
O MUNICÍPIO ENQUANTO ESPAÇO DE CONSOLIDAÇÃO DE DIREITOS: A SAÚDE COMO BEM COMUM DA COMUNIDADE***THE MUNICIPALITY AS A SPACE FOR CONSOLIDATION OF RIGHTS: HEALTH AS COMMON COMMUNITY*****JANAÍNA MACHADO STURZA**

Pós doutora em Direito pelo Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS. Doutora em Direito pela Escola Internacional de Doutorado em Direito e Economia Tullio Ascarelli, da Universidade de Roma Tre/Itália. Mestre em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC. Especialista em Demandas Sociais e Políticas Públicas também pela UNISC. Graduada em Direito pela UNISC. Professora da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ, lecionando na graduação em Direito e no Programa de Pós Graduação em Direito - Mestrado. Professora na graduação em Direito da Faculdade Dom Alberto. Experiência nas disciplinas de Direito Civil; Direito Constitucional com ênfase em Direito Agrário e Direito Sanitário; Políticas Públicas e Cidadania; Metodologia da Pesquisa Jurídica e Disciplinas Propedêuticas. Experiência em Educação à Distância - EaD. Advogada.

SANDRA REGINA MARTINI

Pós doutora em Direito pela UNISINOS. Doutora em Direito pela Univerisità Roma Tre, Mestre em Direito pela UNISC e Especialista em Demandas Sociais e Políticas Públicas também pela UNISC. Professora na graduação em Direito e no Mestrado em Direitos Humanos da UNIJUI, Professora na graduação em Direito da Faculdade Dom Alberto. Advogada.

RESUMO

Na contemporaneidade, as constantes transformações sociais proporcionam à humanidade um processo evolutivo contínuo de construção e desconstrução. Percebe-se que ao lado de cada avanço pode-se ter também um retrocesso, assim como à cada conquista de direito pode-se ter a limitação deste próprio direito. Todavia, neste cenário atual, também constata-se que é somente na humanidade e através da humanidade que pode-se alterar esta situação, ou seja, é à partir deste contexto que se pode pensar em um outro espaço capaz de neutralizar desigualdades e proporcionar direitos. Nestes termos, o presente texto tem como objetivo fomentar a discussão acerca deste espaço propulsor de direitos – o Município. E, em especial, demonstrar que é neste espaço que se encontram possibilidades para discutir o acesso e efetivação do direito à saúde como um bem comum à toda a comunidade. Logo, seguindo este ideário através de um estudo bibliográfico que segue o método hipotético dedutivo, é possível perceber-se que as condições de saúde de uma população podem ser um indicador importante do quanto a humanidade é humana ou desumana, do quanto ela *de fato* e *de direito* impulsiona a efetivação da cidadania.

PALAVRAS-CHAVE: Bem comum; Cidadania; Comunidade; Direito à Saúde, Município.

ABSTRACT

In contemporary times, constant social transformations provide humanity with a continuous evolutionary process of construction and deconstruction. It is noticed that along with each advancement one can also have a retrocession, as well as to each conquest of right one can have the limitation of this own right. However, in this current scenario, it is also seen that it is only in humanity and through humanity that this situation can be altered, ie it is from this context that one can think of another space capable of neutralizing inequalities and providing rights . In these terms, the present text aims to foment the discussion about this propulsory space of rights - the

Municipality. And, in particular, to demonstrate that it is in this space that possibilities are available to discuss the access and fulfillment of the right to health as a common good for the whole community. Therefore, following this ideology through a bibliographic study that follows the hypothetical deductive method, it is possible to perceive that the health conditions of a population can be an important indicator of how humankind is human or inhuman, Of law drives the effectiveness of citizenship.

KEYWORDS: Common good; Citizenship; Community; Right to Health, Municipality.

INTRODUÇÃO

[...] l'umanità si presenta come portatrice di una minaccia ma anche della sua neutralizzazione, lavora pela guerra come per la pace (RESTA, 2014, p.29).

Neste artigo pretendemos aprofundar o conceito de saúde como bem da comunidade e a ideia de saúde como ponte da cidadania, no contexto dos Municípios. Para tanto, objetiva-se fazer uma análise do direito fundamental social à saúde, considerando-se que os direitos sociais são direitos humanos fundamentais no senso jurídico, uma vez que são direitos que tem como escopo a índole social do ser humano, além de serem exigências que brotam da condição de ser membro ativo e solidário de um grupo social. Assim, os direitos sociais são, sem dúvida alguma, direitos fundamentais e por esta razão exigem não só o seu cumprimento por parte do Estado, mas também a sua ampla e irrestrita proteção.

Logo, na sociedade contemporânea, a saúde pode ser considerada como um bem comum¹ a todos, como um direito fundamental social (BRASIL/1988)

¹Para a definição de bens comuns, cita-se MELO, Osvaldo Ferreira de. Dicionário de Direito Político. Rio de Janeiro: Forense, 1978, p. 12: Bem-Comum: Diz-se dos fatores propiciados pelo Estado com vistas ao bem-estar coletivo, formando o patrimônio social e configurando o objetivo máximo da Nação. Valor organizador da coletividade que caracteriza seu estado ou sua condição. A ordem social justa. O mesmo que interesse público. Oportunas também são as palavras de SILVA, De Plácido e. Vocabulário jurídico. Edição Universitária. Volume I. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1990, p. 304-305: O sentido de bens comuns pode ser tido em duas acepções perfeitamente distintas. Pode ser entendido no sentido de bens inapropriáveis, isto é, que não são suscetíveis de um apoderamento

necessário à manutenção da vida. Entretanto, o reconhecimento de sua eficácia é um forte argumento colocado em discussão nos dias atuais, principalmente em relação aos “direitos sociais e as externalidades que não podem ser internalizadas na avaliação da saúde enquanto bem econômico (DALLARI, 1987, p.15).

A humanidade vem se construindo e desconstruindo ao longo do processo evolutivo. Vemos que ao lado de cada avanço podemos ter também um retrocesso, assim como a cada conquista de direito podemos ter a limitação do próprio direito. Mas é somente na Humanidade que podemos alterar esta situação, ou seja, reconhecer esta ameaça significa também o poder de neutralizá-la, se pode regularizar o mundo somente estando dentro dele.

As condições de saúde de uma população pode ser um indicador importante de quanto à humanidade é humana ou desumana. A redução nas taxas de mortalidade infantil, que entre 1990 a 2010 caíram mais da metade² (cerca de 62%), retratam muito bem essa situação. No Rio Grande do Sul, a média caiu cerca 3% entre 2000 e 2011³. Tal avanço é resultado de uma pluralidade de fatores que transitam do político ao jurídico, passando pela educação e pela busca por uma maior proximidade entre administrador/administrado. Desse modo, confirmam a tese de que a saúde é constantemente determinada por outros fatores, que inicialmente são exógenos ao sujeito e passam a ser endógenos de acordo com o meio social e as estruturas que ele possui a seu dispor. Neste caso, por exemplo, o dado da mortalidade vem acompanhado de uma série de outros que, no caso brasileiro, são importantes determinantes. Exemplos como a ampliação da cobertura das políticas educacionais relacionadas ao pré-natal e do acompanhamento durante a gravidez, e especialmente o Primeira Infância Melhor (PIM) (RIO GRANDE DO SUL, 2016),

por parte da pessoa, a fim de que os particularize em proveito ou utilidade própria. Serão os bens comuns a todos (*res omnium communes*) ou *communia, omnium*, na linguagem romana. Mas, para os distinguir da outra espécie, dos bens comuns apropriados, também se dizem, no primeiro sentido, bens de uso público, para indicar que são bens de uso de todos os habitantes de um lugar. São bens que se dizem públicos, justamente, porque, mesmo quando apreensíveis, não estão no comércio, não podendo, assim, ser objeto de apropriação ou ocupação pelo particular. No segundo sentido, bens comuns designam os bens que são possuídos em comunhão: tem dois ou mais titulares, pertencem a todos eles em comunidade.

² De um índice 120,7 óbitos a cada mil nascimentos para uma 19,88/mil. O índice é alto se comparado com países europeus. Para ter acesso a reportagem informativa do assunto, consultar: BBC. Mortalidade infantil no Brasil cai 61% em 20 anos, diz estudo.

³ De um índice de 15 mortes por mil nascimentos entre 1998/2000, passamos para índices situados na faixa entre 11,6 e 12 a cada mil nascimentos (RIO GRANDE DO SUL. 2014).

cujos resultados foram comprovados por pesquisas que avaliaram o programa, demonstrando a repercussão nacional e internacional das políticas pioneiras desenvolvidas no Estado.

Percebe-se que a evolução dos direitos sociais pode ser percebida no município como um *locus* privilegiado, em especial na área da saúde pública, com fortes impactos nos demais direitos sociais, pois o direito à saúde significa ter direito à moradia, ao trabalho, lazer, meio ambiente saudável, entre outros direitos e, por isso, é no município que podemos encontrar o lugar onde a fraternidade e a solidariedade. É nesse *locus*, que podemos encontrar a ambivalência da própria fraternidade, pois exatamente ali ela se deparara com seus limites e possibilidades. É no município que a saúde encontra sua melhor definição, como um bem da própria comunidade e como ponte para a cidadania.

Essa ponte (que pode se apresentar como um síntese dialética) que separa, pode unir, pode aproximar, pode ser o caminho para a consolidação de outros direitos, já que a saúde como bem da comunidade depende de vários determinantes sociais, como por exemplo o direito à moradia, ao trabalho, à educação e, em especial neste texto, à saúde.

2 DOS PRIMÓRDIOS À CONTEMPORANEIDADE: O CONCEITO DE SAÚDE ATRAVÉS DE OLHARES NORMATIVOS E SOCIAIS

Desde os tempos mais remotos até os dias atuais, perpassando por sociedades primitivas e mais desenvolvidas e tradicionais, destaca-se um grandioso interesse nas discussões e tratamento da saúde enquanto direito, posto que

[...] la salute costituisce ormai da tempo uno dei temi più ampiamente discussi dagli studiosi delle scienze giuridiche e sociali, trovandosi contemporaneamente sempre al centro del dibattito istituzionale tra i mutevoli orientamenti politico-ideologici nei confronti dello stato sociale (BOMPIANI, 1996, p. 04).

Desta forma, em uma tentativa de conceituar o termo saúde, não se pode furtar, obrigatoriamente, de usar como ponto de partida o Preâmbulo da Constituição

da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁴, erigido em 26 de julho de 1946, no qual fica instituído que a “Saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças ou outros agravos,” determinando que “gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social,” além de estabelecer que “a saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados, ”uma vez que “os resultados conseguidos por cada Estado na promoção e proteção da saúde são de valor para todos” (OMS, 1946).

Neste sentido, em uma visão bastante avançada para a sua época de construção, a OMS expandiu o conceito de saúde historicamente atrelado à prevenção e principalmente à cura, abarcando, essencialmente, a promoção da saúde. Todavia, esse conceito usado pela OMS é amplo e, praticamente, ineqüívoco, já que tem um forte componente de idealização e a importância de associar a saúde à própria defesa da vida em sua plenitude. Assim, a saúde pode ser entendida como um valor universal compartilhado por todos que defendem a vida e o caráter dual da saúde se manifesta no paradoxo de que tanto ela pode ser vista como um valor universal quanto sua realização concreta implica na necessidade de sua politização, para que, além de uma orientação ético-normativa, ela se transforme em uma política pública que amplie a democracia e assegure a universalização do direito à saúde a toda a população.

Ao entender a saúde como um completo estado de bem estar físico, psíquico e social é necessário não obscurecer as continuidades existentes entre as condições de saúde e enfermidade, uma vez que

⁴JORIO, 2006, p. 366: A sede da Organização Mundial da Saúde se encontra em Genebra, mas a sua junta organizativa se vale de outros seis Ofícios Regionais na África, América, Ásia Sul Oriental, Europa, Mediterrâneo Oriental e Pacífico Ocidental. Esta ramificada estruturação a rende organizações sanitárias internacionais muito importantes. Isto é provado também pelo fato que a OMS, hoje, é constituída internamente por instituições das Nações Unidas. O objetivo declarado foi, desde o seu início, aquele de garantir um completo estado de bem estar físico, psíquico e social, sem distinção de raça, religião, opinião política, condições econômicas e sociais. A OMS representa, portanto, a máxima autoridade internacional no campo sanitário, posto que a sua função institucional é aquela de assegurar a cooperação entre os diversos Estados das Nações Unidas com todos os outros organismos e institutos empenhados nos vários temas do campo sanitário.

[...] salute non è solo assenza di malattia, ma stato di completo benessere – Questa affermazione sintetizza efficacemente l'evoluzione del pensiero moderno che, nel giro di un periodo relativamente breve di tempo, ha progressivamente esteso la propria attenzione, in tema di sanità (MARTIN, 1989, pg.5).

A saúde e a busca incessante por ela é uma realidade que remonta aos primórdios da humanidade, quando então os curandeiros e feiticeiros nas sociedades mais primitivas externavam a sua preocupação com a valorização da vida e com o medo da morte. Assim, desde os tempos mais longínquos sempre existiu uma grande preocupação com a saúde, seja por instituições oficiais que sempre se preocuparam em manter os indivíduos em condições de trabalhar, no sentido de proteção de uma determinada classe social, seja pela reação de procurar alternativas no sentido de preservar a espécie, mesmo que em direção somente das classes mais favorecidas economicamente.

Através dos tempos foi acontecendo, sucessivamente, a chegada da civilização, juntando-se a este processo também a evolução da saúde. Inicialmente, esta era pensada como uma forma de exterminar todos os males que acometiam e ameaçavam a espécie. Tal sentença pode ser ilustrada quando afirma-se:

É perfeitamente compreensível que a humanidade tenha primeiro pensado a saúde como uma forma de eliminação dos males que afligiam os componentes da espécie. Ao longo do tempo os seres humanos foram invariavelmente acometidos por doenças que ameaçaram a sua sobrevivência. Nos tempos bíblicos, os surtos de lepra, peste e cólera eram a grande preocupação da civilização. Na Índia e na China antigas, foi a varíola. Na antiguidade Grego-Romana, a malária se fez presente. Na Idade Média, ocorreu a “Peste Negra”, onda de peste bubônica que assolou a Europa [...] (SCLIAR, 1987, p.16).

Portanto, a saúde e suas acepções perpassam a história da civilização humana, sendo que o primeiro conceito de saúde, ao que tudo indica, pode ser atribuído aos gregos de Esparta, onde o axioma *Mens Sana In Corpore Sano* nada mais é que o ponto culminante da definição do que é ter saúde. Para eles, na

verdade, o ser humano ideal era uma criatura equilibrada no corpo e na mente e de proporções definitivamente harmoniosas (SCLIAR, 1987, p.16).

Neste eixo destaca-se Hipócrates, que iniciou na saúde através da medicina, desencadeando uma tradição médica que procurou fazer com objetividade o registro dos sintomas, libertando-se das práticas mágicas da medicina egípcia e babilônica, deixando até hoje o legado do Juramento de Hipócrates, firmado em todo o mundo pelos profissionais da medicina.

A tradição clássica grega foi seguida, em grande parte, pelos romanos que também se esforçavam na busca de uma engenharia sanitária que fosse condizente com as necessidades da crescente demanda populacional concentrada nas grandes cidades como Roma (SCHWARTZ, 2001, p.31). Nesta época já existia uma superpopulação que trazia com ela todo o advento de doenças infecto-contagiosas provenientes de grandes aglomerados humanos.

Com a chegada da Idade Média, considerada um período de ignorância e superstições, tendo sido inclusive chamada de Idade das Trevas, houve um declínio nas atividades científicas, atingindo também a esfera da saúde. A maior parte dos estudos foi dedicado à filosofia e à teologia, deixando de lado os estudos das ciências naturais. Neste período a igreja determinou que a saúde poderia ser tanto uma graça quanto uma desgraça advinda dos deuses, sendo que para os cristãos a doença poderia ser considerada a purificação dos seus pecados e a cura e salvação seriam atribuídas somente à quem as merecesse.

Notoriamente, foi também a própria igreja quem retomou as idéias gregas, iniciando um processo de resgate da medicina de Hipócrates. Desde então, as acepções de saúde passaram a se expandir através dos processos de evolução da medicina e em 1543 foi publicado o primeiro livro ilustrado sobre anatomia, baseado, fundamentalmente, nas experiências de dissecação de cadáveres desenvolvidas nos mosteiros (SCHWARTZ, 2001, p.32).

Já no século XVII as sociedades européias presenciaram rebeliões e perseguições religiosas, testemunhando também o avanço do racionalismo, que resultou em novas descobertas científicas, bem como no desenvolvimento de alguns dos conhecimentos científicos que atingiram momentos grandiosos com

pesquisadores como Descartes, que percebeu ser a saúde a ausência de doença (DALLARI, 1987, p.58).

No século XVIII aconteceu, enfim, a denominada Revolução Científica, fruto das pesquisas e experiências de grandes cientistas, sendo que a saúde como ausência de doenças ainda era o marco nos estudos e debates. Todavia, foi somente na Revolução Francesa que se começou a pensar na saúde como um bem acessível a todos, destacando-se neste período a internação dos doentes mentais em hospícios, o que, em termos de saúde, poderia ser analisado hoje como uma prática não acessível a todos, mas sim como um processo de exclusão dos diferentes.

Adentrando no século XIX, século da Revolução Industrial e período em que algumas sociedades entraram numa fase de transformação originada pelo emprego de máquinas modernas, tem-se um novo olhar para a saúde, a qual passa a ser de extrema importância para o capitalismo, uma vez que o trabalhador não pode adoecer para não prejudicar a produção. A saúde, então, além de ser a ausência de doença, tinha como função manter ou repor o indivíduo no trabalho e neste sentido “[...] a saúde dentro dos padrões do individualismo liberal que floresceu no século XIX é uma saúde “curativa”, ligada ao que a moderna doutrina atual chama de aspecto negativo da saúde: a ausência de enfermidades” (SCHWARTZ, 2001, p.33).

Em verdade, prevalece a idéia de saúde no sentido estrito de cura, ou melhor, às atividades curativas no sentido de reorganizar ou refazer as disfunções que acometessem o organismo dos indivíduos, recolocando-os capazes no mercado de trabalho. Nesse sentido, a preocupação com a saúde não era voltada para as pessoas em si, mas sim com os transtornos que a ausência delas causaria para o mercado de trabalho e conseqüentemente para o comércio.

Assim, a industrialização do século XIX trouxe consigo a urbanização, acarretando ao Estado a obrigação de assumir a responsabilidade pela saúde da população. Neste mesmo período, a preocupação com as questões sanitárias ganhou força e em 1851 doze países assinaram a Primeira Conferência Sanitária

Internacional⁵, elaborada com o intuito de combater as epidemias de cólera, peste e febre amarela que acometiam os trabalhadores. Já o ano de 1864 foi marcado pela criação da Cruz Vermelha Internacional⁶, significando uma grande conquista para a saúde (ROCHA, 1999, p.91).

A chegada do século XX impulsionou marcantes transformações sociais, juntamente com as grandes guerras ocorridas no mesmo período. Até então a saúde era vista como algo individual, passando a ter outra conotação com a chegada da idéia do Welfare State⁷, surgida após estas grandes guerras e trazendo consigo a visão do Estado de Bem-Estar Social, caracterizado como um marco nas idéias de saúde enquanto prevenção:

⁵No ano de 1951, depois da propagação da cólera, peste e febre amarela na Europa, responsáveis pela morte de milhares de pessoas, realizou-se em Paris a Primeira Conferência Sanitária Internacional, que resultou numa convenção sanitária internacional em prol do combate às epidemias e doenças infecciosas.

⁶A idéia da Cruz Vermelha nasceu em 1859, alguns anos antes de sua efetiva criação e reconhecimento internacional. Tudo começou quando Henri Dunant, um jovem suíço, se comoveu com o sofrimento no campo de batalha de Solferino, no Norte da Itália, onde os socorros militares não eram suficientes. A forte impressão causada pela dor das pessoas inspirou Henri Dunant a escrever um livro: "Recordações de Solferino", em que descrevia dramáticas cenas da guerra. A partir dali, Dunant já percebia a necessidade de uma entidade que pudesse ajudar pessoas naquele tipo de situação. A diferença é que, no livro, ele não se limitou a relatar as desgraças da guerra. Mais do que isto, ele sugeria a criação de grupos nacionais e internacionais de ajuda e apontava a necessidade de se pensar "um princípio internacional, convencional e sagrado", que inspiraria posteriormente a Convenção de Genebra. Em 1864, também sob influência do livro, seis pessoas se reuniram - entre elas, Henri Dunant - para tomarem providências práticas em relação à situação exposta. Com a presença de representantes de 16 nações, o resultado foi a criação da Cruz Vermelha Internacional.

⁷Aqui entendido como Estado de Bem-Estar Social ou Estado-Providência (em inglês: Welfare State) é um tipo de organização política e econômica que coloca o Estado (nação) como agente da promoção (protetor e defensor) social e organizador da economia. Nesta orientação, o Estado é o agente regulamentador de toda vida e saúde, política e econômica do país em parceria com sindicatos e empresas privadas, em níveis diferentes, de acordo com a nação em questão. Cabe ao Estado do bem-estar social garantir serviços públicos e proteção à população. Os Estados de Bem-Estar Social desenvolveram-se principalmente na Europa, onde seus princípios foram defendidos pela social-democracia, tendo sido implementado com maior intensidade nos Estados Escandinavos (ou países nórdicos) tais como a Suécia, a Dinamarca, a Noruega e a Finlândia, sob a orientação do economista e sociólogo sueco Karl Gunnar Myrdal. Esta forma de organização político-social, que se originou da Grande Depressão, se desenvolveu ainda mais com a ampliação do conceito de cidadania, com o fim dos governos totalitários da Europa Ocidental (nazismo e fascismo) com a hegemonia dos governos sociais-democratas e, secundariamente, das correntes euro-comunistas, com base na concepção de que existem direitos sociais indissociáveis à existência de qualquer cidadão. Pelos princípios do Estado de Bem-estar Social, todo o indivíduo teria o direito, desde seu nascimento até sua morte, a um conjunto de bens e serviços que deveriam ter seu fornecimento garantido seja diretamente através do Estado ou indiretamente, mediante seu poder de regulamentação sobre a sociedade civil. Esses direitos incluiriam a educação em todos os níveis, a assistência médica gratuita, o auxílio ao desempregado, a garantia de uma renda mínima e recursos adicionais para a criação dos filhos.

A prevenção complexifica o tema incorporando ao mesmo uma situação antecipada no sentido de evitar a ocorrência da doença através de serviços básicos garantidores da salubridade pública. Percebe-se, então, que a saúde não se restringe mais à busca individual e passa a ter uma feição coletiva na medida em que a saúde pública passa a ser apropriada pelas coletividades como direito social, como direito coletivo, bem como alarga-se o seu conteúdo. Tem-se a prevenção da doença⁸ (MORAIS, 1997, p.188).

Logo, a prevenção realmente estende-se como ponto culminante na esfera das discussões sobre o tema saúde, uma vez que ela pode ser vista, através de ações articuladas, como uma forma de evitar a ocorrência de doenças e a proliferação de epidemias, antecipando e garantido uma vida saudável a todos.

Finalmente, adentra-se no século XXI, auge da expansão dos meios de comunicação e em especial da informática. Vive-se um momento em que a criatividade humana alcançou uma extraordinária expressividade, colocando-se em um novo sistema de alcance global. Este século herdou fantásticas experiências científicas e tecnológicas, que promoveram o crescimento da produção e proporcionaram condições de bem-estar e de acesso a serviços, como nos setores da saúde.

Pode-se perceber, assim, que o entendimento de saúde, mais precisamente o seu conceito, passa por vários períodos da história da humanidade, alcançando em alguns momentos o status curativo e em outros o status preventivo. Todavia, a base para ambas as visões é a idéia de saúde enquanto ausência de doenças, sendo esta abordagem modificada com a chegada do conceito trazido pela OMS⁹, no qual é evidenciado a importância da existência de uma qualidade para o equilíbrio interno do homem com o meio ambiente.

Ainda sobre o conceito de saúde acordado pela OMS, temos que este corresponde à definição de felicidade e que tal estado de completo bem-estar é impossível de ser alcançado, posto que não é nada operacional. Muito embora este conceito tenha grande aceitação, ele é marcado por um caráter positivo e outro negativo. O primeiro trata da promoção do bem-estar e o segundo da ausência de enfermidade.

⁹“Saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças ou outros agravos.” Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946.

A saúde, então, pode ser considerada também sob outros aspectos, tendo em vista que abrange toda a coletividade, inserida nos direitos sociais onde o ideal passa a ser a prevenção e não a cura estritamente. O conceito de saúde está relacionado à questão de o cidadão ter direito a uma vida saudável, que resultará em sua qualidade de vida. Esta, por sua vez, deve primar pelos benefícios para o desenvolvimento do homem e sua existência, constituindo-se como “o centro de irradiação por excelência de todos os bens ou interesses jurídicos protegidos” (DIAS, 1995, p.9).

Assim, o que se viu até aqui foi um resgate de fatos que circundam a saúde e sua evolução conceitual, entendendo-se que a saúde, enquanto estado de bem-estar físico, mental e social pode ser abarcada na esfera da concretização dos direitos fundamentais sociais, onde “a consolidação dos direitos sociais e sua conseqüente implementação precisa estar vinculada a uma visão sociológica e política do jurídico, assim como a uma visão jurídica da política” (OLIVEIRA, 2001, p.75). Desta forma, a concretude dos direitos fundamentais sociais é princípio-condição da justiça social, aqui em especial o direito fundamental social à saúde, o qual emerge da Constituição e impõem-se ao legislador, devendo ser concedido a toda a coletividade.

3 SAÚDE COMO BEM DA COMUNIDADE E O DIREITO COMO CONSOLIDADOR DESTE BEM

O direito à saúde, fruto de um processo de lutas sociais, passa a ser recentemente entendido como um bem da comunidade que, ao longo do processo evolutivo, entendeu que cidadania só é possível aliada a direitos e deveres. Uma comunidade que reconhece este processo de aquisição de direitos é aquela que proporciona uma vida saudável para os indivíduos. A crescente solicitação e, ao mesmo tempo, a negação/efetivação de direitos tem no direito à saúde um locus especial, pois a saúde deixou de ser entendida como ausência de doença ou como direito de alguns, mas tem um caráter de universalização, a qual pode acontecer e

efetivar-se no município. Refletir sobre o direito à saúde como bem da comunidade não significa delimitar a ideia de “saúde”, mas ampliá-la, pois a comunidade local (no caso, o município) precisa estar vinculada ao global, aos cosmopolitismos. Só assim poderá ter seu espaço reforçado e ao mesmo tempo reforçar um espaço de efetivação de direitos.

A noção de bem comum vem sendo estudada desde os tempos gregos, período desde o qual o conceito vem a ampliando sua abrangência. O questionamento sobre o conceito segue sendo objeto de estudos políticos, jurídicos e filosóficos. Além da necessidade de uma definição mais apurada de bem comum, também se questiona o que é comum quando o bem é comum? Quem cuida do bem comum? Como a saúde entra nesta área? De que forma o município pode ser o guardião e promotor da saúde como bem comum. Qual a relação do bem comum com a fraternidade? Estes questionamentos não podem mais ser respondidos fora do contexto de uma sociedade não ideal, mas uma sociedade que é como é, ou seja, uma sociedade altamente complexa, contingente e paradoxal. Atualmente, não podemos mais pensar em sociedades perfeitas, mas nas sociedades que temos, onde os espaços públicos apresentam novas dimensões (RESTA, 2014, p.3).

O direito à saúde tem condições de ser este novo elo entre o espaço público e a amizade, ou melhor: o espaço público como um lugar de amizade, em que pese todo o processo de mudança social, é fundamental retomar os trajetos da amizade para compreender o sentido da própria humanidade.

Retomar as definições e dimensões dos bens comuns significa retornar a velhos conceitos como aqueles da amizade, pactos, acordos, inclusão, em uma palavra: retornar a fraternidade como um código capaz de desvelar paradoxos, inclusive o paradoxo do público do público. Além disso, refletir sobre o direito à saúde e fraternidade implica em retomar o conceito de comunidade. Ou ainda, a amizade aparece na sociedade diferenciada funcionalmente como diferença entre interação de identidade individual e as relações burocráticas dos mecanismos internos dos sistemas sociais. Como segue afirmando Eligio Resta (2014, p.12), exatamente porque introjeta a diferença entre interação e a sociedade, a amizade reproduz no interior toda a ambivalência da diferenciação. Estas ideias não se

apresentam como românticas, mas se apresentam pela sua “falta”, pela “não-presença”, assim como a noção de bem comum:

Con l'idea di bene comune non si rincorre il mito romantico di una comunità perfettamente solidale e armoniosa, ma un concetto che è vitale per l'intera filosofia pubblica e la cui assenza la rende inintelligibile. Conduciamo un esperimento mentale: si provi a cancellarne l'idea e si verifichi se sussistano ancora motivi perché gli uomini vivano insieme. Essi potranno forse ancora stipulare contratti privati, ma non esisterà più una società politica, perché non vi sarà più un bene globale intenzionato dai "cittadini" e che su essi rifluisce. Se non vi fosse un bene comune da raggiungere, la società non esisterebbe (POSSENTI, 1991, p. 67).

Para Vittorio Possenti, o bem comum se apresenta como constitutivo de um novo modelo de sociedade é “o” objetivo que cada comunidade deve buscar. O autor apresenta nove aspectos que compõe construção de um conceito de bem comum, os quais também nos auxiliam na construção da ideia de saúde como um bem comum. Por isso, passaremos analisá-lo no seção que segue.

4 SOBRE A CONCEITUAÇÃO DO BEM COMUM

a) O bem comum como meta. Para Possenti, o bem comum é sempre uma meta a ser alcançada (obiettivo da raggiungere). Com efeito, é por esse pressuposto que a conceituação do bem comum afasta peremptoriamente a noção de bem comum como aglutinação de bens individuais: o objetivo da sociedade não é um bem individual, mas um bem que se comunica entre todas as pessoas do grupo indistintamente. Como se percebe, não há eliminação da existência da individualidade, mas, sim, a projeção do coletivo. Nesse sentido, é perceptível que o direito à saúde não apenas possui um cariz individual, mas é aquele direito que diz respeito a um quadro social, que importa a coletividade, que assume uma característica transcendente àqueles que pertencem a determinada comunidade¹⁰.

¹⁰ Não se tem dúvidas sobre a dimensão social da saúde e muito mais da doença. Como exemplo podemos destacar o alcoolismo ou as doenças mentais.

b) O bem comum como fim. O bem comum é um objetivo e não um meio. É um bem intrínseco da comunidade política o qual pode e deve ser comunicável e exige a participação de todos, não no sentido utilitarista (como meio de felicidade de cada cidadão), mas como princípio de vida. Possenti o define com um *communicatio in bene vivendo*, o que relembra o lema da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, realizada em Alma-Mata, na então União Soviética, cuja Declaração tinha uma finalidade uníssona: saúde para todos. Trata-se de um objetivo que se esperava alcançar no ano de 2000, porém ainda estamos longe de alcançá-lo. Nem por isso, podemos desistir, nem pensar de modo romântico, mas saber que temos formas de realmente alcançarmos o referido objetivo como um bem da comunidade global;

c) o bem comum em três dimensões. O bem comum é composto por elementos material, intelectual e moral. Os componentes do bem comum ultrapassam (mas não prescindem) os níveis morais, éticos e políticos do bem viver. Ora, bem viver em qualquer município significa ter as condições materiais, intelectuais e morais asseguradas pela política pública que, por sua vez, é um bem comum, sendo assim, o bem viver não responsabilidade apenas dos governantes. Na área da saúde é fundamental a participação e o controle social, tão enfatizados e defendidos no nosso processo de Reforma Sanitária e depois também constitucionalizado.

d) o bem comum como justificativa da autoridade. Trata-se de um elemento conceitual importante na construção do conceito. O bem comum encontra-se fortemente vinculado a justificativa da autoridade, porquanto a legitimidade e a justiça da atuação estatal são a razão de ser do próprio poder público¹¹ (POSSENTI, 1991, p. 54). Por isso, além da dimensão local, há a dimensão global, mas sempre reforçando a própria comunidade, por isso, que é fundamental no setor saúde assegurarmos o direito à atenção básica, esta se constitui como função do município

¹¹ *“La non-evidenza del bene comune, il fatto che esso sia sempre soggetto ad un velo di ignoranza sono i motivi che postulano la necessità dell'autorità politica; il suo compito consiste nell'assicurare l'unità di azione del corpo politico, al cui interno generalmente esistono molteplici opinioni sugli scopi e le azioni da intraprendere ... Funzione dell'autorità è garantire l'intenzione materiale, e non solo formale, del bene comune: questo non implica che il compito delle singole persone sia sottovalutato, perché il bene comune è prodotto in tanta parte dagli sforzi cooperativi dei singoli, dal retto uso delle loro ragion pratiche, dalle infinite scelte compiute a tutti i livelli della vita sociale.”*

de dela decorrerão todos os demais indicadores de saúde. A Lei Federal 8080/90 buscou estabelecer a descentralização dos serviços e ações em saúde, prevendo ainda que a organização, o planejamento e o orçamento deveriam se dar de modo ascendente, de nível local ao federal, ouvidos os órgãos consultivos.

e) o bem comum e o bem público. O bem comum diz respeito à sociedade política, não somente ao Estado. Não há uma correlação entre o bem público e o bem comum. O bem público é aquele vinculado ao funcionamento da máquina estatal, da ordem pública e do direito. Entretanto, o governo como gestor do Estado também é responsável pela persecução do bem comum. A ideia de comunidade política e do próprio município significa dizer que cada cidadão é também corresponsável pela promoção do direito à saúde. Podemos observar através da informação, o quanto uma sociedade que tenha informação sobre determinada situação sanitária pode contribuir para a solução de problemas. Direito e educação devem andar juntos, não apenas no discurso político.

f) o conteúdo do bem comum. O conteúdo do bem comum não se define somente a priori, mas está vinculado com outros aspectos: debate público, hábitos virtuosos, consenso e evolução social. A conceituação da saúde como bem da comunidade passa (ou passou) por esse filtro. Pela história recente, o direito fundamental à saúde foi amalgamado no texto constitucional e as formas de implementação foram previstas na legislação infrafundamentalis. Embora complexa, a sociedade contemporânea, caracterizada pelo seu caráter pluralista, acabou ampliando sua capacidade institucional de efetivar discursos, dentre os quais a da participação comum. Percebe-se que a participação na organização do sistema de saúde é um exemplo de construção paulatina da saúde como bem comum de certa comunidade (POSSENTI, 1991, p. 57)¹².

g) o bem comum e o mérito. Para Possenti, o mérito é a medida de atuação do indivíduo no bem comum. Destaca que o bem comum não pode ser representada por uma teoria simétrica a partir do esquema de que “quem contribui

¹² “Questo è particolarmente vero per le società moderne, più complesse, più altamente differenziate, più ricche di istituzioni e di sapere, e soprattutto pluraliste, dove la partecipazione a verità comuni rimane un obiettivo auspicabile e insieme arduo. In esse difetta l'evidenza storica del bene comune perché la crisi delle primarie evidenze etiche involge, in ragione del suo carattere essenzialmente morale, difficoltà aggiuntive di discernimento del suo contenuto concreto”.

mais recebe mais”. Pelo contrário, a distribuição do bem comum se dá conforme as necessidades. Nesse sentido, a autoridade administrativa tem o dever de realocar sua atuação de acordo a necessidade de distribuição e das carências de efetividade de direitos. O processo não prestigia as preferências, mas uma noção de finalidade compartilhada por toda a sociedade.

h) o conceito de bem comum é aberto. Para Possenti, “il concetto di bene comune come scopo della società politica è intrinsecamente proporzionale e aperto”. Em outras tintas, significa dizer que seu conceito pode ser delimitado/ampliado dentro do grupo social. De modo algum, é um conceito fechado, inalterável. Portanto, o conteúdo do bem comum é preenchível pela própria sociedade.

i) Pressupostos para a realização do bem comum. Para que o bem comum possa ser realizado de modo qualificado é imprescindível (i) instituições comprometidas com o respeito aos direitos fundamentais; (ii) que difunda a ideia de sociedade como associação e do dever de cooperação entre os indivíduos, mantendo a natural diferença intelectual e diferenças de escolha valorativas e de propósitos; (iii) a difusão da ideia de codivisão de bens, valores e fins. Esses pressupostos estribam-se no que Possenti defende ao dizer que “bene comune significa che i cittadini condividono almeno alcune verità pratiche, cioè una “fede pratica”, alcuni fini sociali o scopi condivisi: il bene comune accomuna”. Em resumo, sem visualizar que a consecução dos bens comuns (como a saúde), são também um dever-comum (um fé-prática), que implica cooperação, não haverá sucesso no processo mediador de consecução do valor comunitário.

Estes aspectos implicam o resgate do sentido da comunidade, a qual pode ser identificada com toda sua força e ambivalência no município. Não por acaso, sempre que se busca a efetivação do direito à saúde o município é o primeiro a ser lembrado e, muitas vezes, ao mesmo tempo, o último a ser recordado pelo “Estado-Nação”, que deixa de investir em saúde em função da corrupção sistêmica.

5 DEVERES DOS MUNICÍPIOS NA EFETIVAÇÃO DA SAÚDE COMO BEM COMUM

No contexto em que os recursos são limitados, o Estado deve fazer escolhas para gerir a oferta de ações e serviços de saúde com o intuito de aumentar os resultados à população em termos de longevidade e de qualidade de vida. Nesse sentido, a análise econômica torna-se uma ferramenta importante para definir alternativas eficientes em saúde (BROUSSELLE et al, 2013). Em função disso o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 compartilhou as responsabilidades no que tange à concretização do direito à saúde entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

A Constituição Federal de 1988 traz uma proeminência normativa, diversos dispositivos que têm como objetivo a tutela do direito à saúde, para salvaguardar e preservar a qualidade de vida da população. No preâmbulo da Constituição Federal, destaca-se a indispensabilidade do Estado democrático assegurar o bem-estar da sociedade. Notoriamente, dentro de bem-estar, como uma das funções do Estado, encontra-se a Saúde Pública.

Além disso, o direito à vida e à saúde, dentre outros que seguem no texto constitucional, aparecem como reflexos imediatos da dignidade da pessoa humana, como fundamento da República Federativa do Brasil. Tal fundamento afasta a ideia de supremacia das concepções transpessoalistas de Estado e Nação, em detrimento da liberdade individual.

José Afonso da Silva (1994, p.78) salienta que:

[...] a saúde é concebida como direito de todos e dever do Estado, que a deve garantir mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos. O direito à saúde rege-se pelos princípios da universalidade e da igualdade de acesso às ações e serviços que a promovem, protegem e recuperem. As ações e serviços de saúde são de relevância pública, por isso ficam inteiramente sujeitos à regulamentação, fiscalização e controle do Poder Público, nos termos da lei, a quem cabe executá-los diretamente ou por terceiros, pessoas físicas ou jurídicas de direito privado. Se a Constituição atribui ao Poder Público o controle das ações e serviços de saúde, significa que sobre tais ações e serviços tem ele integral poder de dominação, que é sentido do termo controle, mormente quando aparece ao lado da palavra fiscalização.

A Saúde Pública no Brasil analisada e pensada na atualidade deve ser compreendida para além da intensa luta pela universalização da prestação do

serviço de saúde antes do marco Constitucional e da consolidação do Sistema Único de Saúde desencadeado pela hiperinflação normativa após a Lei n. 8080/9, que registra cerca de 70 mil atos normativos. A saúde não pode mais ser reduzida a locução “direito de todos e dever do Estado”, como ainda se reitera e se escreve, como se nada de novo tivesse sido produzido ou como se as maneiras de abordagem não pudessem ser alteradas. De certo modo, a inegável mudança de paradigma na saúde pública exige abordagens e novas interpretações, especialmente se compararmos os informativos (VIAL, 2015).

Assim, para se falar em responsabilidade dos entes federados na esfera da concretização do direito à saúde, é crucial observar a descentralização. A definição de responsabilidades é fruto do paradigma da descentralização. Assim, Medeiros nos adverte acerca da relevância da análise da descentralização dentro do Sistema único de Saúde em relação ao nosso modelo Federativo. *Prima facie* soa-nos como algo antagônico falar-se em “Sistema Único” e “modelo Federativo”. Entretanto, trata-se, pois, de compatibilizar essas ideias, visto que teremos uma repartição de competências pela via do texto constitucional que possibilitará a descentralização, bem como essa “compatibilização” (MEDEIROS, 2008, p. 321-322)

A descentralização do SUS nada mais é do que criar diversos centros decisórios dentro desse sistema. Descentralizar não é só dividir e delegar o trabalho, as tarefas e controlá-las (MEDEIROS, 2008, p. 322), é também, união federativa dentro do grande pacto do modelo Federativo. Essa união demanda, também, “união” de saberes, o que se reflete na aceitação e na “adoção” da ferramenta transdisciplinar nesses processos decisórios de gestão do sistema.

O princípio da descentralização tem previsão constitucional no artigo 23, inciso II, artigo 24, inciso XII, artigo 30, incisos I, II, e VII e artigo 198, inciso I, da Constituição Federal, sob a denominação de descentralização. É uma repartição de competências, o que no dizer de Dallari é um compartilhamento organizado entre as competências administrativas e legislativas (DALLARI, 1995, p.40). Tal situação não é propriamente uma descentralização entre os entes federativos com a “distribuição” de poderes, sejam administrativos e/ou legislativos.

O compartilhamento organizado, apontado por Dallari, refere-se ao dever imposto aos entes federados e à União, de disciplinar sobre a matéria, bem como a atuação na sua aplicação, independentemente se é uma lei federal e o administrador é municipal ou vice-versa, nos termos do artigo 24 e seus parágrafos, da Constituição Federal. Por meio desta concorrência constitucional é que é possível “justificar” a construção atual do Sistema Nacional de Saúde, nos termos do artigo 196 da Constituição Federal.

6 O DIREITO À SAÚDE COMO PONTE PARA A CIDADANIA

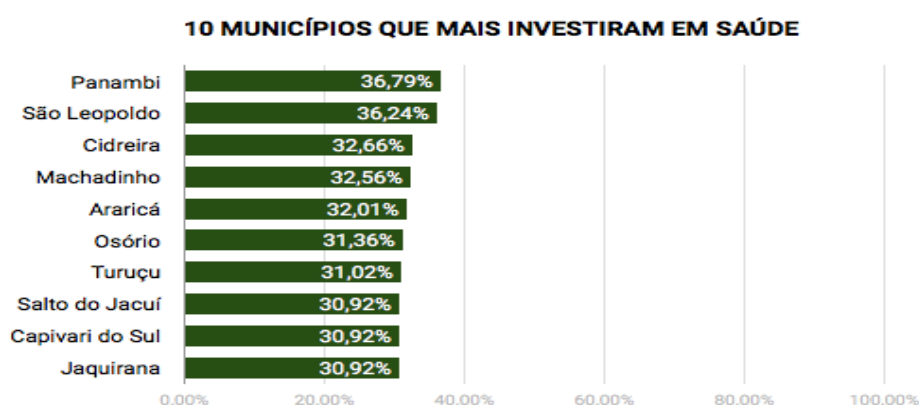
Para resgatarmos a cidadania é preciso que compreendamos o direito à saúde como uma ponte para a efetivação da cidadania. Conforme Vial (2006, p.119-120), a fraternidade que foi esquecida, retorna hoje com seu significado originário de compartilhar, de pacto entre iguais, de identidade comum e, no direito à saúde temos esse “pacto entre iguais”; há “identidade comum”, que é justamente a fruição do status de cidadão exercida por meio da concretização do direito à saúde como um bem da comunidade.

A ponte da saúde está mais próxima do Ente Municipal. A municipalização da saúde é uma mudança de paradigma no campo da efetividade, pois o ente municipal assume e se compromete com a atenção básica da saúde, e isso, no tocante ao aspecto prático de acesso a serviços de saúde, é relevantíssimo, pois só com os investimentos dos estados, a população ficaria numa situação de “desamparo”. Sabe-se que o estado do Rio Grande do Sul, historicamente, é um dos que menos investe, ou seja, entre os anos de 2010 e 2015, seus indicadores de aplicação da receita própria em saúde variaram entre 7,62% e 12,2%, a média para este período, indicada pelo SIOPS, é de 10,6%. O investimento do Estado deve ser de, no mínimo, 12%.

O investimento em saúde, por parte do ente estatal é realmente baixo, mas, paradoxalmente, as condições de saúde no Estado são referência nacional. A “explicação” para esse paradoxo está justamente na municipalização da saúde. Os municípios “assumem” e custeiam a saúde local, investem bem mais que o

determinado no parâmetro legal. Assim, transcendem a responsabilidade de atender a baixa complexidade. Em diversos casos, atendem média complexidade ou fazem convênios, parcerias para os casos de alta complexidade. Vejamos alguns dados de investimento e de saúde:

Fonte: <http://www1.tce.rs.gov.br/portal/page/portal/tcers/consultas/indicadores>



Fonte: <http://www1.tce.rs.gov.br/portal/page/portal/tcers/consultas/indicadores>



O processo de municipalização é altamente complexo, pois envolve uma tomada de decisão dotada de complexidade. As questões de saúde são pensadas levando em consideração as demandas locais, mas a repartição de competências é,

por natureza, dotada de complexidade exacerbada. Veja-se o que Luhmann (1996, p. 45-47) diz a respeito dessa característica da sociedade:

Com complexidade queremos dizer que sempre existem mais possibilidades do que se pode realizar. [...] Na experimentação a complexidade e a contingência de outras possibilidades aparecem estruturalmente imobilizadas como “o mundo”. [...] o mundo é complexo e contingente.

Deve-se pontuar que são características dessa sociedade a complexidade, a contingência, a paradoxalidade e o risco, dentre outras. Pode-se dizer que um sistema é complexo na medida em que apresenta mais possibilidades do que pode realizar em dado momento; isso é bastante visível no “sistema” da saúde, pois se tem mais possibilidades (em função das diversas demandas) dentro de uma esfera de realização. Há a necessidade de o sistema fazer uma seleção dessas possibilidades, sob pena de não mais continuar operando e, com a descentralização, essa seleção fica a cabo do município.

CONCLUSÃO

Vimos que a consecução do direito saúde, entendida agora como um bem comum, depende de uma cooperação de indivíduos e a incorporação da noção de codivisão, no sentido de que a saúde é dever de todos. Visualizamos que sustentar a saúde como um bem comum é plenamente possível já que o conceito de bem comum está permanentemente aberto, preenchível pelas intenções do grupo social, incorporadas ou não por meio de leis e decisões políticas ou jurídicas. Do mesmo modo, compreendemos que o bem comum não é distribuído de acordo com as capacidades individuais, sociais ou econômicas dos indivíduos: é distribuída de acordo com as necessidades prementes, mais saúde para quem mais precisa. A consequência é a homogeneização da distribuição e, de fato, mais saúde para todos.

Da mesma forma, foi possível verificar que a construção do bem comum depende do debate político, da conjugação de interesses, especialmente em

sociedades pluralistas cuja característica marcante é a necessidade do Estado ampliar sua capacidade de efetivar discursos: ele deixou de efetivar somente o discurso da maioria, passando a implementar, conforme o possível, os discursos de grupos que não tinham vez.

Trata-se, portanto, de uma transformação da figura do Estado, que busca permanentemente encontrar sua legitimidade muito mais em servindo com qualidade, do que impondo determinada vontade de alguns. Nesse sentido, a saúde, enquanto direito e bem da comunidade (bem comum), é um exemplo marcante: não só a constitucionalização da saúde, mas também a permanente reforma e reagrupamento de recursos em busca da efetividade constitucional, são indicativos de que a finalidade da sociedade foi perseguir um objetivo que transcenda os interesses individuais, mas que encontrem nos outros indivíduos seu fundamento.

Definitivamente, a saúde não é um bem público, não é um bem que pertence ao Estado e ao funcionamento da máquina pública. Entretanto, é uma meta a ser alcançada pelo Estado. Por isso mesmo, a saúde não pode ser entendida como um bem exclusivamente individual, é um bem que se comunica com toda a sociedade, um dever da própria sociedade. Portanto, como bem codividido e como dever recíproco, devemos unir as margens do rio com uma ponte, já que “a ponte acentua o segundo termo [a reunião] e supera o distanciamento das suas extremidades ao mesmo tempo que o torna perceptível e mensurável” (SIMMEL, 1996). As reflexões de Simmel são oportunas no sentido de que a noção de bem comum implica aproximação, reunião, codivisão, atitudes essenciais para se atingir a efetivação de direitos e, em especial, o direito à saúde.

REFERÊNCIAS

BBC. **Mortalidade infantil no Brasil cai 61% em 20 anos, diz estudo**. Disponível em: http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2010/05/100524_mortalidadeinfantil_ba.shtml. Acesso em: 24 jun. 2016.

BOMPIANI, Adriano. **Considerazioni in merito alla politica di sicurezza sociale nel settore dell'assistenza e della sanità**. Rimini: Maggioli, 1996.

BRASIL. Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://www1.tce.rs.gov.br/portal/page/portal/tcers/consultas/indicadores>. Acesso em: 20 de dez. 2016.

BROUSSELLE, A.; LACHAINE, J.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. **A Avaliação Econômica**. In: BROUSSELLE, A. (Org.). Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

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

_____. **A saúde do brasileiro**. São Paulo: Editora Moderna, 1987.

JORIO, Ettore. **Diritto sanitario**. Milano: Guiffrè, 2006.

LUHMANN, Niklas e DE GIORGI, Raffaele. **Teoria della Società**. Milano: Franco Angeli, 1996.

MARTINI, Sandra Regina. **Transdisciplinaridade: Do Direito ao Direito à Saúde**. Porto Alegre: Editora Visão, 2015.

MEDEIROS, Humberto Jacques. Sistema Federativo e Saúde: descentralizar o SUS. In: COSTA, Alexandre Bernardino [et al]. **O direito achado na rua – Introdução crítica ao direito à saúde**. Brasília: CEAD, 2008.

MELO, Osvaldo Ferreira de. **Dicionário de Direito Político**. Rio de Janeiro: Forense, 1978.

MORAIS, Jose Luis Bolzan de. **Do direito social aos interesses transindividuais**. Porto Alegre: Livraria do advogado, 1997.

OLIVEIRA, Maria Coleta; PINTO, Luzia Guedes. Exclusão Social e Demografia: elemento para uma agenda. In: OLIVEIRA, Maria Coleta (Org.). **Demografia da Exclusão Social**. Campinas: UNICAMP, 2001.

POSSENTI, Vittorio. **Le società liberali al bivio, Marietti**. Milano: Giuffrè, 1991. Capítulo III.

POSSENTI, Vittorio. **Solidarietà sotto l'aspetto internazionale**. Disponível em: <www.vanthuanobservatory.org/_files/fonti/.../594_posSENTI.doc>. Acesso em: 03 out.2016.

Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946. Disponível em: <http://www.unifran.br/mestrado/promocaoSaude/docs/ConstituicaodaWHO1946.pdf>>. Acesso em: jul. 2016.

RESTA, Eligio. **Percursos da identidade**. Ijuí: Unijui, 2014.

RIO GRANDE DO SUL. **Primeira Infância melhor**. Disponível em: <<http://www.pim.saude.rs.gov.br/v2/>>. Acesso: 14 jul. 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Planejamento, Gestão e Participação Cidadã (SEPLAG). **Atlas Socioeconômica do Rio Grande do Sul**, 2014. Disponível em: <http://www1.seplag.rs.gov.br/atlas/conteudo.asp?cod_menu_filho=814&cod_menu=811&tipo_menu=INDICADORES&cod_conteudo=1426>. Acesso em: 10 jul. 2016.

ROCHA, Julio César de Sá da. **Direito da Saúde: direito sanitário na perspectiva dos interesses difusos e coletivos**. São Paulo: Editora LTr, 1999.

SILVA, José Afonso. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 9. ed. São Paulo: Malheiros, 1994.

SILVA, De Plácido e. **Vocabulário jurídico**. Edição Universitária. Volume I. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1990.

SIMMEL, Georg. A ponte e a porta. **Política e Trabalho**, n.12, p.11, set., 1996.

SCLIAR, Moacir. **Do Mágico ao Social: a trajetória da saúde pública**. Porto Alegre: L&PM Editores, 1987.

SCHWARTZ, Germano André Doederlein. **Direito à Saúde: Efetivação em uma Perspectiva Sistêmica**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.