

Direito à saúde na sociedade contemporânea: um convite à reflexão

VERA MARIA RIBEIRO NOGUEIRA*

Resumo: Este artigo¹ contém uma reflexão sobre o direito à saúde na sociedade contemporânea e decorre de preocupações éticas e políticas que surgem e se intensificam face das novas agendas para o setor saúde, veiculadas pelo Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (2002). Compondo a tendência mais radical do paradigma da economia da saúde e acentuando uma visão de cidadania² social restrita e atribuída aos segmentos populacionais extremamente empobrecidos, vem sendo denominado pelas agências multilaterais como a nova geração das reformas sanitárias (Laforgia, Raw, Levcovitz, 2002, Marin, 2002).

Palavras-chave: saúde, direito, agências multilaterais

As diretrizes do Banco Mundial para o setor social, previstas para os anos 2000, contêm alterações quase imperceptíveis, especialmente a partir de finais de 1998, quando se avolumam as críticas ao alto custo das medidas, expressos pela queda acentuada nos índices sociais.

* Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina.

¹ Este texto fundamenta-se em reflexão originariamente preparada para evidenciar a desconstrução do direito social à saúde nos termos da Constituição Brasileira e a construção de uma outra hegemonia na área da saúde, parametrada pela eficiência econômica, e apresentada em tese de doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

² Considera-se, na mesma linha de Kymlicka e Norman (1997), Mouffe (1996) e Dagnino (1994), que a cidadania é mais que um conjunto de direitos e responsabilidades envolvendo um sentido de *identidade política* e de *pertencimento a uma comunidade política*, uma cidadania ativa no sentido forte do termo, que expressa o *direito a ter direitos* de forma igualitária, na definição e invenção de uma nova sociedade.

O discurso do presidente do Banco, James D. Wolfensohn, em 6 de outubro de 1998, é o sinal de partida para a revisão de alguns pontos do Consenso de Washington, com um apelo maior para as questões sociais.³ O economista John Williamson (2002), complementando, afirma que o Banco está preparando uma agenda para a América Latina, que conterà quatro pontos básicos: adotar políticas econômicas que minimizem as crises, evitar a entrada indiscriminada e excessiva de capitais, completar as reformas no mercado de trabalho (as reformas de segunda geração do Consenso de 1989) e “o último ponto seria dar mais atenção aos problemas de distribuição de renda, ajudar os pobres a entrar na economia de mercado oferecendo coisas que nós queremos comprar” (Williamson, 2002, p. 4).

Na área da saúde, a nova geração de reformas que vem sendo divulgada e incrementada pelo Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento e OPAS, a partir de 2000, se enquadra no desenho apontado sendo que os elementos centrais são: 1. alterar o papel dos governos na área sanitária – ampliação da capacidade de governabilidade, de desenvolvimento de dados e de informações na saúde, descentralização da autoridade; 2. financiamento – associação de riscos, garantia de nível adequado para saúde pública e de serviços básicos para população carente, contenção de custos; 3. prestação de serviços de saúde – descentralização, separação entre financiamento e provisão; 4. parcerias entre público e o privado (Laforgia, Raw, Levcovitz, 2002).

O direito à saúde, nos novos encaminhamentos, se aproxima de um enquadramento individual, perdendo o caráter social que fundamenta a cidadania plena que foi um dos ideais igualitários do século XX. Assim, a saúde vem cada vez mais sendo tratada como um bem privado e não com o estatuto de um bem público. Em face desse quadro, a retomada do debate sobre o tema pode contribuir para a apreensão da questão e iluminar ações que, a médio e longo prazo, possam reverter o cenário atual.

Convém delimitar, inicialmente, a direção teórica e política assumida sobre direito social e cidadania, que são as categorias que sedimentam a reflexão. Ambos são apreendidos como vinculados a uma cidadania ativa, como uma constante luta contra qualquer

³ A preocupação maior não diz respeito a alterar o modelo econômico, mas sim focalizar os recursos para atenuar as condições de miserabilidade.

constrangimento que impeça seu exercício ou, no dizer de Oliveira (2002), a garantia de uma autonomia plena. Essa autonomia não ocorre em um vazio ou em um espaço virtual, conforme colocado na teoria jurídica clássica, mas em situações cotidianas e reais. Não entende os direitos sociais como uma *ficção jurídica*, o que possibilita obscurecer qualquer crítica sobre sua não-garantia, reduzindo seu potencial político de transformação da ordem societária. Afasta-se, portanto, de um *ideal* de direito social que não se realiza no plano concreto.

Além das garantias jurídicas formais, os direitos expressam formas de relação, uma “forma de sociabilidade regida pelo reconhecimento do outro como sujeito de interesses válidos, valores pertinentes e demandas legítimas” (Telles, 1994a, p. 92), transitando entre o plano dos valores e da materialidade efetiva, saindo do plano virtual ou formal e alcançando uma realização cotidiana que exprime os valores definidos *ex ante*. Essa definição ocorre em espaços públicos onde os contratos entre os interesses divergentes são traduzidos, democraticamente, em consensos relativos que devem ser objetivados em práticas concretas.

Quando se apontam categorias como cidadania social, ou direitos sociais de cidadania, tem-se clareza do limite que essa decisão impõe, situada no campo dos direitos, nomeados, pelas tendências teóricas críticas mais radicais, de direitos burgueses. Kymlicka e Norman esclarecem a questão apontando que

ao nível de la teoría, se trata de una evolución natural del discurso político, ya que el concepto de ciudadanía parece integrar las exigencias de justicia y de pertenencia comunitaria, que son respectivamente los conceptos centrales de la filosofía política de los años setenta y ochenta. El concepto de ciudadanía está íntimamente ligado, por un lado, a la idea de derechos individuales y, por el otro, a la noción de vínculo con una comunidad particular. (Kymlicka, Norman, 1997, p. 5).

Assim, contrariando uma abordagem clássica dos fenômenos jurídicos, entre os quais se inscrevem os direitos sociais, a teoria crítica assinala que as condições jurídicas, ou formas políticas, não se explicam por si mesmas, como pretendem os defensores dos procedimentos essencialmente normativos, que difundem uma idéia de justiça autonomizada das condições objetivas, independente dos modos de organização da produção e reprodução social. Qualquer análise sobre instituições no plano do direito, na abordagem definida

para essa reflexão, implica articular os direitos às condições reais de existência, tendo como pressuposto as relações econômicas e sociais que condicionam, no limite, os fenômenos jurídicos e políticos.⁴

Tendo como base a premissa acima, novos aportes vêm sendo incluídos na discussão sobre os direitos sociais, mormente os que os apreendem como aglutinando interesses e favorecendo a abertura de instâncias de confrontos e negociações entre o Estado, o capital e o trabalho.

Na conceituação de Kymlicka e Norman (1997, p. 25),

para la mayor parte de la teoría política de posguerra, los conceptos normativos fundamentales eran democracia (para evaluar los procedimientos de decisión) y justicia (para evaluar los resultados). Cuando se hablaba de la idea de ciudadanía, se la veía como derivada de las nociones de democracia y justicia: un ciudadano es alguien que tiene derechos democráticos y exigencias de justicia. Pero hoy toma fuerza a lo largo de todo el espectro político la idea de que el concepto de ciudadanía debe jugar un rol normativo independiente en toda teoría política plausible, y que la promoción de la ciudadanía responsable es un objetivo de primera magnitud para las políticas públicas.

Essa vertente vislumbra os direitos como espaços possíveis de construção de uma cultura política que têm sua centralidade construída a partir do vetor luta de classes, não superando, mas ao lado das estruturas partidárias e sindicais. Entre os direitos se situam, especialmente, os que dizem respeito à satisfação das necessidades concretas e cotidianas, o que exige a presença de responsabilidades e garantias, ou, de acordo com a literatura política, virtudes cívicas e direitos.

Vem se constituindo, assim, na contemporaneidade, um novo olhar sobre os direitos, mormente os sociais, deslocando-os de uma perspectiva formalista, a-histórica, para assentá-los em vetores mais concretos e palpáveis, nas condições reais de existência, particularizados em cada formação social. São considerados como uma das instâncias de lutas coletivas, tendo como palavra de ordem, o *direito a ter direitos*, consoante indicação de Vera Telles (1994a).

⁴ Entende-se, no campo da apreensão da concepção do direito e do Estado, como sendo o último a instância ordenadora do primeiro, contendo, estruturalmente, uma essência social, ou seja, como consequência de uma construção histórica, não sendo permanente e não antecedendo as formações sociais. Por essa mesma razão não partilho da concepção de um direito social ou econômico como um evento natural, existente de *per sí*, mas sim como uma construção a partir das relações de produção e reprodução social, concretas e objetivas.

Nesse eixo analítico os direitos sociais contêm uma densidade que é afirmada e reconhecida na concretude das relações sócio-históricas, espalhando-se para os distintos setores e áreas da vida social. Desde essa linha argumentativa, a área da saúde se configura como um dos espaços que espelha a materialidade dos direitos sociais.

Como pensar os significados que vêm sendo atribuídos ao direito à saúde, em um cenário onde se localizam os arranjos insólitos entre o setor público e o setor privado, nem sempre pautados por uma racionalidade ética inclusiva; onde a miserabilidade e as situações denominadas de vulnerabilidade social definem o objeto privilegiado das políticas sociais; onde ocorre o reenquadramento da sociedade civil como *parceira* do poder público, ocorrendo aí outra transferência de registro conceitual; onde se identifica a naturalização da desigualdade mencionada por Esping-Andersen (2000, p. 20), como “el ‘equipo A’ y el ‘equipo B’ en Dinamarca, la ‘sociedad de los dos tercios’ en Alemania, la sociedad de ‘dos velocidades’ en Francia, o la nueva ‘subclase’ en Gran Bretaña y Estados Unidos” e a banalização da violência e da situação de desigualdade econômica, social e cultural. As facetas da exclusão social também compõem esse quadro desolador e foram abordadas em reflexão anterior,⁵ tendo sido a questão dos direitos relacionada aos patamares de cidadania social.

Hoje, quais são as controvérsias e as convergências nas análises sobre o direito à saúde? Como os novos processos sócio-institucionais vêm sendo incorporados aos distintos eixos analíticos, ou seja, em uma perspectiva mais crítica ou mais retrógrada, visto que na atenção à saúde se reconhece um retorno a encaminhamentos e práticas de décadas e até de séculos passados? É ainda a saúde uma questão politicamente intermediada⁶ ou incorpora outros matizes e determinações contemporâneas mais recentes? Quais os aportes conceituais que enriquecem (ou empobrecem) as matrizes analíticas?

A concepção assumida exige que o movimento analítico se faça partindo de efeitos concretos no âmbito das políticas públicas, construídas a partir das agendas políticas. Nesse sentido, o reconhecimento dos interesses em presença e as diretrizes e programáticas sugeridas, ou

⁵ Publicado na revista *Ser Social*, em 2000.

⁶ Alusão a um artigo de Gustavo Bayer e Hector Leys, intitulado *Saúde como questão politicamente intermediada*, publicado na revista *Serviço Social e Sociedade* (1986).

implementadas pelo Estado⁷, indicam o significado dos direitos sociais em cada situação conjuntural.

A compreensão dos direitos sociais e, especificamente, do direito à saúde, ocorre também em várias clivagens, sendo as mais destacadas a jurídica, a econômica, a da ordem da cultura e a da política, campo por excelência da construção da cidadania. Os diversos campos não se autonomizam entre si, apresentando interfaces que, dependendo do plano analítico, enriquecem o conhecimento sobre as garantias sociais, favorecendo tanto o ângulo do conhecimento como o das ações efetivas para seu alcance.

Não cabe entender a afirmação acima como uma defesa de padrões epistemológicos onde há a separação entre o fazer e o agir, mas sim como as duas dimensões presentes em cada uma das abordagens, complementando e superando patamares compreensivos. De forma similar, convém observar que não se parte de uma idéia geral ou universal de justiça, ou da primazia do saber técnico ou popular sobre a questão e, se recusa qualquer aproximação formalista e alheia às condições do *mundo da vida*.

O debate sobre os direitos e direito à saúde abarca dois planos distintos, devidos, unicamente, à facilidade de apreensão. Desse modo, a dimensão política não se descola da econômica e da jurídica, sendo imprescindível a articulação interna entre as mesmas para se evitar o risco de uma compreensão restrita ou parcial, desqualificando a totalidade do fenômeno analisado.

O trânsito entre os direitos considerados em sua generalidade para uma especificação de ordem setorial, como o direito à saúde, pode ser encontrado, no processo de expansão e diferenciação da ação política do Estado capitalista, no mesmo movimento de incorporação do atendimento dos bens de consumo coletivo, de acordo com Bayer e Leys (1986) e tangenciando a posição de Castells (1978).

Singularizando a abordagem para as políticas sociais setoriais, especialmente as políticas de saúde, os dois autores a situam em um duplo contexto, tanto na relação direta entre capital e trabalho, como uma questão referenciada aos aspectos políticos, ou como a nomeiam, uma questão politicamente intermediada (Bayer e Leys, 1986).

⁷ O Estado é entendido como ampliado e permeado por sujeitos políticos que buscam articular consensos e obter hegemonia, como uma condensação de forças articuladas desde a sociedade civil, que é, por sua vez apreendida como o espaço da formação de consensos e aglutinação de interesses.

As contribuições de Bayer e Leys constituem um arcabouço analítico sugestivo para a abordagem do direito à saúde, delimitando sua apreensão nos Estados democráticos de direito e ultrapassando análises conjunturais e eivadas de um viés tecnocrático e historicista.

Os autores sugerem que, para se entender a constituição das políticas setoriais, deve-se retomar, brevemente, as atribuições e papéis do Estado democrático de direito em países capitalistas, em decorrência de sua expansão e ampliação de funções⁸. Três argumentos podem ser apontados para tais fenômenos: o Estado antecipando-se às necessidades de expansão do processo de acumulação capitalista; o Estado assumindo como sua função o desenvolvimento de atividades próprias do setor privado e a setorialização da política como mecanismo de fragmentação da participação política.

Embora não concordando com as afirmações de Bayer e Leys, que os dois primeiros argumentos são reações a processos externos a atuação do Estado,⁹ a terceira interpretação é resgatada como referência significativa para ampliar a compreensão sobre o direito à saúde no capitalismo contemporâneo.

Há, portanto, o reconhecimento que as relações sociais não ocorrem em um *vazio*, ou entre as pessoas individualmente, mas que são mediadas por um complexo esquema institucional, coordenado pelo Estado, que modifica tanto a dimensão da produção como o plano das práticas políticas. Por essa razão, a setorialização da política no interior do Estado capitalista é vista

como conseqüência altamente benéfica, já que os mecanismos postos em ação pelo Estado para desenvolver suas novas atividades permitirão que ele exerça melhor o seu papel não apenas de controle unilateral mas também de mediatização escamoteadora da relação capital-trabalho (Bayer e Leys, 1986, p.115).

Ocorre, de um lado, o provimento crescente de atividades ligadas à esfera da reprodução das condições de vida da população, sob a responsabilidade estatal, que as desvincula de uma relação direta entre o capital e o trabalho, obscurecendo assim as condições de exploração do trabalho, e conferindo uma aparente neutralidade ao papel estatal,

⁸ A ampliação gradativa das funções do Estado contemporâneo é reconhecida na constituição dos *Welfare State* capitalistas, sendo reconhecida atualmente há uma reversão desta tendência, que como afirma Przeworski (1988), coloca o capitalismo em uma encruzilhada.,

⁹ Entendo que são movimentos que decorrem do próprio modo de ser do Estado capitalista, compondo uma dinâmica que o associa às exigências do capital.

independentizando-o da esfera da produção. Pode-se argumentar que isso não só isola o Estado, como as exigências da vida cotidiana, que são naturalizadas e interpretadas nelas mesmas. Nesse processo, as intervenções na esfera das políticas sociais se autonomizam da esfera da produção, situando-se como *um mundo à parte*, podendo suas falhas, e inconsistências, serem explicadas, quando muito, como a incompetência do Estado e o que é mais sério, tais ações, assim, podem ser atribuídas a um sentimento humanista, beneficente, unicamente de justiça social, de um problema da esfera administrativa ou, quando muito, relacionada aos aspectos redistributivos.

Uma segunda conseqüência, apontada pelos autores mencionados, é a tendência de concentração da participação política da população em aspectos setoriais, fragmentando tanto a densidade desta participação como dificultando avaliar a legitimidade do Estado e revelar a sua pretensa neutralidade,

paralelamente, o argumento da condução dessas políticas não é diretamente político, mas sim técnico e aparentemente específico a cada área de política. Com isso, a questão da legitimação transforma-se em um somatório de argumentações técnicas específicas, reduzindo-a, portanto, a uma questão de eficiência (Bayer e Leys, 1986, p.117).

Essa abordagem vem explicar o potencial ampliado de reivindicação, colocado em cena pelos movimentos sociais, na medida em que, quando adquirem maior densidade, o que permite questionar o aprofundamento da hegemonia do capital através do aparato técnico estatal.

Caberia aqui, incluir um parêntese e trazer a abordagem de Castells (1978), no sentido de complementar o que é fundamental para a apreensão da gênese dos direitos sociais particulares, especialmente o direito à saúde. Ao analisar a politização das questões urbanas, ainda na década de 1970, aponta que estas, enquanto problemas do *quadro da vida*, se apresentam como novas expressões da contradição capital-trabalho, não pelo poder financeiro, mas do capital como relação social. Estas novas contradições, no entanto, não se assentam em uma contradição direta entre burguesia e classe operária, mas entre os interesses próprios da burguesia e os interesses do conjunto das camadas populares, sobre o qual incidem, de maneira perversa, os modos de organização da vida cotidianos impostos pela racionalidade do capital.

Ora, é justamente esse pluriclassismo das contradições urbanas que as torna estrategicamente fundamentais para uma transformação das relações sociais porque generaliza objetivamente as fontes de oposição à classe dominante na grande maioria do Povo (Castells, 1978, p. 146).

O processo político, no caso específico, partiria da articulação política das necessidades sociais, da organização dos interesses coletivos em torno de demandas concretas. Tal poderia vir a comprometer a ação aparentemente neutra do Estado, visto que as solicitações extrapolam a estrutura de classes e não teriam condições de serem administradas através do quadro institucional da política clássica.¹⁰

Continuando a argumentação central, as políticas setoriais se originariam, portanto da necessidade de administração estatal de determinadas atividades, exigências de ordem econômica, mas sendo intermediadas por estruturas políticas. Assim, a consequência é tanto a legitimação, via concretização de políticas setoriais, como se transformação em funções estatais, cumprindo a finalidade de aprofundar a mediação entre capital e trabalho. A fragmentação das políticas setoriais favoreceria, portanto, a legitimação do Estado, visto que as densidades políticas e a visibilidade maior são, flagrantemente obscurecidas, pela possibilidade do atendimento das demandas, via intervenção estatal.

Especificamente em relação à saúde, outros determinantes podem ser adicionados à interpretação da gênese do direito à saúde.

Uma delas se refere a apreender a política de saúde como derivada das “necessidades de reprodução ou até mesmo da própria constituição da força de trabalho e como resultado da constituição de interesses econômicos na área da saúde” (Bayer e Leys, 1986, p. 119). Essa interpretação encontra-se presente na produção teórica de estudiosos vinculados à tradição marxista, a qual subsidiou, em grande parte, as propostas reformistas do período antecedente à crise fiscal do Estado.

A construção do saber científico pode ser incorporada, não como uma explicação extemporânea e a-histórica, mas a partir da apreensão da construção parcelar das ciências, sob a inspiração cartesiana. A segmentação dos setores da vida e do humano permitiu, no momento da necessidade de uma intervenção deliberada, que os problemas, nas

¹⁰ Ou seja, a relação direta entre a dominação política e a estrutura de classe, própria dos países capitalistas centrais, onde as posições são bem demarcadas e explícitas.

dimensões sociais e biológicas, sofressem uma intervenção fragmentada e pontual, onde cada disciplina ou saber científico, respondesse por um objeto ou aspecto único, desaparecendo a visão da totalidade do ser, de sua integralidade. Esse trato do mundo social e do mundo físico favoreceu os mecanismos de incorporação das demandas sociais pelo Estado, através de políticas sociais de corte setorial.

Outra interpretação é o potencial de controle, através das políticas de saúde, sobre a classe trabalhadora. Nesse campo, cabe retomar posição de Offe (1984), quando interpreta o papel das políticas de proteção ao trabalho favorecendo a transformação de mão-de-obra não assalariada em assalariada. Na saúde, esse argumento é poderoso, pois incorpora duas teses que devem ser assinaladas: o risco da incipiente sociedade de trabalho, e a interdição do acesso aos serviços de saúde por parte da classe trabalhadora em ascensão. Há que se observar que o nascimento da clínica e dos cuidados médicos individuais sempre foram conformados como uma atividade liberal,¹¹ ou seja, a medicina manteve seu caráter estritamente privado até o final do século XIX. Não cabe entender essa observação como a não interferência estatal na saúde, pelo contrário, a literatura indica que a ação estatal sempre esteve articulada ao controle das grandes endemias e às medidas de higiene, com escassa regulação sobre a ação médica em si (Bernardelli, 1999).

A explicação para o acentuado enfoque nas políticas de saúde, e no direito à saúde, seja para sua ampliação como para sua redução, a partir da expansão, e posteriormente, da crise do Welfare State, articula as argumentações anteriores, sendo “a política vista como uma nova ocasião de lucro mundialista” (Castells, 1978, p. 161) ora como um custo que reduz o uso do fundo público em detrimento de seu uso pelo capital.

Uma última interpretação pode ser acrescentada às anteriores. De acordo com Bayer e Leys (1986), ao atuar de forma a obscurecer a contradição capital-trabalho,

sua relevância para a constituição da forma tecnocrática de argumentação do Estado capitalista contemporâneo também é central: na medida em que for possível reduzir essa questão, tão diretamente ligada à vivência imediata das pessoas, aos

¹¹ Essa situação parece ter sido distinta nas antigas civilizações, quando o poder e as práticas médicas integravam o próprio setor estatal ou situavam-se estritamente relacionados a ele.

parâmetros da discussão política tecnicizada, em menor grau passíveis de controle pelos dominados a partir de sua experiência concreta de vida (Bayer e Leys, 1986, P. 124).

Não cabe entender as interpretações acima como determinando um padrão uniforme para a intervenção estatal, aplicadas com o mesmo desenho em todos os países. Ao contrário, as exigências de ordem econômica e política vão conformando o direito à saúde, alterando seu conteúdo, seu alcance e os mecanismos acionados para sua garantia, tanto nos países entre si, como, muitas vezes, no interior de cada país. As tendências recentes de descentralização ampliam essa complexidade e diversidade, tornando a análise dos direitos sociais um exercício contínuo de articulação global/local.

Assim, essa proposta analítica é constantemente refeita, incluindo as noções que correspondam à sua atualização para cada período e espaço. Portanto, o direito à saúde, longe de ser visto como uma decorrência de abstratos ideais humanitários, de solidariedade, de moralidade ética, de justiça social, de necessidade básica articulada à sobrevivência, deve ser apreendido enquanto relacionado aos complexos e intrincados mecanismos de mediação, próprios do sistema capitalista em seu estágio atual.

A crise do Estado de Bem-Estar e os mecanismos para correção dos rumos da acumulação capitalistas, tornam quase obrigatório abordar o direito a saúde, em suas alterações recentes, na sua relação com o fundo público. Especialmente quando a apropriação da atenção à saúde vem sendo qualificada como um processo que supera o que foi qualificado como *capitalização de medicina para mercantilização da medicina*. Essa linha analítica ratifica e aprofunda a argumentação sobre os direitos sociais enquanto intrinsecamente relacionados à dimensão econômica.

A afirmação da estreita relação entre o direito à saúde e o fundo público decorre do processo, identificado a partir dos anos 1970, de que o potencial das ações e serviços de saúde, para além da regulação política da força de trabalho, ser uma atividade potencial e crescentemente lucrativa, abrangendo diversos setores produtivos, desde os produtores de insumos e pesquisas até as intervenções, via atendimento médico e hospitalar à população. Esse processo foi caracterizado como o de capitalização da medicina, em sua primeira etapa e, ao acentuar-se, foi nomeado de mercantilização da saúde (Negri e Di Giovanni, 2001, p. 17). A superação dos modelos que

possuíam como fundamento de aglutinação e sustentação o ideal de solidariedade, vêm sendo rapidamente superados pelo *Consenso de Mercantilização da Saúde*.¹² O crescimento das doenças crônicas devido ao envelhecimento da população, o descaso pela qualidade das ações desenvolvidas são apontados como responsáveis pelo trânsito mencionado. Embora iluminem aspectos significativos, outras determinações podem ser aduzidas, especialmente as derivadas do crescente individualismo e da diferenciação presente nas sociedades atuais. Ainda, os imperativos macroeconômicos e as estratégias mercadológicas utilizadas em larga escala para transformar a saúde em um objeto corriqueiro de consumo vêm contribuindo para a metamorfose na concepção de direito à saúde.

Indica o professor Carvalheiro (2000) que qualquer análise sobre a situação das políticas sociais, e pode-se dizer, portanto, sobre o direito à saúde não pode descurar o fato de que o setor que mais favorece a acumulação, nos dias atuais, é o setor terciário da economia, sendo a saúde a área de maior dinamismo nesse processo.

A própria transformação de paradigma na saúde vem ilustrar, de forma cristalina essa afirmativa sendo que se colocam, “supostamente”, em campos opostos a Organização Mundial da Saúde e suas agências regionais, e o Banco Mundial. Na realidade, há uma única direção política, que é difundida nas distintas frentes de ação desses organismos.

Cada uma das agências tem suas proposições, as quais são veiculadas a partir das respectivas comunidades epistêmicas, caracterizando-se duas vertentes de análise, com paradigmas distintos. De um lado o paradigma da saúde pública, defendido pelas tradicionais agências de atenção à saúde e de outro, o da economia da saúde. O primeiro “adota o princípio da equidade e o marco conceitual da epidemiologia [...]. O paradigma da economia da saúde, os princípios da competitividade, da focalização e seletividade da ação pública e o método das ciências econômicas e administrativas” (Carvalheiro, 2000, p. 9).

O grupo ligado à saúde pública repõe e recicla antigas palavras de ordem, como *Saúde para todos*, atualmente, *Saúde para todos com equidade*, sempre apostando em melhorias futuras. O documento

¹² Braga e Silva (2001) apontam e debatem, a partir da literatura sobre o *Consenso de mercantilização da saúde*, os argumentos e fundamentos deste eixo analítico.

“Investindo em Saúde”, do Banco Mundial (1993), é a principal referência da comunidade reunida sob o rótulo de economia da saúde. No documento indicado, avoca para si a prerrogativa de ser o grande mentor e a agência financiadora de um futuro com saúde para todos.

A transposição do paradigma da equidade, que é o da Organização Mundial da Saúde, para o paradigma da economia da saúde, indica o trânsito entre uma apreensão do direito à saúde desde um ideal de igualdade e equidade em saúde, para um entendimento que o direito social à saúde incorpora outros critérios distributivos, nomeadamente o da situação de pobreza ou de mérito corporativo.

Nessa linha de raciocínio, a contribuição de Oliveira (1988) é significativa, pois permite apreender os nexos entre as dimensões políticas e econômicas no universo da saúde, que sempre foi colocada em um patamar diferenciado, mais referenciado aos ideais de solidariedade e benemerência e não de mercadoria.

Oliveira (1988), sistematicamente, vem discutindo o papel fundo público e sua conseqüente relação com a esfera pública, a democracia e as políticas sociais¹³ como se demonstra a seguir.¹⁴

Contrariamente ao que ocorria no capitalismo concorrencial, quando o fundo público possuía um caráter *ex post*, ou seja, surgia em seguida ao ciclo de reprodução do capital, hoje, o fundo público ocupa uma posição *ex ante* das condições de reprodução dos capitais particulares e das condições de reprodução da vida social. Como afirma Oliveira, “ele é a referência *pressuposta* principal, que no jargão de hoje, *sinaliza* as possibilidades da reprodução” (1988, p. 9).

A análise, sob o olhar da reprodução da força de trabalho, ressalta sua contribuição para a ampliação do salário indireto, libertando o salário direto para outros itens dos gastos domésticos e alimentando consumo de massa, tendo como conseqüência o crescimento dos mercados de bens de consumo duráveis.¹⁵ Nesse raciocínio o padrão de financiamento público do *Welfare State* transformou os fundamentos

¹³ Oliveira discute o fundo público em relação às políticas sociais, não se detendo particularmente na saúde, mas o patamar explicativo e a riqueza de sua argumentação contribuem, em muito, para entender a situação atual da política de saúde nas reformas em curso nos países capitalistas.

¹⁴ A argumentação a seguir é retirada de Francisco de Oliveira (1988).

¹⁵ Segundo ainda o mesmo autor é esse padrão crescente de financiamento público que está provocando o continuado déficit nos países industrializados e, portanto, é esse padrão que está em crise e não a intervenção estatal.

da categoria do valor como ponto central da reprodução tanto do capital como da força de trabalho.¹⁶ Transformou-se, o padrão de financiamento, em um *locus* público de discussão, um espaço de construção de regras consensuais e estáveis (porque previsíveis), ou seja, uma esfera pública, onde a competição capitalista é limitada pelas próprias regras ali definidas. Continuando sua rigorosa argumentação, Oliveira indica as conseqüências teóricas desse padrão de financiamento para o campo marxista, repondo, especialmente, o problema clássico da tendência declinante da taxa de lucro e os limites do próprio sistema capitalista, que permanecem na negação de suas categorias reais, o capital e a força de trabalho. Considera que as alterações decorrentes do uso do fundo público transformam-no em um *antivalor*, “menos no sentido de que o sistema não mais produz valor, e mais no sentido de que os pressupostos da reprodução do valor contêm, em si, mesmos, os elementos mais fundamentais de sua negação” (1988, p. 19).

O percurso teórico de Francisco de Oliveira conduz à indicação de que o Estado de Bem-Estar e suas instituições não são o “horizonte intransponível”, que, para “além dele, bate latente, um modo social de produção superior” e que o manejo do fundo público é a *pedra de toque* do futuro capitalista (1988, p. 19). Alerta que houve uma alteração na relação social de produção e que no *Welfare State* o que ocorreu foi uma alteração nas condições de produção e consumo – do lado da força de trabalho – e das condições de circulação – do lado do capital. Ou dito de outra forma, as relações de produção continuaram praticamente as mesmas do capitalismo concorrencial, entretanto, as formas de distribuição e de circulação do capital, que tem conseqüências nas outras esferas da vida social, sofreram mudanças significativas.

Na continuidade de sua argumentação, e valendo-se de contribuição de Gianotti, Oliveira (1988) recorda que a sociabilidade não se constrói apenas pelos valores do mercado, mas incursiona em valores pautados em critérios antimercado, como o campo da cultura, da saúde e da educação.¹⁷

¹⁶ “No fundo, levado às últimas conseqüências, o padrão de financiamento público ‘implodiu’ o valor como o único pressuposto da reprodução ampliada do capital, desfazendo-o parcialmente enquanto medida da atividade econômica e da sociabilidade em geral” (Oliveira, 1988, p. 14)

¹⁷ Em tempos de reajustes estruturais, o mercado volta a ser o parâmetro central da constituição dos valores sociais.

A resultante desse percurso instituiu uma esfera pública, ou uma economia de mercado socialmente regulada, nos marcos da democracia, alterando o paradigma liberal clássico. Oliveira ressalta que o Estado de Bem-Estar continua a ser um Estado classista e usando a metáfora do jogo de xadrez,¹⁸ explica que este se transformou em um espaço de luta onde as regras são previamente hierarquizadas podendo, no entanto, mudar a relação de forças entre valores assimétricos. A luta de classes continua em busca de alternativas, sempre no espaço público, às posições previamente definidas. É a esfera pública que permite, nos Estados capitalistas, dentro dos limites das “incertezas previsíveis” (p. 22),¹⁹ inovações em áreas antes vistas como santuários sagrados de outras classes ou interesses.

O aspecto fundamental na construção da esfera pública (e os desdobramentos democráticos que impõe), é que, não só regulamenta todas as áreas conflitivas da reprodução social,²⁰ como essa regulação deriva:

do imbricamento do fundo público na reprodução social em todos os sentidos, mas, sobretudo criando medidas que medem o próprio imbricamento acima das relações privadas. A tarefa da esfera pública é, pois, a de criar medidas, tendo como pressupostos as diversas necessidades da reprodução social, em todos os sentidos²¹ (Oliveira, 1988, p. 22).

Ocorre, assim, que a atenção às necessidades de reprodução da força de trabalho não mais se constitui em pressuposto para implantação de serviços e bens que unicamente contribuam para a reprodução do capital. É nesse âmbito que deve ser discutido o direito à saúde.

A segunda decorrência, da argumentação de Oliveira, se refere à relação entre Estado e sociedade civil. Essas relações, que antes da construção da esfera pública, impunham uma “irredutibilidade entre

¹⁸ Francisco de Oliveira, usando a metáfora do jogo de xadrez, onde cada peça tem uma hierarquia, que pode ser alterada com estratégias do adversário. Os adversários sabem que ao invadirem determinada área alteram completamente as posições do outro, sem, no entanto, alterar as regras do jogo. Aponta que somente entre iniciantes é que o jogo arrasa o poder de cada peça previamente estabelecido. Contrariamente, no jogo de damas, com uma hierarquia horizontal, qualquer peça pode “varrer” a formação do jogo inimigo

¹⁹ Expressão de Przeworski utilizada por Francisco de Oliveira no texto em análise.

²⁰ Se permanecesse unicamente com esse caráter, seria quase inócua seu desempenho, limitando-se a expandir as regras da convivência privada para uma área pública, e que é o que o Direito usualmente faz.

²¹ Grifos do autor.

Estado e Sociedade Civil” (Oliveira, 1988, p. 23), tomam um outro feito, do qual podem ser retomadas algumas peculiaridades: as relações não mais que um puro jogo de forças para a anulação de um dos pólos de interesse; garante-se o respeito pela alteridade de interesses, ou seja, admite-se, embora não havendo concordância, que os direitos dos outros são legítimos; os interesses dos diferentes grupos dizem respeito à reprodução social em grande escala e não podem mais ser medidos pela acumulação privada do capital.

A forma política mais adequada para a construção da esfera pública é o espaço da democracia representativa,

no qual, além das classes e grupos diretamente interessados, intervêm outras classes e grupos, constituindo o terreno do público, que está acima do privado. [...] Nesse sentido, longe da desapareção das classes sociais, tanto a esfera pública como seu corolário, a democracia representativa, afirmam as classes sociais como expressões coletivas e sujeitos da história²² (Oliveira, 1988, p. 23).

Para além do plano econômico, no plano político a qualidade e o vetor da representação ampliaram sobremaneira o papel dos partidos políticos, que passam a não ser mais unicamente identificados com as classes sociais, mas como representantes de classes, com competência para processar as novas formas de relações de alteridade, que se fazem presentes no jogo democrático. As relações de alteridade, e o jogo de interesses presentes, se processam em uma perspectiva de resultados e não apenas de pressupostos, o que exige uma capacidade de articulação de interesses e não mais a imposição da vontade geral em termos rousseauianos, destacando-se a relevância das classes médias nessa interpolação de conflitos.

O que se depreende é que a saúde passa a fazer parte da busca desse *resultado*, que interessa, indistintamente, à reprodução do capital e da força de trabalho, sendo que a busca de investimentos na garantia e expansão dos direitos nessa área, aglutina interesses que se transformam em forças políticas.

A organização dos interesses, nas sociedades contemporâneas, dada sua complexidade, não se restringe às clássicas representações via partidos políticos ou ação sindical, expressões políticas do confronto capital-trabalho, nos estágios concorrenciais da acumulação capitalista.

²² Grifos do autor.

A pluralidade de instituições mediadoras, segundo Oliveira (1999, p. 1), se constitui “a armadura material dos direitos da cidadania”. Contrapondo-se ao ideário liberal, que pensa no indivíduo isolado exercendo sua autonomia, afirma categoricamente que o indivíduo se relaciona com os demais, com exceção do indivíduo no plano privado, através de instituições, que dão, por sua vez, sustentação e enquadram a cidadania.

As instituições, enquanto espaços políticos, representam interesses organizados, sendo perpassadas pela construção de consensos que sustentam as posições e as escolhas feitas.

Ao se tratar das instituições e respectivas mediações, a aproximação conceitual sobre os direitos sociais, e especialmente o direito à saúde, se relaciona ao direito, utilizado aqui nos dois sentidos que lhe atribui Dallari e Fortes (1997), apoiando-se em Reale:

o direito, um sistema de normas que regulamenta o comportamento dos homens em sociedade. Muitas vezes se emprega o direito em um sentido axiológico, como sinônimo de justiça, e muitas outras em sentido subjetivo. [...] Na reivindicação do direito à saúde, o termo é empregado em seu sentido subjetivo. Todavia, a referência à regras de direito vista por dentro implica necessariamente a compreensão do direito como regras do comportamento humano em sociedade (Dallari e Fortes, 1997, p. 188).

Ainda que o argumento tenha uma carga normativa bastante acentuada, não se pode desconhecer sua importância, pois influencia, positivamente, as deliberações a respeito da responsabilidade de cada um e do Estado em sua garantia.

A autora reconhece, na esteira de autores que relacionam o direito à saúde ao desenvolvimento do sistema capitalista de produção, que foi a urbanização e o processo de industrialização, com suas conseqüentes manifestações de ordem política que impuseram, ao Estado, o provimento das ações de saúde, especificamente em saneamento e nos códigos sanitários.

Uma outra vertente analítica aprecia o direito à saúde tendo como fundamento os ideais liberais da Revolução Francesa. A igualdade entre os homens impediria ações caritativas, resquícios de uma ordem social considerada ultrapassada.

Ainda no plano jurídico, outra distinção, ou em outros termos, uma outra possível antinomia se faz presente: a contraposição entre o direito individual e o coletivo, o social.

No plano individual, a garantia do direito à saúde envolve a liberdade em várias situações, como por exemplo, o tipo de tratamento, a relação com o meio ambiente, as condições de trabalho. A liberdade individual, assim, implicaria escolhas entre distintas alternativas. Entretanto, sinalizam Dallari e Fortes (1997, p 190),

é óbvio, então, que a efetiva liberdade necessária ao direito à saúde enquanto direito subjetivo depende do grau de desenvolvimento do Estado. De fato, unicamente no Estado desenvolvido sócio-econômica e culturalmente o indivíduo é livre para procurar um completo bem-estar físico, mental e social e para, adoecendo, participar do estabelecimento do tratamento.

No plano social, pode-se avaliar em dois planos: no primeiro, as exigências dos indivíduos em face do coletivo, que é o que obriga à submissão às normas jurídicas, como a vacinação, o tratamento, ao isolamento em casos de algumas doenças infecto-contagiosas, à destruição de produtos impróprios para o consumo, o controle do meio ambiente e do ambiente de trabalho; e, em segundo plano, a garantia da oferta de cuidados da saúde a todos que deles necessitam, o que corresponde ao ideal de igualdade, o que por sua vez se submete ao pleno desenvolvimento do Estado democrático de direito.

Dallari e Fortes (1997, p. 190) chamam a atenção para a tensão entre liberdade e igualdade ao se tratar do direito à saúde. Na esfera jurídica, esse direito, ao apropriar-se da liberdade e da igualdade “caracteriza-se pelo equilíbrio instável desses valores. [...] Os homens sempre tiveram a consciência de que para nada serve a igualdade sob o jugo do tirano e a liberdade só existe entre iguais”.

Embora esclareça aspectos essenciais, a argumentação acima deve, forçosamente incluir a relação Estado-sociedade – indivíduo. Embora o individualismo permaneça como principal característica dos direitos humanos, enquanto direitos subjetivos, as opções políticas de cada sociedade diferenciam os papéis assumidos pelo Estado. Em outros termos, nas sociedades liberais o papel estatal se distingue, nitidamente, do papel do indivíduo, havendo sempre a preocupação em resguardar os direitos desse frente ao Estado. Como consequência, sua interferência se resume na garantia dos direitos negativos, na preservação da ordem, da leis e, no plano da saúde, quando muito, à saúde pública. Em sociedades de perfil socialistas, sociais democratas ou mesmo com tendências mais progressistas politicamente, há o reconhecimento, no plano da lei, de direitos de titularidade coletiva,

onde há a interferência estatal em aspectos condizentes, inclusive, aos direitos individuais e também a indicação da igualdade da cidadania em face das questões sanitárias – os direitos sociais à saúde.

Ainda nesse campo, a observação de Schwartz (2001), seguindo uma tradição renovadora que vem surgindo na ala dos estudiosos de direito,²³ é sumamente oportuna.

Ao estabelecer, com rigorosos fundamentos teóricos e conceituais, a conexão existente entre o direito à saúde e o Estado Democrático de Direito,²⁴ evidencia ser, essa conexão, vital para sua garantia. O Estado Democrático de Direito supera o império da lei típico do Estado de Direito: “É uma modalidade estatal que procura transformar a realidade, onde a lei passa a ser um instrumento fundamental de mudança do *status quo*, fundamentada e baseada em vetores axiológicos tais como os direitos fundamentais do homem” (Schwartz, 2001, p. 49).

Na abordagem de Schwartz, que não deixa de ser uma crítica rigorosa aos padrões jurídicos usualmente fundamentados no dito *império da lei*, se pode vislumbrar um ideal ainda utópico, de transformar o direito em uma ferramenta para a justiça social, servindo para alterar relações que contrariem o ideal de bem estar e qualidade de vida instituído no texto constitucional.

Depreende, esse autor, que a relação entre Estado Democrático de Direito e a saúde, é um conceito básico para a efetivação desse direito. Não se discorda, mas se alerta para a costumeira dependência do Poder Judiciário ao Executivo.²⁵

Na abordagem de Schwartz (2001), outro ponto que vale destacar é sua incursão na teoria das gerações de direitos, seguindo

²³ O ensino e a prática do Direito vêm sendo adensados, com o que vem se denominando uma nova cultura do direito, a qual implica superar o formalismo e a dogmática jurídica, alicerçando-se nas condições reais da existência. Tal significa um novo olhar para a legalidade e a legitimidade. A produção teórica de estudiosos do direito, em algumas Universidades do Rio Grande do Sul, espelha essa inovação.

²⁴ O Estado Democrático de Direito obedece aos seguintes princípios: constitucionalismo (Constituição como garantia jurídica), organização democrática da sociedade (com incorporação de novos elementos como as ONGs), sistema de direitos fundamentais individuais e coletivos (Constituição garantindo efetivação de ambos), justiça social (elemento de correção de desigualdades sociais), igualdade, divisão de poderes ou funções, legalidade e segurança e certezas jurídicas.

²⁵ Quando se aponta a costumeira dependência, não estou generalizando, em absoluto, a questão, reconhecendo que o Ministério Público vem sendo *um fiel guardião* da Constituição, em inúmeros casos contrariando interesses políticos e econômicos dos grupos dirigentes.

a classificação de Norberto Bobbio. No seu entendimento, o direito à saúde, ou seu equivalente, o direito à vida, se configura como de primeira geração, enquanto particular, absoluto e caracterizado pela sua titularidade individual. É irrenunciável, intransferível, indisponível e extrapatrimonial (Schwartz, 1997).

Na medida em que sua garantia importa em ações positivas do Estado, pode ser considerado de segunda geração, na ordem dos direitos sociais. A igualdade prevista para a garantia da saúde, como uma das conquistas da contemporaneidade na maior parte dos países, estando prevista, também, nos estatutos dos Organismos Internacionais de Fins Humanitários, como a Organização das Nações Unidas, incluindo a Organização Mundial da Saúde.

Atribui ao direito à saúde, o estatuto de direito de terceira geração, pois pode ser apreendido na esteira dos direitos transindividuais, também nominados coletivos ou difusos. Essa afirmação se baseia no fato de, inúmeras vezes, não se poder atribuir titularidade ao direito, sendo, portanto, patrimônio de um grupo ou, até, da humanidade, como no caso da preservação ambiental.

Como direito de quarta geração, se vincula aos progressos da genética, conectado à biotecnologia e à bioengenharia, situação em que a reflexão sobre sua garantia é circunscrita, menos pelo fator técnico e mais pelo aspecto ético.

Os direitos da realidade virtual são uma conseqüência da revolução informacional, que levou à anulação das fronteiras tradicionais, instaurando formas de comunicação inovadoras e criando novos espaços de conhecimento e de divulgação. O autor, Schwartz (2001), considera, fundamentando-se em uma base um tanto empírica, que o direito à saúde apresenta atributos que o qualificam como um direito de quinta-geração, pois o não acesso aos recursos da cibernética incidiria sobre a qualidade de vida e, por conseguinte, na saúde. Afirma ainda, que a possibilidade de consultas e esclarecimentos *on line* sobre a saúde lhe atribuem essa qualificação.

Além da matriz política e econômica, o direito à saúde vem sendo, atualmente, reposto pela bioética. Talvez seja importante precisar, mesmo que de modo apenas indicativo, os termos dessa discussão e seu enfoque.

Não há uma posição consensual sobre as origens, tanto do termo bioética como de sua aplicação à área da saúde. As referências

indicam que a bioética, como movimento organizado e sistematizado, estabeleceu-se nas décadas de 1970 e 1980, nos países ocidentais, com o propósito de discutir as dimensões morais da ciência, da vida e do cuidado à saúde. As inovações nas pesquisas com seres humanos e a biotecnologia repuseram no debate a dimensão moral e filosófica, com um olhar particular sobre a dignidade humana, o cuidado com o ser vivo e a qualidade de vida, particular, global e planetária.

Recuperando a contribuição de Pessini e Barchifontaine, Lourenço (2002) aponta que a ética médica passou por quatro fases: a primeira, centrada nos códigos de conduta profissional, na postura ética do médico no relacionamento com o paciente, pontuada desde Hipócrates; a segunda, quando se começa a indagar sobre os direitos do paciente enquanto um ser autônomo e livre; a terceira fase, se inicia no momento em que se procurou estabelecer as bases éticas da operacionalidade dos sistemas de saúde, ou sejam, as estruturas e os financiamentos ou custos da atenção à saúde como um conteúdo a ser apreendido pelos médicos em sua relação com a sociedade e a quarta fase, iniciada em 1996, no 3º Congresso Mundial de Bioética, conforme indica Lourenço (2001), articula, de certa maneira, as responsabilidades do médico, sua relação com o paciente e com a sociedade como um todo articulado, onde a saúde da população é a meta final e razão de ser do comportamento ético. Definiu-se, por ocasião do evento mencionado que a saúde implica uma multiplicidade de fatores que devem ser cuidados, como a ênfase na saúde e em permanecer saudável, o acesso equitativo aos serviços de saúde, a prioridade aos excluídos e a responsabilidade social da bioética na saúde da população.

Se a consideração acima contém uma série de dificuldades que fogem ao objeto desse trabalho, é relevante assinalar que têm o mérito de assinalar outras dimensões, além das econômicas e políticas presentes na discussão sobre o direito à saúde.

O direito à saúde vem como que desaparecendo da discussão política, sendo substituído pela discussão que vem permeada por outra racionalidade, ou seja, vem ocorrendo um “silencioso” processo que ocorre distante da esfera pública.

A contribuição de Célia Iriart, Emerson Elias Merhy e Howard Waitzkin, ao analisarem as reformas sanitárias na América Latina, na ótica da atenção gerenciada em saúde, permite identificar como o debate sobre o direito à saúde e sua forma de concretização foi sendo

suprimido da agenda política e da esfera pública, sendo incluído, entretanto, na agenda pública, “bajo el comando de los intereses privados, y en especial, del capital financiero multinacional” (Iriart, Merhy e Waitzkin, 2000, p. 99).

Concluindo, o direito à saúde é um item complexo da agenda política e da agenda governamental e o debate, ou seja, o confronto sobre seu alcance e seu conteúdo, se subsume à concepção de saúde adotada para direcionar a sua institucionalidade e sua constitucionalidade. Os interesses presentes e a capacidade organizativa dos diferentes grupos interessados darão o tom do debate e, mais do que isso, viabilizarão a inclusão e efetivação do direito à saúde com um perfil onde a democracia e a universalidade encontrarão abrigo amplo ou extremamente reduzido.

Bibliografia

- BAYER, Gustavo F.; LEYS, Hector R. Saúde enquanto questão politicamente intermediada. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, v. 4, n. 22, p. 108-125, 1986.
- BERNADERLLI, Jorge Corvera. La reglamentación de la medicina/ Regulation of medicine. *Anais de Otorrinolaringologia*, México, v. 4, p. 227-232, sept./nov. 1999.
- CARVALHEIRO, José R. Os desafios para a saúde. *Estudos Avançados USP*, São Paulo, n. 35, p. 7-10, 2000.
- CASTELLS, Manuel. Crise do Estado, consumo coletivo e contradições urbanas. In: POULANTZAS, Nicos. *A crise do Estado*. Lisboa: Moraes, 1978. p.145-170.
- DAGNINO, Evelina (Org.). *Os anos 90: política e sociedade no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- DALLARI, Sonia G; FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Direito Sanitário: inovação teórica e novo campo de trabalho. In: FLEURY, Sonia (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, 1997.
- ESPING-ANDERSEN, Gosta. *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Barcelona: Ariel, 2000.
- IRIART, Célia; MERHY, Emerson Elia; WAITZKIN, Howard. La atención gerenciada en America Latina: transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p. 95-105, jan./mar. 2000.

- KYMLICKA, Will; NORMAN, Wayne. El retorno del ciudadano. *Ágora*, Buenos Aires, v. 3, n. 7, p. 5-42, Inverno 1997.
- LAFORGIA, Jerry; RAW, Sílvia; LEVCOVITZ, Eduardo. O papel das instituições internacionais no processo das reformas no setor saúde. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL TENDÊNCIAS E DESAFIOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE DAS AMÉRICAS. [Anais]. São Paulo: Ministério da Saúde, 2002.
- LOURENÇO, Alexandre F. M. Ética e a apropriação de conceitos e teorias de outros campos de conhecimento humano. *Medicina Social de Grupo*, São Paulo, v. 16, n. 175, p. 35-44, out./dez. 2001.
- MARIN, José Maria. A nova geração das reformas nas Américas. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL TENDÊNCIAS E DESAFIOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE DAS AMÉRICAS. BRASIL. São Paulo: Ministério da Saúde, 2002.
- MOUFFE, Chantal. *O regresso do político*. Lisboa: Gradiva, 1996.
- NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo (Orgs.). *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: Instituto de Economia/UNICAMP, 2001.
- OLIVEIRA, Francisco de. O surgimento do antivalor. *Novos Estudos*, São Paulo, n. 22, p. 8-28, 1988.
- _____. *O que é formação para a cidadania?* Entrevista realizada por Sílvia Caccia Bava, em 1999. Disponível em : <<http://www.dhnet.org.Br/textos/coliveira.htm>>. Acesso em 14 maio 2002.
- SCHWARTZ, Germano. *Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.
- TELLES, Vera da S. Pobreza, movimentos sociais e cultura política: notas sobre as difíceis relações entre pobreza, direitos e democracia. In: DINIZ, Eli; LOPES, José Sérgio Leite; PRANDI, Reginaldo (Orgs.). *O Brasil no rastro da crise*. São Paulo: ANPOCS, HUCITEC, IPEA, 1994a. p. 225-243.
- _____. Pobreza, movimentos sociais e cultura política: públicos. In: DAGNINO, Evelina. (Org.). *Os anos 90: política e sociedade no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1994b. p. 91-102.
- _____. *Direitos sociais: afinal do que se trata?* Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1999.
- WILLIAMSON, James. Crise leva mudança ao Consenso de Washington. (Entrevista ao enviado especial a Washington). *Folha de São Paulo*, São Paulo, 9 ago. 2002. Caderno B, p. 4.
- WOLFENSOHN, James D. *The other crisis*. Washington, DC: Banco Mundial, 1998.