizadas pelos promotores de Porto Alegre, a atuação dos membros do MP no interior se reforçou e, com isso, o direito à saúde passou a receber um maior grau de efetivação.

Deste modo, a pesquisa permite observar duas implicações já no início da carreira de promotor: primeiramente, o promotor atua como um “clínico geral” e, portanto, não é especializado na área da saúde. Por outro lado, a experiência no interior possibilita ao promotor conviver com gestores, políticos e pessoas que influenciam direta e indiretamente as políticas públicas. Ao estabelecer aproximações, diálogos e formas de atuação no interior em conjunto com os diversos atores, o promotor se insere num contexto de *iniciação às práticas de juridicização de conflitos*. Com isso, os profissionais do MP, ao se depararem com um contexto novo de atuação na efetivação de direitos, como é o caso da saúde e suas questões correlatas, são induzidos a repensar sua própria prática jurídica.

Em Porto Alegre, compreendendo a complexidade da demanda em saúde, os membros do Ministério Público do Estado realizaram uma especialização de sua atribuição. Nesta instituição, foi designado que dois promotores da Promotoria dos Direitos do Cidadão ficariam responsáveis especificamente pela tutela coletiva da saúde. No Ministério Público Federal, a atuação é atribuída às Procuradorias Regionais de Direitos do Cidadão, em que alguns procuradores atuam de forma especializada na saúde. Deste modo, foi a especificidade da demanda em saúde que ensejou a forma de atuação e especialização do MP, conforme se observa no seguinte relato:

Isso foi uma decisão da promotoria. Nós entendemos que as demandas em saúde elas tem uma complexidade própria e que hoje tu tendes de procurar em se especializar. (Membro do MP/RS)

Além disso, a pesquisa permite supor que uma estratégia comum dos membros do MP para reduzir esses desafios de superação tem sido a realização de encontros, fóruns de discussão, palestras e diálogos inter-

institucionais, de modo a trocar experiências, estabelecer estratégias e otimizar resultados. Destaca-se, aqui, a realização do *Curso de Especialização à distância em Direito Sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal*, pela Universidade de Brasília, em 2003, de caráter nacional, que buscou discutir os desafios de efetivação do direito à saúde e as diversas formas de atuação do MP para a sua garantia⁹.

Além disso, merece destaque o *Manual de Atuação do Ministério Público Federal em defesa do direito à saúde*, de autoria da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, que visa padronizar e orientar a atuação dos membros do MP brasileiro na saúde e ampliar as suas possibilidades de ação. Os promotores reconhecem a necessidade de uma maior aproximação com os assuntos e temas específicos da saúde. Para isso, promovem diversas estratégias, dentre as quais é possível destacar: a) no âmbito das relações internas, promovem discussões, mesas e debates com os demais membros da instituição, com o intuito de trocar experiências e compartilhar estratégias de efetivação; b) no âmbito das relações externas, promovem discussões com outros atores envolvidos na saúde, como as associações civis, os Conselhos de Saúde e os profissionais de saúde; c) no âmbito das relações institucionais, promovem cursos de capacitação e fóruns de discussão entre os próprios membros da instituição.

Para além dessas relações, os promotores ainda promovem o esforço hercúleo de estudarem e se familiarizarem com o Sistema Único de Saúde, os medicamentos e suas nomenclaturas e efeitos, as estruturas hospitalares, os níveis de atenção, as instâncias de participação e gestão, a hierarquia funcional, dados epidemiológicos, etc.

Como fruto da constatação da necessidade de estreitamento entre o campo da saúde e o campo do direito, foi criada a *Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (AMPASA)*¹⁰, com sede na capital do Estado a que pertencer o seu presidente. Esta Associação, que no ano de 2008 realizou o seu quarto encontro nacional, na cidade de Fortaleza, tem produzido resultados bastante positivos. Exemplo disso é a possibilidade aberta de defesa – por parte dos participantes dos encontros, que variam desde acadêmicos, profissionais de saúde e os próprios membros do MP – de teses que, se forem aprovadas pelo plenário do encontro, são adotadas como políticas de ação do MP nas diversas cidades brasileiras.

⁹ Todos os participantes deste curso de capacitação escreveram monografias, as quais estão disponibilizadas no página virtual da Procuradoria Geral da República: www.pgr.mpf.gov.br. Alguns desses participantes, inclusive, participaram as entrevistas em Porto Alegre.

¹⁰ Página virtual da AMPASA: <http://www.ampasa.org.br>.

Deste modo, há um desafio que se apresenta à atuação do MP em razão do próprio distanciamento tradicional da formação jurídica às questões específicas da saúde. Porém, há um desafio de outra ordem, que importa no debate acerca da própria legitimidade social do papel do MP na saúde. Em linhas gerais, os membros do MP de Porto Alegre compartilham da perspectiva de que boa parte da sociedade ainda não conhece a existência do MP ou, se conhece, não tem a exata compreensão do seu papel enquanto efetivador de direitos sociais, a exemplo da seguinte passagem:

Uma coisa que eu posso te dizer com relação a isso assim é que muitas vezes o Ministério Público ainda é visto só como órgão repressor né. O Promotor ou o Procurador da República é aquele que ajuíza a Ação Penal, é aquele que ajuíza a Ação por Improbidade Administrativa. E esse lado do Ministério Público como advogado da sociedade eu acho que ainda não é bem difundido. (Membro do MP/RS)

Uma estratégia tem sido importante para atenuar essa questão: a aproximação com os Conselhos de Saúde. A pesquisa permite supor que os membros do MP têm buscado ampliar a legitimidade social de suas ações por meio da articulação com instâncias de participação institucionalizadas, o que possibilita uma ação integrada e, ao mesmo tempo, social e juridicamente respaldada. A articulação entre essas instituições se apresenta como um verdadeiro avanço político e social, e ainda se apresenta como uma forma dos membros do MP reduzirem o seu distanciamento nas questões específicas de saúde, de modo que, a partir da aproximação com realidades e concepções diversas que compõem os Conselhos, o promotor adquire uma sensibilização a situações que, inicialmente, soavam distantes de sua realidade, ampliando ainda mais seu potencial para a construção e garantia de direitos.

3.4 Ministério Público e sociedade civil

O pioneirismo da saúde no campo das políticas sociais brasileiras repousa fundamentalmente nos seus princípios constitucionais, dentre os quais recebe destaque a *participação da comunidade*, que se desenvolve, como mencionado, sobretudo no espaço institucional dos Conselhos de Saúde¹¹. Segundo o relatório das duas últimas Conferências Nacionais de Saúde, que ocorreram nos anos de 2000 e 2003, ainda falta apoio das instituições jurídicas aos Conselhos de Saúde, que seriam o principal espaço de organização social na luta pela saúde. A aproximação ocorrida entre estas duas instituições em Porto Alegre tem sido cada vez mais recorrente, o que representa avanços no exercício da cidadania e na efetivação de direitos sociais.

¹¹ Para uma análise da relação entre MP e Conselhos de saúde, ver Machado (2006).

O MP iniciou a formulação de suas estratégias de atuação no Rio Grande do Sul por meio da realização de diversas audiências públicas por todo o Estado. Tais audiências tiveram por finalidade criar um quadro das demandas em saúde mais comuns da população para, então, estabelecer estratégias de atuação. Além da criação deste quadro, o estabelecimento do diálogo e parceria entre MP, sociedade civil e membros da gestão alimentou a própria capacitação *na prática* dos membros do MP. De fato, os relatos apontam que a interlocução entre os saberes e práticas desenvolvidos no interior do MP, gestão e Conselhos permitiu a ampliação das estratégias de efetivação do direito à saúde em Porto Alegre. Destaca-se, assim, a seguinte transcrição acerca de um membro do MP:

Nós iniciamos um processo de realização de audiências 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 Rio Grande do Sul. (Membro do MP/RS)

Tais audiências, que foram organizadas de forma conjunta entre MPF e MPE, possibilitaram o encontro entre os diversos atores envolvidos no processo de formulação, execução e fiscalização das políticas de saúde. Além da participação dos membros do MP, estiveram presentes nesses encontros os membros da sociedade civil, da gestão, profissionais de saúde e usuários do SUS, cuja intenção, conforme destacado pelos próprios organizadores das audiências, consistiria em *ouvir* a população. Na avaliação de um membro do MP,

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. (Membro do MP/RS)

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. (Membro do MP/RS)

Interessante notar que a simples possibilidade jurídica da demanda que chega ao MP pela via da sociedade civil não enseja necessariamente a atuação do MP. Ou seja, não basta que a demanda seja possível no mundo do direito, pois os promotores apresentam uma preocupação com relação à sua legitimidade e veracidade. Deste modo, segundo os relatos, os membros do MP buscam incorporar critérios sociais substanciais em suas ações, como mostram as seguintes passagens:

Toda a manifestação popular que represente uma demanda cidadã ela é bem vinda, aí na prática isso se constrói na medida em que o caso se apresenta. (Membro do MP/RS)
Nós vamos ver esse aspecto que eu coloquei pra ti né, que é a questão de se atribuir ao Ministério Público alguma perseguição, então a gente procura sempre que seja demandado. (Membro do MP/RS)

O cuidado em não ser visto como perseguidor ou como ilegítimo faz com que o Ministério Público procure atuar de forma conjunta ao demandante, seja ele individual ou coletivo. Essa atuação conjunta reforça o canal de diálogo que os membros do MP propõem com a sociedade civil e, simultaneamente, amplia as possibilidades de incorporação de suas demandas na resolução de conflitos e na efetivação do direito à saúde.

Em Porto Alegre, observa-se uma ação integrada de ambos os Ministérios Públicos (MPE e MPF) no que concerne à tutela coletiva da saúde. A pesquisa revelou que um exemplo de cooperação interessante que se opera neste município consiste no revezamento entre os membros destas instituições nas reuniões dos Conselhos. A cada reunião do Conselho de Saúde comparece um membro do MP, sendo este responsável pelo envio de um breve relatório do que ocorreu e do que restou decidido aos outros membros do MP. Isso permite a ampliação do diálogo entre o MP e as instâncias de participação e entre os próprios Ministérios Públicos. Sustentando a idéia de defesa da sociedade, os membros do MP compartilham, nos relatos, que sua atuação seja

no sentido de que este acesso seja cada vez mais democrático. Nós entendemos, ou eu entendo – falo aqui por mim né – o SUS como o sistema mais democrático que existe no país, pois qualquer cidadão pode, ou mesmo qualquer pessoa que esteja dentro do Brasil e que não seja brasileiro, mesmo esse tem acesso ao serviço de saúde se dele precisar. (Membro do MP/RS)

Mas o Ministério Público tem, ele no interior e na capital, mantido contato com os Conselhos. Há 10 anos atrás nós tínhamos uma situação completamente diferente de hoje, os promotores de justiça promoveram no interior, nas cidades do interior, pra que os Conselhos de Saúde fossem criados né, os Conselhos Municipais, que é a representação do cidadão dentro do sistema. (Membro do MP/RS)

A própria parceria com o Conselho é excelente [...] A gente se dividiu... as três promotoras que atuam na saúde do Estado [...] tem plenárias acho que a cada quinze

dias do Conselho, todo ano. A gente fez um calendário que também é impossível passar a tarde inteira, uma quinta sim e uma não, lá né. Que além desse meu trabalho na saúde, eu trabalho com previdência, assistência, e tem também a distribuição judicial, os processos judiciais também para parecer. Então realmente fica muito pesado. Então em função disso a gente dividiu o número de plenárias entre cinco e cada um participou de umas quatro ou cinco reuniões. Foi super produtivo assim porque a gente passava o relato pros demais, foi muito produtivo. (Membro do MP/RS)

Nesse caso específico, é importante lembrar que a intensa participação e articulação entre as instituições não é algo recente. Sobretudo na experiência de Porto Alegre, esta aproximação se deve à própria constituição da cultura política local, que mobilizou grande parte da sociedade. Isso explica a força política e social que os Conselhos de Saúde – reconhecidos pelos outros Conselhos do Brasil como os mais avançados do País –, obtiveram neste município. O avanço em termos de lutas e conquistas não se restringe apenas aos Conselhos, pois a própria atuação dos membros do MP, em termos comparativos, também é considerada avançada em relação a outras regiões, a exemplo da seguinte passagem:

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 né! 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 né (Membro do MP/RS)

Percebe-se, ao longo dos relatos, que os Conselhos de Saúde apresentam-se como um dos principais parceiros na atuação do MP em Porto Alegre. Logicamente, surgem benefícios e vantagens para ambos derivadas dessa associação: ao mesmo tempo em que se enriquece de recursos jurídicos e institucionais a atuação dos Conselhos, estes legitimam socialmente a ação do MP na tutela coletiva da saúde. A associação entre Conselhos de Saúde e o MP tem sido, por esta razão, prática cada vez mais recorrente nesta localidade. Os membros do MP justificam esta aproximação, nos relatos, pelo interesse do MP em entender mais adequadamente as necessidades da sociedade para que se tornem mais receptivos às suas demandas. Mais uma vez, observa-se a compreensão de que o MP, antes de tudo, tem a sua razão de existir na defesa da sociedade.

Esta aproximação implica ao MP um conhecimento não apenas teórico sobre a matéria da saúde e suas questões correlatas, mas sobretudo o conhecimento do contexto em que esse direito se concretiza enquanto *direito vivo*.

A atuação conjunta entre membros do MP e da sociedade civil potencializa o papel constitucional dos Conselhos de Saúde. Além disso, esse espaço de encontro ampliou a substância democrática das ações do MP, conforme se observa:

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? (Membro do MP/RS)

Não adianta o gestor, o Conselho, ou o Ministério Público ser forte se nós não temos participação popular, se não temos os cidadãos cobrando dos gestores, se organizando né, pra poder pleitear esses direitos. Eu acho que é definitiva a importância do movimento social. (Membro do MP/RS)

Neste sentido, os relatos apontam que os membros do MP – no bojo do reconhecimento da distância entre o mundo das regras jurídicas e a prática social cotidiana – têm se debruçado e problematizado o processo de formação de seu próprio saber, que seria tradicionalmente apegado a aspectos técnico-jurídicos. Os canais de diálogo criados a partir dessa interface têm possibilitado novas formas e mecanismos de negociação e pactuação entre as diferentes esferas dos poderes públicos e sua relação com a sociedade. Com isso, o MP tem sido um grande entusiasta da *relativização das formas* ao compreender a necessidade de que as decisões e problemas em saúde sejam resolvidos de forma célere e eficaz. Os relatos apontam a busca, por parte dos membros do MP, de evitar a via judicial para que, por meio do diálogo, se chegue a uma decisão pactuada com o gestor e, muitas vezes, com o Conselho de Saúde. Diante deste cenário e arranjos institucionais específicos de Porto Alegre, a eleição dos instrumentos e formas de atuação para a efetivação do direito à saúde não é trivial, tampouco irrelevante.

3.5 Formas de atuação do Ministério Público

A pesquisa permite sustentar que, em Porto Alegre, os canais de diálogo criados no interior do MP se apresentam como espaços que articulam práticas relacionadas à gestão de políticas públicas, já que neles os principais atores que compõem o processo de formulação, execução e fiscalização das políticas públicas se encontram implicados. A atuação do MP em Porto Alegre tem possibilitado novas formas e mecanismos de negociação e pactuação entre as diferentes esferas dos poderes públicos em sua relação com a sociedade. Durante a pesquisa, observou-se que as atividades do MP para a concretização do direito à saúde se pautam, principalmente, pela fiscalização do gestor e dos prestadores de serviços. Para tal, o MP tem atuado por meio de duas formas genéricas: através de trabalho “de gabinete” ou através de visitas *in locci*.

A primeira forma – o trabalho “de gabinete” – é realizada no âmbito do próprio espaço físico do MPE e do MPF. O membro do MP age de acordo com as demandas em saúde que lhes são apresentadas por jornais, pelas ouvidorias (tanto as do SUS quanto as do MP), ou por representação social. Em todos os casos, a demanda passa por um crivo de veracidade para que a sua atuação não seja despropositada, desmedida ou infundada. As passagens abaixo são exemplificativas:

A gente toma muito cuidado pra isso não acontecer. Nós vamos ver esse aspecto que eu coloquei pra ti né, que é a questão de se atribuir ao Ministério Público alguma perseguição, então a gente procura sempre que seja demandado. Às vezes, por exemplo, uma pessoa liga, faz um telefonema pra cá, “olha, tá acontecendo isso”. “O senhor por favor, envie uma correspondência, ou então venha até aqui, assine essa documentação”. Até porque a gente sabe que muitas denúncias ou algumas delas também são falsas né. Às vezes as pessoas procuram prejudicar alguém em função de sei lá de vingança, etc, então a gente tem que tomar cuidado para que isso fique bem documentado. (Membro do MP/RS)

Então grande parte da nossa atuação é em função de demandas individuais, vamos dizer assim, mas sempre a gente dá abrangência geral, a gente nunca atua em favor de uma pessoa né, sempre geral. E tem muita coisa também que chega até nós através de órgãos públicos, por exemplo, a auditoria do SUS, tribunais de contas. Tem alguma demanda também que a gente, no trabalho diário, percebe alguma coisa que poderia ser melhorada e, então, de ofício se instaura. (Membro do MP/RS)

Mas aí a gente verifica claro que no conjunto – quando tem mais de uma reclamação – [...] aí tu vais tomar uma providência em termos coletivos pra prevenir que aquele tipo de problema não volte a acontecer. (Membro do MP/RS)

No caso dos jornais, o membro do MP formula a sua intervenção e estabelece as estratégias de atuação por meio do estudo da regularidade e da importância social, política, econômica e jurídica da notícia. Ou seja, na medida em que o caso noticiado se apresenta como relevante, o promotor inicia a sua atuação no sentido da concretização do direito que esteja insuficientemente satisfeito.

No caso da ouvidoria, os relatos apontam que, em geral, é o cidadão comum que a utiliza para demandar direitos que se encontram violados. Esta demanda individual é registrada no Ministério Público pois, caso seja repetida por outras pessoas ou, desde já, possua repercussão social, configura um direito essencialmente coletivo, o que enseja a sua atuação. Uma questão individual pode potencialmente demonstrar que um determinado serviço não está sendo executado concretamente num determinado local ou que uma política pública encontra-se deficiente. Partindo dessa compreensão, os membros do MP sustentam que se poderia estabelecer um *olhar coletivo* a partir de uma questão aparentemente individual.

No caso da representação social, o MP recebe a denúncia diretamente por parte da sociedade civil organizada, tais como associações civis, representações profissionais, Conselhos de Saúde, etc. Procura-se, assim, agir de forma conjunta à sociedade civil de modo que ambos atuem na efetivação do direito à saúde. Em Porto Alegre, como foi analisado, esta articulação é valorizada para que a atuação do MP, além de juridicamente possível, tenha uma legitimidade advinda da própria sociedade civil.

Para além dessas possibilidades de atuação do Promotor “no gabinete”, há outras formas mais dinâmicas, que, segundo os resultados da pesquisa, se baseiam fundamentalmente no diálogo. Em Porto Alegre, os membros do MP têm adotado como estratégia a atuação em fases pré-judiciais, visando estabelecer compromissos e acordos extra-judiciais entre os diversos atores, de modo a evitar os problemas típicos de um processo judicial, tais como a morosidade na resolução do conflito, a incerteza da decisão, etc. Sensíveis à peculiaridade da saúde no Brasil, os membros do MP têm costume de recorrer, sempre que possível, a pactos, estratégias e ações informais e extrajudiciais, valendo-se, sobretudo de sua influência e autoridade simbólica.

Assim, em Porto Alegre, tem sido freqüente a *saída do gabinete* pelos membros do MP. A idéia compartilhada por estes consiste em estabelecer um contato direto com a sociedade a fim de conhecer suas carências e atuarem de forma efetiva na concretização de direitos. Essa postura implica estabelecer o contato e aproximação com novos saberes distintos do saber jurídico tradicional e criar alternativas por meio de um diálogo constante. Ou seja, a pesquisa permite supor que os promotores têm buscado superar o imaginário relativamente compartilhado sobretudo por gestores de que, no diagnóstico de um membro do MP, “o Ministério Público é o órgão antipático por excelência; é aquele sujeito que é pago pelo Estado para falar mal dele” (Membro do MP/RS).

Neste contexto, e até como forma de reduzir essa aparente antipatia institucional, as visitas *in locci* – nos locais – têm se mostrado um instrumento eficaz para estabelecer novas estratégias. O hábito dos membros do MP de irem ao local problemático para observarem diretamente a controvérsia, deficiência ou problema tem se apresentado como uma forma recorrente de atuação no que concerne ao direito à saúde. Deste modo, o promotor torna-se não somente aquele que defende o direito da sociedade, mas também aquele que fiscaliza diretamente o que não está sendo feito e pactua estratégias para a sua efetivação. Tenta-se, a partir da visita nos locais, dialogar com os próprios atores sociais (profissionais de saúde, membros da gestão, usuários, etc.) para se chegar a maneiras de solucionar a questão em conjunto, sem necessariamente *judicializá-la*.

Por isso, o que confere dinamicidade às ações do MP são as suas formas de atuação na efetivação do direito à saúde. A possibilidade de enumerá-las de maneira exaustiva é inviável, pois um simples telefonema do promotor ao hospital ou uma simples visita ao local pode resolver o problema ou sanar a deficiência de alguma política. Pode-se, então, sustentar que o fio condutor da atuação do promotor na localidade estudada – e que pauta as outras formas de atuação – é o diálogo. Através do diálogo, procura-se resolver o problema por intermédio de meios não-formais que, por vezes, se apresentam como o caminho mais adequado ou célere. O Judiciário, por exemplo, levaria anos para resolver um problema com relação à gestão de um hospital ou com relação às licitações de medicamentos, sendo que, enquanto não resolve, muitas pessoas permanecem prejudicadas em seu direito à saúde. Neste contexto, busca-se evitar a *judicialização* da demanda em saúde, o que não quer dizer que esta não seja *juridicizada*, ou seja, discutida nos termos e sob o prisma do direito.

O promotor, segundo os resultados da pesquisa, compreende seu papel como agente responsável na resolução de problemas sociais e efetivação de direitos coletivos, procurando evitar a via judicial não só pela lentidão e incerteza das respostas do Judiciário, mas também por compreender sua atuação como desvinculada e independente deste Poder para efetivar o direito à saúde. Isso reforça sobremaneira a sua relevância no âmbito da efetivação de direitos, que se cristaliza na própria verbalização de Habermas como um autorreferencial para o estabelecimento de estratégias de atuação. Segundo um membro do MP/RS,

O nosso objetivo primeiro é sempre buscar o consenso. É por isso que Habermas pra mim é um ídolo do diálogo. Então buscar o diálogo, buscar o consenso, buscar o que é possível agora, criar condições para que aquele outro possível se concretize em um momento mais próximo, mas assim, sempre numa visão de futuro. (Membro do MP/RS)

Esta preocupação de alcance do consenso, de considerar o outro, de ampliar e incorporar critérios substanciais da sociedade, etc, tem sido estratégia comum em Porto Alegre. Inclusive, essa postura do MP na saúde recebeu elogios dos próprios membros da gestão deste município, o que permite afirmar a existência de um caráter dialógico no processo de construção e garantia do direito à saúde. A passagem abaixo é ilustrativa do diagnóstico dos membros da gestão de saúde em Porto Alegre:

Porque o Ministério Público, nesse papel, ele também escuta o gestor, ele também olha o limite que a gente tem às vezes que dar conta de determinada coisa em um determinado tempo né. Então ele negocia prazo, mas ele monitora, fica no pé, e ele vai pressionando. E a gente é obrigado a fazer coisa, porque se não fosse por isso não faria muitas vezes, se acomodaria, não faria, parará. Ele também faz esse papel de intermediação que é fundamental. Muita coisa que a gente andou aqui e organizou eu tenho certeza que o Ministério Público e o povo estavam no pé. (Membro da gestão/RS)

Eu acho que inclusive é esse [o papel do MP], de mediar esse processo de qualificação da gestão. Porque o Ministério Público, nesse papel, ele também escuta o gestor, ele também olha o limite que a gente tem às vezes que dar conta de determinada coisa em um determinado tempo né. (Membro da gestão/RS)

Qual é o meu projeto? Qual é a minha proposta? Em quanto tempo vou poder fazer? E porque não tem entendimento? Em quantos minutos vocês tão levando em média? Eles [membros do MP] vão lá e monitoram, e olham o sistema montado e pede relatório, fiscaliza, e eu acho que isso é muito bom, até porque cria cultura sabe. Cria cultura de avaliar, de monitorar, de acompanhar. (Membro da gestão/RS)

As transcrições acima permitem identificar algumas idéias relevantes. Primeiramente, observa-se a contraposição entre um Judiciário passivo, pouco propositivo, e um MP pró-ativo. E isso ocorre, segundo os gestores, principalmente pela insensibilidade que o Judiciário possui em relação à falta de recursos econômicos que a área da saúde apresenta. Em segundo lugar, observa-se que o MP não é visto meramente como uma instituição punitiva ou acusatória, mas sim como uma instituição aberta ao diálogo e à construção de consensos e pactuações, de modo a valorizar as ações e as práticas sociais com vistas ao exercício concreto do direito à saúde. Em terceiro lugar, os gestores indicam que essa atuação do MP possibilita não somente a fiscalização, como também o incentivo à cultura de avaliação e monitoramento, o que aponta para o MP enquanto instituidor de novas práticas de avaliação e gestão em saúde. Por conseqüência, é possível afirmar que o MP é respeitado e considerado na medida em que atua em conjunto os membros da gestão, razão pela qual as suas demandas recebem um “status” especial no momento da resolução e apreciação:

Eu me lembro que aqui muitas vezes “ó, isso é demanda do Ministério Público”, aí o troço andava, andava rapidinho sabe, desburocratizava, é bom. (Membro da gestão/RS)

Este depoimento permite afirmar a idéia de que as demandas do MP recebem destaque por parte da gestão em saúde, possibilitando, inclusive, uma eventual desburocratização de sua satisfação e atendimento. Isso demonstra que a relação entre os membros do MP e da gestão não é de conflito, mas de composição. Isso ocorre, principalmente, por meio de uma postura não baseada no simples interesse ou na divergência de saberes e práticas, a ponto do MP receber um número elevado de respostas junto aos gestores com relação às suas solicitações.

Daí decorre a idéia de que a Ação Civil Pública (ACP), segundo os relatos, seria um “último recurso” a ser utilizado pelo promotor, pois consiste numa ação proposta pelo MP ao Judiciário para a garantia de um direito que se encontra violado. Este tipo de ação, como é proposto perante o Judiciário, demanda considerável tempo para ser solucionada. Portanto, nos

assuntos relacionados à saúde – que, em geral, precisam de rapidez nas decisões –, a Ação Civil Pública não se configura como instrumento eficaz e célere de resolução. Isso permite supor, em ampla medida, que o MP busca evitar a *judicialização* dos conflitos e demandas da saúde.

Por meio do recurso ao diálogo, tem se desenvolvido uma outra estratégia, que preserva a juridicidade da saúde sem necessariamente discuti-la no âmbito judicial. Tal estratégia permite que os diferentes atores sociais extrapolem a perspectiva formalista calcada na letra da lei para que, no interior de suas práticas cotidianas, estabeleçam consensos e negociações. Este espaço de diálogo é o espaço da *auto-composição social*, preconizando que as formas extrajudiciais de resolução de conflitos devam envolver uma atuação conjunta e integrada que comporte três aspectos: a) evitar ao máximo que um terceiro (o Judiciário) seja o mediador do conflito, de modo que não haja um veredicto, ou seja, não haja um terceiro que dirá qual parte detém a verdade; b) estabelecer como objetivo não o alcance de uma *verdade*, mas sim de uma *solução* consensual para casos concretos; c) permitir que os próprios atores realizem a resolução do conflito, de modo a ampliar a celeridade nas decisões.

Por essa razão, a experiência de Porto Alegre tem demonstrado que MP busca *juridicizar* os conflitos, sem necessariamente *judicializá-los*. Uma breve análise das Ações Cíveis Públicas propostas pelo MPE, por exemplo, evidencia a relevância institucional da estratégia juridicizante. Segundo relato de um membro do MPE, entre os anos de 2000 a 2005, somente duas Ações Cíveis Públicas haviam sido propostas perante o Judiciário, ambas contra o Governo do Estado, e que contou com a participação de MPE e do MPF, bem como do Conselho Estadual de Saúde. No âmbito do MPF, a recorrência de ações cíveis públicas é maior, mas mesmo assim a estratégia do diálogo é adotada como principal. A passagem abaixo é reveladora:

Com certeza a nossa relação é muito boa. O Conselho Estadual de Saúde até o ano passado eu participava das reuniões, das plenárias deles. Muito boa a relação! Também se recebe representações, se atua também em função de representações deles, como foi o caso de uma ação que nós ajuizamos ano passado pedindo seiscentos e poucos milhões de reais do Estado pra saúde, porque o Estado não ta cumprindo a Emenda Constitucional 29, e isso foi tudo a partir de uma representação do Conselho Estadual de Saúde. Nossa relação com eles é bem produtiva. (Membro do MP/RS)

De resto, as estratégias e atuações do MP na tutela coletiva da saúde têm se concentrado, majoritariamente, em pactos, negociações e consensos extrajudiciais. Inclusive, os próprios membros do MP reconhecem que, na área da

saúde, a rapidez na solução dos problemas está diretamente relacionada à dinamicidade e à maleabilidade dos instrumentos de concretização de direitos. As seguintes passagens são ilustrativas no tocante à inexistência de ações judiciais contra o município de Porto Alegre:

Um dos motivos de orgulho aqui na Promotoria é que nós, nesses quatro anos, em relação à saúde, eu acho que nós entramos com Duas Ações Cíveis Públicas. Isso significa o que? Que o Município de Porto Alegre sempre fez o ajuste de conduta conosco. (Membro do MP/RS)

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 né, em relação a isso. Até o momento sempre tivemos muita tranquilidade para trabalhar sobre esse aspecto: você chamava o Município, ajustava, e eles sempre cumpriram, deu tudo sempre certo né 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 a saúde no Município de Porto Alegre, porque tudo foi resolvido com o Compromisso de Ajustamento. (Membro do MP/RS)

Muitas coisas a gente resolve na maioria dos nossos expedientes... a grande maioria não é resolvida via judicial. São resolvidos extrajudicialmente por Termo de Ajustamento de Conduta. Muitas vezes em reuniões se resolve alguma coisa... ofícios... se pede né! Se menciona aos órgãos públicos pra implementarem tal política pública. E a gente vai cobrando, vai gestionando. E a maioria das coisas se resolve por aí; são poucos os casos que a gente tem que judicializar mesmo. Isso realmente é uma minoria. (Membro do MP/RS)

Assim, não adianta eu querer ir prum lugar e querer que fique tudo maravilhoso em um ano. Então eu vejo: o que é prioritário? o que é mais importante aqui? O que tem que ser feito agora? Eu tenho alguns Compromissos, por exemplo, em que no Hospital X tinha cinquenta itens, aí eu chamava a vigilância sanitária: "me dá aqui os quinze mais importantes. Para estes quinze mais importantes: três meses. "Me dá os outros quinze mais ou menos. Pra esses: seis meses ou um ano. E quais são assim os que dá pra deixar pra lá...mais um pouquinho? Ah! São esses. Então pra esses: um ano e meio ou dois". (Membro do MP/RS)

Diante deste cenário, a utilização do Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) tem sido preferível à da Ação Civil Pública. O TAC consiste num compromisso ajustado entre o membro do MP e o da gestão, de modo que se corrija uma situação débil ou se satisfaça alguma política de saúde. Neste sentido, o TAC permite: a) a *previsão* de quando será solucionado o problema (através de um prazo); b) o conhecimento de *quem* o solucionará (através de quem assinou o termo); c) a definição de *como* solucionará (medidas a serem tomadas no prazo para solucionar). Portanto, a segurança de que o problema será resolvido conjugada à rapidez do processo decisório propicia ao TAC o "status" de estratégia formal mais recorrente de atuação do Ministério Público,

pois confere maior certeza à garantia de um direito. No âmbito da saúde, o TAC reforça um novo tipo de responsabilidade, que consiste na *responsabilidade sanitária*, que se baseia fundamentalmente em estratégias dialógicas de efetivação do direito. Observe, por meio dos seguintes relatos, como a estratégia do diálogo é utilizada por um membro do MP/RS no âmbito do Termo de Ajustamento de Conduta:

Mas deve haver um canal de dialogo, nós construímos esse canal de dialogo pra que nem todas as demandas, como eu havia te dito, tenham de ser canalizadas pela via judicial. É necessário que haja, pra que o sistema funcione, sob pena de não se conseguir nenhum resultado sob uma ação judicial. (Membro do MP/RS)

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 [...] Foi assim que a gente conseguiu. (Membro do MP/RS)

A gente não tem possibilidade, o Ministério Público não pode abrir mão do cumprimento da lei, mas pelo Termo de Ajustamento de Conduta ele pode adequar gradativamente, ele pode negociar o cumprimento da norma, como vai ser feito o prazo do cumprimento da norma. (Membro do MP/RS)

Até porque o nível de demandas é muito grande né, então se tu formalizar tudo né... então tu procura resolver, e se não há resolução por contato informal, nós formalizamos através do inquérito civil, que muitas vezes resolve. (Membro do MP/RS)

Em Porto Alegre – inspirados numa perspectiva de preservação da continuidade das políticas públicas –, os promotores têm procurado vincular os efeitos do não cumprimento do TAC à pessoa do gestor, e não à administração pública em geral, o que amplia consideravelmente as possibilidades de seu cumprimento. Trata-se da obrigação do membro da gestão de reparar outrem, seja moralmente, seja patrimonialmente, por danos causados a este em virtude de sua ação ou omissão. Com isso, ao buscar vincular os efeitos do descumprimento do TAC ao membro da gestão, os promotores buscam reforçar a *responsabilidade sanitária* que aquele tem em relação à efetivação do direito à saúde e à implementação de políticas públicas.

Da parte do membro da gestão, a assinatura do TAC demonstra a sua vontade política para resolver uma determinada deficiência ou insuficiência no sistema público de saúde. Caso não assinasse – e tem a possibilidade de não assinar, pois se trata de ato discricionário –, a ACP demandaria muito mais tempo e, por vezes, quando é decidida, o próprio gestor já não se encontra mais em seu cargo, o que retiraria a possibilidade de sua responsabilização. Neste sentido, o gestor que assina o TAC demonstra, simbolicamente, que não pretende se utilizar da lentidão do Judiciário para não implementar uma

política de saúde. Assina o TAC, deste modo, mediante prazo fixado e responsabilização certa, com conseqüências institucionais e jurídicas definidas.

A gestão construída a partir da auto-composição busca uma visão construcionista de conceber novos saberes e práticas em saúde: uma visão compartilhada entre sujeitos, seja na adoção, seja na criação de novas tecnologias de gestão da saúde sob uma perspectiva de *gestão compartilhada*. Tal perspectiva diz respeito muito mais a uma finalidade ético-política do sistema de saúde do que propriamente às suas ações específicas; ao invés de se limitar à prestação de assistência médica, a pesquisa demonstra a compreensão dos membros da gestão e do MP de que a política de saúde deve contribuir para o desenvolvimento de sujeitos autônomos e livres. Conseqüentemente, esta forma de gestão contribui decisivamente para a superação da tradição brasileira de normatização e implementação vertical das políticas de saúde, produzindo propostas pautadas num processo dialógico/horizontal entre instituições jurídicas, sociedade civil e gestores. Na avaliação de um membro da gestão de Porto Alegre,

O Judiciário atrapalha nesse sentido, porque ele atropela, ele não quer saber, ele não entra no diálogo, ele não faz o diálogo. O Ministério Público aqui até em algumas circunstâncias tem sido parceiro, ele vai, acompanha determinadas polemias, e faz esse contraponto e media. Mas o poder judiciário, esse puro e simples, – a instância jurídica lá – quando o cara acessa lá “eu quero processar, eu quero entrar com uma ação, eu quero requerer” não tem conversa. (Membro da gestão/RS)

Mais ainda, este tipo de gestão auxilia na criação de sinergias e ambientes propícios no sentido da definição de prioridades para as soluções dos principais problemas de saúde, sem perder o foco da *juridicização*. Os resultados da pesquisa permitem supor que a *juridicização da saúde* propicia a constituição de respostas concretas às necessidades deste direito por intermédio de uma *vontade comum*, que é pactuada com a convergência de diversos saberes e práticas. Esta *co-gestão* se apresenta, por conseqüência, como um modo de gestão em equipe, próprio das sociedades democráticas, no qual o poder é compartilhado por meio de avaliações e decisões conjuntas, de modo a envolver os diferentes atores sociais que participam do processo. Isso reconfigura e tensiona a própria perspectiva de *judicialização da política* e chama atenção, de forma bastante clara, para as atuações extrajudiciais. O âmbito extrajudicial inaugura e confere realce a outros personagens que, em virtude de suas estratégias de ação, são decisivos na efetivação de direitos sociais. Talvez, se for possível caracterizar algum tipo de ideologia do Ministério Público em Porto Alegre no âmbito da saúde, a extrajudicialidade se apresenta como atributo central.

4 Considerações finais

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 de sua efetivação. Os desafios e debates sobre a garantia 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.

O Ministério Público, no Brasil, desempenha uma função fundamental para a continuidade da democracia: na medida em que não está vinculado a nenhum Poder, o Ministério Público representa não somente o defensor da lei, como também o defensor *da* sociedade, portanto esta instituição age *pela* sociedade. De fato, o que se observa é um órgão independente, emancipatório e autônomo, cuja legitimidade advém da lei por mérito dos concursados.

De certo, essa legitimidade formal constitui apenas uma faceta que possibilita a ação do MP, o que abre caminho para uma legitimidade material, concreta, em virtude de sua qualidade de instituição dinâmica de garantia de direitos. O MP tem se configurado como um eficaz articulador na resolução de conflitos, buscando conjugar os direitos garantidos constitucionalmente às práticas sociais. Por isso, o MP tem se mostrado uma instituição jurídica importante para superar o hiato constituído entre direitos existentes e a realidade desigual ou, mais propriamente, entre o *mundo do direito* e o *mundo dos fatos*. De uma forma específica, o MP tem atuado no sentido de fiscalizar a administração pública e de mediação de conflitos, com vistas à sua resolução imediata, o que permite seu destaque no cenário da garantia de direitos. No âmbito de suas atribuições, sobretudo na *juridicização* da saúde, o Ministério Público desempenha papel fundamental pelo menos em cinco dimensões:

- se num contexto de *judicialização* o Judiciário é chamado a *decidir* no sentido da resolução definitiva de um determinado conflito (Tate e Vallinder, 1995: 15); num contexto de *juridicização* predomina a idéia de *consenso pelo diálogo*, ou seja, a ênfase num processo de negociação, pactuação e concessão recíproca entre os diversos atores cujo resultado é construído consensualmente;
- o que está em pauta num contexto de *judicialização* é o monopólio do poder de legislar (Ferejohn, 2002, p. 17-18); ao passo que num contexto de *juridicização* também se objetiva estabelecer estratégias de execução pró-ativa de políticas públicas, de modo a consolidar recursos, diretrizes e compromissos a serem implementados num dado tempo pactuado;
- a *judicialização* da política possibilita a proeminência do Judiciário na definição de direitos sem incorporar critérios sociais substantivos, pois pode configurar uma relação entre Judiciário e Estado de moldes providenciais

(Werneck Vianna *et al*, 1999, p. 43); ao passo que na perspectiva de *juridicização* a incorporação da sociedade civil se constitui como pressuposto para a formulação de consensos que sejam efetivamente plurais;

– num contexto de *judicialização* da política, cujo principal indicador no Brasil é o controle de constitucionalidade, há uma ampliação da comunidade de intérpretes, porém ainda muito restrita aos órgãos de cúpula, tais como o Supremo Tribunal Federal e os Tribunais Superiores (Idem, p. 47); ao passo que num contexto de *juridicização* se observa uma maior pluralidade de atores e instituições no processo de interpretação constitucional, que não se restringe somente à interpretação oficial, geral ou abstrata de um tribunal;

– num contexto de *judicialização*, se observam demandas que chegam a um Judiciário sob forte influência do princípio da separação de poderes e da adesão ao direito sob forma de códigos (Werneck Vianna *et al*, 1997, p. 12); ao passo que num contexto de *juridicização* se observa um cenário que busca, por princípio, considerar as especificidades dos contextos em que as demandas estão inseridas para estabelecer estratégias mais efetivas para a satisfação de tais demandas.

Assim, é esta possibilidade de atuar de forma independente ao Judiciário que permite a proeminência e o destaque do MP na efetivação de direitos sociais e coletivos que exigem rápida prestação, tais como a saúde, ganhando relevo os instrumentos extrajudiciais, a exemplo do TAC. Tão importante quanto o estudo dos *fins* de uma ação judicial é o dos *meios* utilizados pelas diversas instituições para efetivar direitos. O estudo da experiência de Porto Alegre pode oferecer subsídios para pensar uma nova forma de atuação do MP que vai além da mera judicialização, o que permite ampliar ainda mais as reflexões sobre o protagonismo deste ator no tocante à efetivação de direitos e implementação de políticas públicas. Talvez, assim seja possível compreender uma nova forma de atuação das instituições jurídicas.

5 Referências bibliográficas

ARANTES, R. B. *Ministério Público e Política no Brasil*. São Paulo: Sumaré, 2002.

ASENSI, F. D. *Juridicização das relações sociais e Ministério Público: novas estratégias e desafios na efetivação do direito à saúde*. Dissertação de Mestrado em Sociologia, IUPERJ, Rio de Janeiro, 2008. 206p.

BRASIL, *Constituição da República Federativa do Brasil*, 1988.

CASAGRANDE, C. *Ministério Público e a judicialização da política – estudos de casos*. Porto Alegre: Sérgio Antonio Fabris Editor, 2008.

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

FEREJOHN, J. Judicialización de la política, politización de la ley. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, nº 184, pp. 13-50, 2002.

FOUCAULT, M. A governamentalidade. In: MACHADO, R. (Org.). *Microfísica do poder*. São Paulo: Editora Graal, 2004b.

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.

MATTOS, R. A. de. Direitos, 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.

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. (Orgs.) *Construção Social da Demanda – Direito à Saúde, Trabalho em Equipe, Participação e Espaços Públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005.

RITT, E. *O Ministério Público como instrumento de democracia e garantia constitucional*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002.

SARLET, I. W. *A eficácia dos direitos fundamentais*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SILVA, J. A. da. *Curso de direito constitucional*. São Paulo: Editora Malheiros, 1993.

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. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092001000100007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04/11/2008.

TATE, N. & VALLINDER, T. *The global expansion of judicial power*. New York: New York University Press, 1995.

WERNECK VIANNA, L. J.; CARVALHO, M. A. R. de; MELO, CUNHA, M. P. da; BURGOS, M. B. *Corpo e alma da magistratura brasileira*. Rio de Janeiro: IUPERJ, 1997.

_____. *Judicialização da política e das relações sociais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, 1999.