

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

LIANE DE ALEXANDRE WAILLA

**A SAÚDE NO BRASIL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): UMA HISTÓRIA
DE CONQUISTAS E DESAFIOS**

Rio Grande

2017

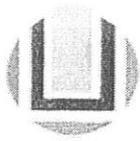
LIANE DE ALEXANDRE WAILLA

**A SAÚDE NO BRASIL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): UMA HISTÓRIA
DE CONQUISTAS E DESAFIOS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Direito e Justiça Social sob orientação da Prof^a Dr^a Maria Cláudia Crespo Brauner.

Rio Grande

2017



Ata de Defesa de Dissertação do Curso Mestrado em Direito e Justiça Social

Aos 07 dias do mês de dezembro de 2017 na Sala 6101, às 10h realizou-se a Defesa da Dissertação de Mestrado de **Liane de Alexandre Wailla**, matrícula nº 106288 com o título *A Saúde no Brasil e o Sistema Único de Saúde (SUS): uma história de conquistas e desafios*, que teve como orientadora a Prof^a. Dr^a. Maria Cláudia Crespo Brauner e tendo como examinadores os professores Dr. Hector Cury, pelo Mestrado em Direito e Justiça Social da Universidade Federal do Rio Grande, FURG e professora Dr^a. Adriana Fasolo Pilati Scheleder, pela Universidade de Passo Fundo (UPF). Com a abertura dos trabalhos pelo orientador, seguido da apresentação pelo mestrando de sua Dissertação, passou-se em seguida às manifestações dos examinadores que ao final apresentaram contribuições para qualificação do texto que, após revisão pela mestranda e aprovação pelo professor orientador, será entregue à Secretaria do Curso para ser disponibilizada à Biblioteca da Universidade. Ao concluir os trabalhos a Banca examinadora considerou Aprovada a Dissertação de Mestrado para que a Mestranda, observada as demais exigências do Curso, possa receber o título de **Mestre em Direito e Justiça Social** pela Universidade Federal do Rio Grande, FURG.

Rio Grande, 07 de dezembro de 2017.

Prof. Dra. Maria Cláudia Crespo Brauner
(presidente)

Prof. Dr. Hector Cury

Prof^a. Dr^a. Adriana Fasolo Pilati Scheleder

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeira mão, à minha família mais próxima, na pessoa da minha amada mãe Lucia Helena, de quem vejo nos olhos a tradução da nossa cumplicidade e cujo suporte diário fez-se ainda mais valioso nessa reta final;

Aos meus também amados pai, Carlos Roberto, madrasta e amiga Beatriz Mônica, pela dedicação e carinho em todos os momentos;

Aos meus irmãos Bruno, Marina, Pietro e Victória, meus grandes incentivadores pelo simples fato de fazerem parte da minha vida;

Ao meu grande amor, meu companheiro Luis Felipe, motivador de todos os meus sonhos, por compreender que as horas em que me furtei do nosso convívio eram pequenas diante da nossa vida completa de hoje e para sempre;

Àquele por quem todo o esforço vale a pena, por amá-lo no limite das minhas forças, nosso filho Vicente.

À minha querida orientadora e amiga, Maria Cláudia Brauner, pelas horas de dedicação, pelo conhecimento e confiança partilhados, pelos incríveis momentos feitos de simples, mas enriquecedoras conversas;

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Mestrado em Direito e Justiça Social da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), pela imensa dedicação em fazerem deste um curso diferenciado, empolgante àqueles que se afeiçoam à sua proposta de justiça social;

Aos colegas do curso, pelo compartilhamento do aprendizado e enriquecedor convívio;

À Procuradoria da República em Rio Grande, na pessoa da Dra. Anelise Becker, pelo apoio, incentivo e inspiração como pessoa querida e profissional ímpar que é;

Aos amigos e colegas de trabalho, Luana Saraçol, Márcio Santos, Renato Duarte e Jeison Vieira, por “carregarem o piano” nos momentos de minha ausência;

Aos amigos de toda a vida que souberam compreender as ausências e esperar pelo devir, na certeza da nossa eterna amizade.

A tua doçura, o teu sorriso, a tua incansável dedicação, os teus exemplos de tolerância e humildade ainda tão vívidos fazem-me sentir-te todos os dias ao meu lado, como se a distância que há pouco nos separou fosse “um nada” nessa imensidão de saudades. A ti, minha amada *vó Amélia*, dedico esse trabalho, cujo esforço fez-se quase intransponível diante da tua ausência, na certeza de que estaremos sempre juntas, antes, hoje e amanhã.

RESUMO

A eficácia do direito à saúde no Brasil tem sido tema de controversos debates, envolvendo, não raro, questionamentos a respeito da capacidade do atual sistema público de saúde (SUS) em realizá-lo, plenamente. Tendo por norte esses questionamentos, desenvolve-se o presente trabalho que, calcado no método dedutivo, faz uso da pesquisa exploratória de revisão bibliográfica e documental. Assim, a partir de uma retrospectiva histórica percebe-se que o Brasil nunca contou com um sistema de proteção social na área da saúde, onde a assistência médica destinava-se apenas às elites, restando à maioria da população apenas as ações sanitárias voltadas ao controle de epidemias. Uma árdua luta articulada entre diversos movimentos sociais que tinham no horizonte a democratização do país, com destaque para o movimento pela Reforma Sanitária, culminou com o reconhecimento, pela CF/1988, da saúde como um direito de todos e dever do Estado, incumbindo ao Sistema Único de Saúde (SUS) a tarefa de pô-lo em prática. Muito embora a conjuntura política da época fosse avessa à efetiva participação estatal nas políticas públicas, o SUS acumulou inúmeros programas e ações em saúde pública, cujos resultados positivos lhe deram visibilidade e reconhecimento internacional, melhorando sobremaneira a qualidade de vida da população e demonstrando que os entraves à plena realização da saúde não residem no modelo “SUS”, mas repousam, entre outros, no subfinanciamento do sistema público de saúde, na prevalência da saúde suplementar e na terceirização dos serviços, exigindo maior participação do Estado e responsabilidade política. Em complementação à árdua tarefa de preservação do SUS, mormente diante das mais recentes escolhas políticas voltadas ao seu completo desmonte, alia-se as contribuições da bioética, como uma das alternativas para melhoria do sistema de saúde pública do Brasil e da própria saúde da população, enquanto propulsora de um novo modelo biomédico, mais humano e menos científico, especialmente por meio da desmedicalização da vida e da adoção de práticas integrativas, condutas estas que importam na redução de custos ao sistema, agregando, ainda, maior qualidade de vida aos pacientes. Tudo com o escopo maior de defender a ampliação do sistema de saúde pública brasileiro, como um dos vieses da justiça social.

Palavras-chave: direito à saúde; reforma sanitária; SUS; bioética e justiça social.

ABSTRACT

The effectiveness of the right to health in Brazil has been the subject of controversial debates, often involving questions about the capacity of the current Brazilian health care system (SUS) to carry it out fully. Based on these questions, the present work is developed which, based on the deductive method, makes use of the exploratory research of bibliographical and documentary revision. Thus, from a historical retrospective, it can be seen that Brazil never had a system of social protection in the health area, where medical assistance was only for the elites, leaving the majority of the population only the sanitary actions directed to the control of epidemics. An arduous articulated struggle between several social movements that had on the horizon the democratization of the country, with emphasis on the Sanitary Reform movement, culminated in the recognition, by Brazilian Constitution, of health as a right of all and duty of the State, Brazilian Health Care System (SUS) the task of putting it into practice. Although the political conjuncture of the time was contrary to the effective state participation in public policies, the SUS accumulated innumerable programs and actions in public health, whose positive results gave it visibility and international recognition, greatly improving the quality of life of the population and demonstrating that obstacles to the full realization of health do not reside in the "SUS" model, but rely, among other things, on the underfunding of the Brazilian health care system, on the prevalence of supplementary health and on the outsourcing of services, requiring greater state participation and political responsibility. In addition to the arduous task of SUS preservation, especially in view of the most recent political choices aimed at its complete dismantling, the contributions of bioethics are allied as one of the alternatives for improving Brazil's public health system and the health of the population itself, as a propeller of a new biomedical model, more human and less scientific, especially through the demedicalization of life and adoption of integrative practices, which are important in reducing costs to the system, adding a higher quality of life to patients. Everything with the greater scope of defending the expansion of the Brazilian public health system, as one of the biases of social justice.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE COMO AFIANÇADOR DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE	14
1.1 Perspectiva Histórica	15
1.2 A Reforma Sanitária	23
1.3 A Saúde como Direito Humano e a Positivção Constitucional a partir da Constituição Federal de 1988	33
1.4 A Criação e a Estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS)	39
<i>1.4.1 A Judicialização da Saúde</i>	46
2 SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA: O SALDO POSITIVO DO SUS	51
2.1 Dados sobre a Saúde Sanitária e Básica da População	56
2.2 Programas e Políticas Efetivas: o SUS que não se vê	64
<i>2.2.1 O SUS como modelo de inspiração para outros países</i>	82
3 ENTRAVES À PLENA EFICÁCIA DO SUS: REFLEXÕES SOBRE CAUSAS E ALTERNATIVAS	86
3.1 Os Encaminhamentos Políticos na Área da Saúde: a que interesses atendem?	88
<i>3.1.1 O (sub) financiamento do SUS e a saúde suplementar: para entender o sucateamento</i>	93
<i>3.1.2 O retrocesso que se anuncia</i>	105
3.2 As Contribuições da Bioética: melhorias para o SUS e para a saúde	111
<i>3.2.1 A desumanização da medicina e a coisificação do paciente</i>	115
<i>3.2.2 A medicalização da vida: somos tão doentes?</i>	120
<i>3.2.3 As práticas integrativas e a importância da educação em saúde</i>	122
CONSIDERAÇÕES FINAIS	126
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	129
LISTA DE ABREVIATURAS	8

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde
ABTO	Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CNRS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
COFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DMP	Departamento de Medicina Preventiva
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DAPS	Departamento de Planejamento e Administração em Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DRSAI	Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado
DIP	Doenças Infecciosas e Parasitárias
DRU	Desvinculação da Receita da União
ESF	Estratégia Saúde da Família
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FMI	Fundo Monetário Internacional
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FAB	Força Aérea Brasileira
IPC	Índice de Percepção da Corrupção
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IAP's	Institutos de Aposentadoria e Pensão
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NMDP	National Marrow Donor Program
OMS	Organização Mundial de Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OSS	Orçamento da Seguridade Social
OPOS	Organização de Procura de Órgãos
PNI	Programa Nacional de Imunização
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PEC	Projeto de Emenda Constitucional
REME	Movimento de Renovação Médica
RBT	Registro Brasileiro de Transplantes
REREME	Registro Nacional de Receptores de Medula Óssea
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
REDOME	Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea
SUS	Sistema Único de Saúde
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SIPS	Sistema de Indicadores de Percepção Social
SNT	Sistema Nacional de Transplantes
TARV	Tratamento Antirretroviral
UNIAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

INTRODUÇÃO

A questão da saúde pública no Brasil, particularmente a partir da institucionalização do Sistema Único de Saúde, é motivo para os mais diversos debates, com diferentes abordagens, destacando-se aquelas atinentes à sua (in) eficácia, na prática. Ou seja, muito se questiona a respeito da manutenção de um sistema de saúde público que, muito embora universal, gratuito e integral, mostra-se carente e incapaz de realizar, plenamente, o direito à saúde, verberando, não raro, a sua substituição à luz da iniciativa privada. No entanto, a ineficácia atribuída a muitos programas, serviços ou ações em saúde pública no Brasil transcendem ao modelo do SUS, mas repousa em fatores externos ao sistema, muito embora sobre ele recaiam as consequências e, também, a injusta constatação da sua incompetência e, quiçá, dispensabilidade.

Sem descurar da preocupação que a má prestação dos serviços e ações em saúde pública encerra, deixando à míngua de atendimentos básicos grande parcela da população que se vê marginalizada também nessa área, importante consignar que o SUS, ao contrário de um sistema fadado a ruir (na visão de muitos, já ruiu), consiste no maior avanço que o Brasil já experimentou em termos de concretização do direito à saúde. Aliás, há poucas décadas, a saúde e toda a sua gama de atendimentos e procedimentos, dos mais simples aos mais complexos, não era reconhecida como um direito de todos e, muito menos, um dever do Estado em promovê-la. Atréada às contribuições previdenciárias ou ao pagamento direto pelos serviços médicos, o acesso à assistência em saúde era restrito a uma minoria, enquanto a imensa maioria de brasileiros encontrava-se à mercê da caridade praticada pelos hospitais filantrópicos.

Não havia falar em direito prestacional à saúde, o qual só foi reconhecido como tal com o advento da Constituição Federal de 1988 que, indo mais além, estabeleceu que a sua realização dar-se-ia através de um sistema de saúde único, universal, gratuito e integral, promovendo, por meio da saúde, a redução das iniquidades sociais, em direção à realização da justiça social. Não por menos que SUS, criado dois anos após a promulgação da Constituição Federal, tornou-se um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, no qual dele dependem, exclusivamente, mais da metade da população, além de outros milhões de usuários

não exclusivos, impondo ao Estado o inarredável dever de promover o acesso aos serviços de saúde a todos que deles necessitarem.

Propõe-se, então, como objetivo a ser alcançado no presente trabalho, o reconhecimento dos aspectos positivos do SUS, lançando luzes sobre os programas e políticas em saúde que deram certo, seu crescimento em termos de quantidade e melhoria da qualidade de vida da população, no firme propósito de demonstrar que trata-se de um eficiente, mas ainda em construção, sistema público de saúde, cujas carências e incapacidades que ainda lhes são próprias decorrem das opções políticas e econômicas nacionais, afeiçoadas a preceitos como a privatização das atividades do Estado, impondo ao SUS o grande desafio de sobreviver e crescer nesse inóspito contexto às políticas públicas em geral.

A proposta investigativa conta com a utilização do método dedutivo de revisão bibliográfica e pesquisa documental em fontes diversas e multidisciplinares, com ênfase nas áreas da sociologia, do direito e da bioética, trazendo ao texto conceitos e particularidades em temas como saúde pública, assistência social, direitos humanos e fundamentais, bioética, além de dados e informações oficiais atinentes às condições de saúde da população e cobertura do SUS.

Para tanto, o trabalho será desenvolvido a partir da sua divisão em três capítulos, onde o primeiro, intitulado “O Sistema Único de Saúde com Afiançador do Direito Fundamental à Saúde”, será dedicado ao necessário resgate histórico a respeito da saúde no Brasil, perpassando pela ausência total do Estado na sua realização, sucedida, mais recentemente pela noção de seguro social, cujo acesso à assistência médica estava restrito aos trabalhadores formais, até a sua consagração como direito fundamental na Constituição de 1988, a partir do movimento sanitário que se articulou em prol da redemocratização do país, assim como outros tantos movimentos sociais, e da democratização da saúde, alçando-a ao ainda inédito patamar de direito fundamental de todos os cidadãos, como corolário da igualdade, da liberdade e da solidariedade a se fazer presentes nessa novel sociedade a ser construída.

A luta culminou com a vitória da população e de seus militantes, com a constitucionalização do direito prestaciona à saúde, o qual adquiria status de direito fundamental, materializado, pouco depois, na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios da universalidade, integralidade e gratuidade no acesso guardam total

consonância com os preceitos constitucionais da igualdade material, cuja realização efetiva, por estar aquém daquela esperada pelos seus idealizadores, não raro desemboca no Poder Judiciário demandas pela concretização do prometido direito à saúde.

Sem olvidar das falhas presentes no sistema de saúde pública do Brasil, as quais fazem fronteira com a política aqui institucionalizada e que insistentemente volta-lhe as costas, dá-se início ao segundo capítulo que carrega a incumbência de revelar um SUS para além das manchetes que retratam as longas filas de espera por atendimento, leitos ou medicamentos. Não que estas não existam. A dura realidade dos usuários do SUS não autorizaria desdizê-las ou desdenhá-las. O propósito, contudo, é desvelar a outra face de uma mesma moeda. Isto é, um SUS que quase nunca é lembrado, pelos cidadãos, e ainda menos, pela mídia, o que em muito contribui para construção da imagem parcial que a maioria da população tem a respeito do sistema público de saúde no Brasil, reputando-o ineficaz, sem aperceber-se, contudo, das trágicas consequências que advém dessa propagação, real, mas parcial.

Começando pelos dados sobre a saúde sanitária e básica da população, os quais atrelados também a uma série de determinantes econômicos e sociais, como níveis de trabalho e renda, educação, entre outros, busca-se demonstrar, no recorte temporal que se escolheu, o qual limitado aos dados do último censo demográfico realizado pelo IBGE, em 2010, os significativos avanços na qualidade de vida da população brasileira em decorrência da ampliação do acesso ao sistema de saneamento básico, o qual vem influenciando positivamente na drástica redução do número de mortes em decorrência de doenças ligadas às questões ambientais, de higiene e sociais, sem olvidar do benefício à saúde e à qualidade de vida proporcionado por tal avanço.

Em um segundo momento, o estudo ruma para a análise de alguns programas e políticas de saúde executadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e que alcançaram elevado padrão de eficiência e qualidade, a exemplo do Programa Nacional de Transplantes, do Tratamento para AIDS, da Assistência Farmacêutica, das campanhas de vacinação, entre tantas outras ações que contribuem para a melhoria na qualidade de vida dos brasileiros e justificam, a despeito dos fracassos que ainda se fazem presentes, a defesa desse sistema universal, integral e gratuito. Por fim, faz-se uma breve incursão naqueles programas e

políticas que, dada a sua eficácia ou pioneirismo, trouxeram ao SUS notoriedade internacional.

O terceiro e último espaço de reflexão proposto pelo presente trabalho dedica-se a analisar os principais entraves à plena eficácia do SUS, a começar pelos encaminhamentos políticos conferidos desde a sua criação e até hoje, os quais pouco comprometidos com a efetiva realização do direito prestacional à saúde, conquanto dedicados à manutenção dos interesses da classe dominante, típicos do modelo neoliberal que se estabeleceu par e passo à constitucionalização do SUS, e que é ainda vigente. Dentre as atuações e omissões estatais que caminham na contramão do SUS e de seus princípios, elegeu-se analisar o subfinanciamento dos programas e das políticas de saúde pública, o fortalecimento da saúde suplementar, composta pelas empresas e seguradoras de serviços de saúde, as quais abocanham grande parte dos recursos públicos e perpetuam no tempo a prática segregadora do acesso aos serviços em saúde, além de uma pequena incursão no fenômeno da terceirização dos serviços públicos sociais, como a saúde, ao que se assomam as mais recentes decisões políticas voltadas ao completo desmantelamento do SUS, a exemplo da PEC dos Gastos Públicos, e da proposta de privatização de parte dos serviços prestados pelo SUS, através da projeto elaborado pelo Ministério da Saúde, sobre a criação de “Planos de Saúde Populares”, a demonstrar que a incapacidade e ineficiência do SUS é extrínseca ao modelo de promoção de saúde pública.

Encaminhando-se à parte final do trabalho, foram apresentadas, tomando por base o que disciplina a bioética vigente na América Latina e, especificamente no Brasil, algumas alternativas que podem auxiliar na melhor concretização do SUS, as quais perpassam, necessariamente, dentre outras, pelas reflexões acerca da humanização da prática médica, da adoção de cuidados paliativos em substituição ao sofrimento da obstinação terapêutica, da desmedicalização da vida, e da incorporação de práticas integrativas e complementares, tudo isso tendo no horizonte a modificação do modelo biomédico atual, cujos parâmetros de uma medicina meramente curativa, individualista e alheio às questões da coletividade, além de financeiramente insustentável, afastam-se da promoção do bem-estar de todos.

Em tal cenário, complexo, paradoxal e repleto de questões interdisciplinares, vê-se indispensável o aprofundamento do debate, tendo por norte a defesa do SUS e do respeito aos seus princípios.

1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE COMO AFIANÇADOR DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE

Vivia-se tempos difíceis. Relegada à própria sorte ou à benemerência da Igreja e das pequenas comunidades sociais, a classe mais empobrecida da sociedade brasileira não dispunha de atendimento na área da saúde cujos serviços destinavam-se àqueles que por eles podiam pagar, ou, mais adiante, a determinados grupos de trabalhadores para quem o Estado interessava-se em disponibilizar, a fim de manter sã a mão-de-obra necessária ao desenvolvimento do país. Foi preciso um longo e gradual processo até a incorporação da saúde como um direito de todos os cidadãos, indistintamente, tal como apregoado pelo atual sistema público de saúde vigente - o SUS.

Os cinco séculos que nos distanciam do descobrimento foram marcados por inúmeras incursões sociais no campo da saúde coletiva, desde o movimento sanitarista da Primeira República que, através da política, lançou luzes sobre as precárias condições de vida da população brasileira fora do eixo central Rio-São Paulo, até os movimentos sociais na época da redemocratização e que inspiraram as ideias e os ideais defendidos pela Reforma Sanitária pré-constituente (1985), em busca de uma nova concepção de saúde pública e do seu reconhecimento como um direito de todos, a ser assegurado pelo Estado, como corolário de uma sociedade que se pretende justa e solidária.

E o resgate desse passado nacional, no campo da saúde coletiva, até a sua consagração pela Constituição Federal de 1988, com todas as conquistas e suas dificuldades, não traduzem, propriamente, um rompimento com um passado que se pretende superar. Tampouco pretende-se advogar a tendência, predominante entre os brasileiros, de que, no Brasil, nada mudou desde o descobrimento, dada a insistente realidade de desigualdades e exclusão social que ainda predomina na nossa sociedade.

O intento, enfim, é demonstrar que foi (é) possível experimentar significativos avanços nas questões que envolvem a saúde pública, desde as primeiras preocupações estatais, restritas aos portos e à manutenção da produção e do desenvolvimento econômico, até a sua consagração como direito humano fundamental, efetivado por meio de uma série de políticas públicas que constituem o Sistema Único de Saúde – SUS, e que esse passado nacional responde por muitas dificuldades que ainda se enfrenta na busca pela completa realização

desse sistema, cujos princípios da universalidade, equidade e integralidade, incorporados muito em razão da Reforma Sanitária que o precedeu, o tornam o maior “convênio” de saúde no Brasil e no mundo, porquanto destina-se a mais de 200 milhões de pessoas/beneficiários.

Ultrapassada a historicidade aclaradora, passa-se a uma breve incursão a respeito do conceito de saúde e a sua evolução até as concepções mais atuais, para então defender a relevância de sua completa realização, não apenas porque constitucionalmente consagrada, ocupando espaço no Título VIII da Constituição Federal de 1988, mas porque um direito humano fundamental, sem o qual esvaem-se os sentidos de todos os demais direitos, sejam eles também essenciais.

E nessa linha, de realização concreta do direito constitucional à saúde, é que o último subitem procura demonstrar as bases legais e operacionais do Sistema Único de Saúde – SUS, os princípios que o norteiam, como a universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e centralização, bem como os desafios decorrentes da sua ainda deficitária e insuficiente realização concreta, dada as escolhas políticas que insistem em lhe apequenar, no lugar de lhe prover as medidas necessárias a sua completa realização, desaguando no Poder Judiciário os anseios de uma sociedade que permanece à míngua de políticas públicas de saúde realmente eficazes.

1.1 Perspectiva Histórica

A atuação (e omissão) do Brasil no setor da saúde carrega, desde o descobrimento e até os dias atuais, as tendências políticas e econômicas de cada momento histórico vivenciado, não sendo possível dissociar a evolução da política de saúde pública brasileira do contexto econômico e político que vigia em cada período, onde as influências dos interesses das classes dominantes (desde os coronéis do café até o empresariado e integrantes dos poderes políticos) geraram entraves e dificuldades ainda hoje sentidas na busca pela edificação de um sistema de saúde efetivamente público, igualitário e universal.

É nesse sentido que, desde o Brasil colônia e até a Proclamação da República (em 1889), a única intervenção estatal em termos de saúde pública dava-se com intuito de controlar as epidemias e endemias de algumas doenças, como lepra (hoje, hanseníase), tuberculose, febre amarela, malária e varíola, que dizimavam grandes contingentes

populacionais e afetavam a produção econômica, prejudicando o comércio internacional. Não havia, propriamente, uma política de saúde pública, mas ações pontuais de controle dos surtos, além de medidas sanitárias nos portos por onde escoavam as mercadorias brasileiras e nos centros urbanos de maior interesse econômico. A assistência médica era exercida pelos raros médicos oriundos da Europa e limitada ao atendimento das classes dominantes, restando aos índios, escravos e brancos pobres os recursos da medicina popular e a prática das sangrias. Datam desse período as primeiras Casas de Misericórdia, destinada ao abrigo de doentes, indigentes e viajantes, bem como a fundação das Escolas de Medicina no Rio de Janeiro (1813) e na Bahia (1815)¹.

A situação de saúde da população no Brasil da Primeira República (1889-1930), ainda predominantemente um país rural, manteve o panorama do período anterior, com predomínio das doenças pestilenciais, como cólera, febre amarela, tifo, tuberculose e varíola, agravadas pelas precárias condições de saneamento básico.² As intervenções políticas nessa área estavam associadas à consciência da interdependência gerada pelas doenças transmissíveis, bem como dos efeitos negativos do quadro sanitário do país em torno do projeto civilizatório, demonstrando o quanto este dependia de políticas públicas como saúde e educação.³

Por isso, as campanhas sanitárias das cidades e dos locais de interesse econômico, como os portos e os centros urbanos das cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, principais responsáveis pelo comércio internacional e pela política de imigração, foram o modelo de intervenção estatal adotado na área da saúde, replicadas, mais adiante, para as demais cidades de outras regiões brasileiras.

Aliás, as ações realizadas nesse período, como o controle da peste bubônica no porto de Santos em 1899, estiveram na origem da criação, em 1900, das duas principais instituições de pesquisa biomédica e saúde pública do país: o Instituto Soroterápico Federal,

1AGUIAR, Zenaide Neto. Antecedentes Históricos do Sistema Único de Saúde – breve história da política de saúde no Brasil. In: AGUIAR, Zenaide Neto (org.). **SUS - antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2015. p.18

2Ibidem, p. 19-20.

3LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina; HOCHMAN, Gilberto. A Saúde na Construção do Estado Nacional do Brasil: Reforma Sanitária em Perspectiva Histórica. In: LIMA, Nísia Trindade (orgs.). **Saúde e Democracia – histórias e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 32.

transformado, em 1908, no Instituto Oswaldo Cruz e Fundação Oswaldo Cruz (1970), no Rio de Janeiro e o Instituto Butantan, em São Paulo.

A partir da década de 1910, inicia-se, no Brasil, um ativo movimento pelo saneamento rural (ou dos sertões) com inúmeras expedições promovidas pelo Instituto Manguinhos, vinculado ao Instituto Oswaldo Cruz, ao interior do país, as quais desnudaram uma nova e delicada realidade social e sanitária do país: o abandono e a miséria das regiões interioranas, onde a população estava submetida a uma vida quase selvagem.⁴

O intuito das excursões era justamente identificar e solucionar os problemas sanitários das mais longínquas regiões, além de promover o desenvolvimento da pesquisa científica e de levar a própria profilaxia. Em 1912, destaca-se, dada a riqueza de observações de cunho social, a viagem científica realizada pelos médicos Belisário Penna e Arthur Neiva, os quais percorreram os estados da Bahia, Pernambuco, Piauí e Goiás, empreendendo amplo levantamento do quadro de doenças e das condições de vida das populações locais, revelando um cenário de completo abandono, miséria e decadência da população sertaneja, bem sintetizado nas palavras de José Maria Bello, para quem, fora dos centros urbanos, só se veriam

anêmicos e opilados, miseráveis que esmolam, bêbados que dormitam nas calçadas e negros seminus que vieram trocar a sua quarta parte de milho pelo litro de aguardente. Desgraçado Jeca Tatu! Esmagado pela natureza, hostil na sua própria exuberância, abandonado de Deus e dos homens, só conhece da vida as sensações animais e os aspectos da miséria. Nenhum desejo, nenhuma ambição agita-lhe o coração e eleva-lhe a alma; a ignorância e, dela, a superstição grosseira resumem a alegria dos sentidos no veneno do álcool e as relações do espírito à crença infantil nos feitiços e nas almas penadas. O conforto e a civilização humana estão a cinco séculos de distância⁵.

Não por menos que, a partir da publicação do seu relatório, em 1916, Penna e Neiva passaram a liderar o movimento social, que se criava em prol do saneamento do Brasil, defendendo que a redenção econômica, social e moral da nação dependia necessariamente do compromisso do poder público com a melhoria das condições de saúde da população rural. A “era do saneamento”, como ficaram conhecidas as primeiras décadas da República Velha, teve

4IBAÑEZ, Nelson; MELLO, Guilherme; MARQUES, Maria Cristina. Breve História da Reforma Sanitária Brasileira. In: ROCHA, Juan Stuardo. **Manual de Saúde Pública e Coletiva no Brasil**. São Paulo: Atheneu, 2012. p. 20.

5Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702009000500009 Acesso em 11/09/2017.

na fundação da “Liga Pró-Saneamento do Brasil”, em 1918, uma de suas principais manifestações que, entre outras, visava alertar as elites políticas, intelectuais e econômicas para a precariedade das condições sanitárias do país interiorano.⁶

Desse movimento, pela expansão sanitária país afora, advieram algumas conquistas como a criação de postos de profilaxia e o DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública, além de mudar o modo de pensar o país, onde a saúde passou a ser encarada como uma questão social e política – o grande obstáculo à civilização.⁷ Contudo, por não terem sido fruto de demandas populares, sequer pôs-se em pauta a questão dos direitos sociais. Na realidade, tratava-se mais de uma conquista política voltada ao enfrentamento de um “mal comum”, representado pelas doenças infecciosas e cujo reconhecimento da interdependência com o desenvolvimento político e econômico, é que motivou a atuação estatal.⁸

Do outro lado, a pressão dos trabalhadores urbanos por elementos de proteção social, faz surgir, no Brasil, a noção de seguro social com a publicação da Lei Elloy Chaves (Lei nº 4.682/23), a qual instituiu o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAP's) destinado à prestação de serviços de natureza previdenciária, de assistência médica e fornecimento de medicamentos, inicialmente voltada aos trabalhadores ferroviários, incluindo, posteriormente, as categorias de trabalhadores marítimos e estivadores.⁹

Assim, o cenário dos serviços de saúde no Brasil das primeiras décadas do século passado retratava uma verdadeira cisão social, onde as CAP's eram destinadas a poucas categorias de trabalhadores formais, a medicina liberal curativa reservada aos poucos aquinhoados que podiam por ela pagar, enquanto a maioria da população encontrava-se à margem de qualquer forma de assistência médica e hospitalar, contando apenas com os serviços oferecidos pelos escassos hospitais filantrópicos mantidos pela Igreja ou a prática

6IBAÑEZ, Nelson; MELLO, Guilherme; MARQUES, Maria Cristina. Breve História da Reforma Sanitária Brasileira. In: ROCHA, Juan Stuardo. **Manual de Saúde Pública e Coletiva no Brasil**. São Paulo: Atheneu, 2012. p.21.

7LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina; HOCHMAN, Gilberto. A Saúde na Construção do Estado Nacional do Brasil: Reforma Sanitária em Perspectiva Histórica. In: LIMA, Nísia Trindade (orgs.). **Saúde e Democracia – histórias e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.35.

8IBAÑEZ, Nelson; MELLO, Guilherme; MARQUES, Maria Cristina. Breve História da Reforma Sanitária Brasileira. In: ROCHA, Juan Stuardo. **Manual de Saúde Pública e Coletiva no Brasil**. São Paulo: Atheneu, 2012. p. 20.

9AGUIAR, Zenaide Neto. Antecedentes Históricos do Sistema Único de Saúde – breve história da política de saúde no Brasil. In: AGUIAR, Zenaide Neto (org.). **SUS - antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2015. p.21.

popular da medicina. Ou seja, aos mais ricos, a medicina liberal; aos trabalhadores formais, os serviços ofertados pelas CAP's e, a todo resto da sociedade, a caridade de sempre e que, no Brasil, desde o descobrimento e ainda hoje, serve de norte para a atuação estatal na realização dos direitos sociais fundamentais.

Conclui-se, daí, a estruturação de dois modelos de intervenção na área da saúde e que se perpetuaram pelas décadas seguintes, mesmo diante de momentos políticos distintos: de um lado, as ações de saúde pública pautadas pelo modelo do *sanitarismo campanhista*, envolvendo uma abordagem coletiva e ambiental da doença e; de outro, as ações de assistência médica, orientadas pelo modelo *curativo-privatista*, realizado através das CAP's (posteriormente transformadas em IAP's – Institutos de Aposentadoria e Pensão) e da medicina liberal, privilegiando uma abordagem individual e medicalizante dos problemas de saúde, indiferentes às relações existentes entre doenças e condições de vida dos indivíduos e coletividades.¹⁰

Na redemocratização (1945-1964), mantida a dicotomia *sanitarismo campanhista versus* medicina curativa, destaca-se a implementação, pelos IAP's, de uma política de assistência baseada na contratação de médicos particulares (para além daqueles pertencentes aos quadros previdenciários dos institutos), pressionados pelas categorias de profissionais com maior poder aquisitivo, consolidando, assim, as bases do que mais adiante veio a ser a medicina de grupo ou empresas médicas, de caráter privado.¹¹

Em que pese o crescimento gradual do número de categorias profissionais e do elenco de benefícios, a previdência social, na primeira metade dos anos 60 ainda estava longe da universalização. Os segurados somavam pouco mais de 5 milhões, ou seja, apenas 7,3% da população da ordem de 70 milhões.¹² Assim, o Brasil ingressava na década de 1960 ainda marcado por uma assistência médica e hospitalar fragmentada e seletiva, onde só faziam jus ao atendimento em saúde os trabalhadores formais, contribuintes da previdência social. Todo o contingente populacional não filiado, estava à mercê da filantropia e da caridade.

E não foi diferente durante o período em que se estabeleceu o regime ditatorial (1964-1984), considerado palco do crescimento e da consolidação da medicina privada, cujas

¹⁰Ibidem, p. 22.

¹¹Ibidem, p. 28.

¹²MERCADANTE, Otávio Azevedo (coord.). *Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil*. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 239.

bases, como visto, já haviam sido estabelecidas ainda na vigência dos IAP's, em detrimento da promoção dos serviços de saúde pública, haja vista o considerável investimento de recursos públicos na área da previdência social, em comparação ao parco incentivo à pasta da saúde.

Dentre as principais reformas institucionais na área da saúde pública promovida pelo governo militar, logo nos primeiros anos do novo regime, foi a unificação dos IAP's no Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, em 1966, concentrando todas as contribuições previdenciárias e, portanto, gerindo, ao mesmo tempo, as aposentadorias, as pensões e a assistência médica de todos os trabalhadores formais.¹³ O restante da população, composta pelos trabalhadores informais, desempregados e trabalhadores rurais, ainda permanecia excluída de toda a cobertura social previdenciária, incluindo a saúde pública.

A unificação dos IAP's fortaleceu sobremaneira o Ministério da Previdência Social, tanto administrativa quanto financeira e politicamente, porquanto concentrava o recolhimento de todas as contribuições e poderes inerentes ao serviço social no Brasil, incluindo a medicina previdenciária, contribuindo, por outro lado, para o fracasso das políticas tentadas pelo Ministério da Saúde.¹⁴ Não por menos que, em meados da década de 1970 “o financiamento estatal contabilizaria mais de 90% dos recursos para a previdência, em relação ao Ministério da Saúde, sendo que o orçamento geral da área só perdia para o da própria União.”¹⁵

Entretanto, diferentemente do que ocorria na época dos IAP's, onde a assistência médica previdenciária era prestada, principalmente, pelos hospitais, ambulatórios e consultórios médicos da rede de serviços próprios dos Institutos, o INPS, orientado pela lógica da mercantilização da saúde, tornou-se o grande comprador dos serviços privados em saúde,¹⁶ na medida em que contratava empresas particulares, com recursos previdenciários (públicos), para prestar assistência médica aos trabalhadores formais – previdenciários -, fomentando a organização da prática médica pautada pela lógica do lucro, ainda hoje soberana na área.

13ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene; EDLER, Flávio. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade (orgs.). **Saúde e Democracia – histórias e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 61.

14MERCADANTE, op.cit., p. 240.

15IBANÉZ, Nelson; MELLO, Guilherme; MARQUES, Maria Cristina. Breve História da Reforma Sanitária Brasileira. In: ROCHA, Juan Stuardo. **Manual de Saúde Pública e Coletiva no Brasil**. São Paulo: Atheneu, 2012, p. 25.

16AGUIAR, Zenaide Neto. Antecedentes Históricos do Sistema Único de Saúde – breve história da política de saúde no Brasil. In: AGUIAR, Zenaide Neto (org.). **SUS - antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2015, p. 30.

Ainda fazendo jus à política adotada, o INPS financiou, a fundo perdido, as empresas privadas que desejassem construir seus hospitais, além de inúmeras faculdades de medicina particulares, espalhadas por todo o país e que, de um modo geral, “desconheciam a realidade sanitária da população brasileira, pois voltadas para a especialização, para a sofisticação tecnológica e para as últimas descobertas da indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares”¹⁷, favorecendo o modelo de medicina curativa, individualista e restrita a uma pequena parcela da população.

Em meados de 1970, o sistema de saúde no Brasil estava organizado em torno das seguintes características:

privilegiamento do modelo clínico de caráter individual, curativo e especializado em detrimento das ações coletivas e de saúde pública; expansão do complexo médico assistencial privado, composto pelo hospital, pela indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares e pela medicina de grupo; lógica curativa do setor de saúde; desigualdade de acesso e diferenciação no atendimento de acordo com a clientela, além da exclusão de parcela importante da população do atendimento à saúde.¹⁸

Não é difícil concluir que a abundância de recursos previdenciários, aliada à ânsia pelo lucro, típica do setor privado, bem como à forma de contratação e pagamento das empresas privadas para a prestação de assistência aos segurados, os quais eram pagos por Unidades de Serviço (US), levou a um processo de corrupção incontrolável¹⁹, desfalcando sobremaneira os cofres previdenciários e contribuindo para a falência desse sistema de saúde.

E o quadro de penúria que se abatia sobre a assistência médica previdenciária, também alcançava a saúde pública, cujos próprios recursos a ela destinados - desde sempre - a tornaram uma máquina ineficiente e impotente diante dos problemas sanitários que assolavam a população em geral, como bem sintetizado nas contribuições de Sarah Escorel e outros:

a saúde pública, relegada a segundo plano, tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia. A carência

17ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene; EDLER, Flávio. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade (org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 62.

18AGUIAR, op.cit., p. 31.

19O setor privado, na busca pelo superfaturamento, multiplicava e desdobrava atos médicos, optava por internações mais caras, enfatizava procedimentos cirúrgicos desnecessários, além de utilizar pouco pessoal técnico e equipamentos antigos (TEIXEIRA e OLIVEIRA, apud ESCOREL, op.cit., p. 67).

de recursos – que não chegava a 2% do PIB – colaborava com o quadro de penúria e decadência, com graves consequências para a saúde da população. (...) Esse quadro seria agravado com a repressão política que atingiu também o campo da saúde, com cassações de direitos políticos (...), aposentadoria compulsória de pesquisadores, falta de financiamento e fechamento de centros de pesquisa.²⁰

Eis, em suma, o cenário dos sistemas de saúde no Brasil, a partir de 1970: expressiva monta de recursos públicos, mais especificamente previdenciários, destinado ao custeio e financiamento de empresas e faculdades privadas de saúde, cujo modelo de assistência adotado – meramente curativa – era complexo, ineficaz e insuficiente frente à demanda, além de consumir vultuosas quantias em razão das terapias e tecnologias de ponta que os novos profissionais médicos, formados distantes da realidade sanitária e das condições de saúde brasileira, insistiam em recomendar, esvaziando os cofres públicos, já enxutos por conta dos desvios e fraudes que se estabeleceram nessa área, ao passo que a saúde pública vivia a desvalorização do modelo sanitarista campanhista de anos anteriores, diante do desprestígio do Ministério da Saúde que, com os poucos recursos que lhe restavam, limitava a sua atuação, no âmbito coletivo, a algumas poucas medidas de erradicação de endemias.

Nas palavras de Sérgio Arouca²¹, o sistema de saúde brasileiro era composto por uma medicina de baixa densidade de capital e grande extensão social, precariamente organizada, e um componente de alta densidade de capital e com pequeno alcance social, mas voltado para um padrão internacional. Ou seja, eram destinados mais recursos públicos para atender a um contingente muito menor de assistidos, ao passo que a grande massa populacional amargava a menor fatia de investimentos. Longe de cidadãos titulares do direito ao acesso a políticas de saúde mínimas, a população brasileira era vista, na melhor das hipóteses, como consumidora desses serviços, ou refratária a eles.

Era, enfim, a falência dos dois sistemas de saúde até então estabelecidos no Brasil: o público e o previdenciário, impingindo à sociedade a triste realidade de um país sem uma política de saúde pública e coletiva minimamente digna. E contra essa conjuntura, de abandono social, é que os primeiros movimentos na área da saúde se articularam, inspirados

20ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene; EDLER, Flávio. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nisia Trindade (org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 61.

21AROUCA, apud PAIM, Jairnilson. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p.75.

nas lutas pela transição democrática que, paulatinamente, iam se organizando e crescendo no país, a denotar a insatisfação da sociedade com o modelo político autoritário então vigente.

Esse o legado do setor saúde deixado não só pelos governos militares, embora tenham agigantado as desigualdades nessa área, mas por toda a história política brasileira que, sem olvidar os avanços a duras penas conquistados, muito mais pelas mãos daqueles que estiveram na frente dos pacientes miseráveis do que pelos líderes políticos, sempre foi mais afeiçoada à preservação dos interesses da classe mais empodeirada em detrimento da satisfação das condições mínimas de vida da sociedade. Esse o legado contra o qual a Reforma Sanitária lutou.

1.2 A Reforma Sanitária

Nesse contexto, de visível desgaste do modelo político ditatorial, bem como diante das trágicas consequências sociais decorrentes da concentração de riqueza, principal componente do regime autoritário, diversos movimentos sociais passaram a se articular e a ter como horizonte a redemocratização do país e o reconhecimento dos direitos civis e sociais como corolário dessa democracia. A eles, agregou-se o movimento inaugurado por médicos, cientistas, acadêmicos e outros profissionais da área da saúde que, nos ambientes de discussão, denunciavam as péssimas condições de vida da população, a situação caótica da saúde pública, as endemias e epidemias que degradavam a qualidade de vida do povo, o fracasso da assistência médica previdenciária e a falência do modelo meramente curativo, até então adotado pelas escolas de medicina.

E foi no âmbito dos DMP's – Departamentos de Medicina Preventiva que foram dados os primeiros passos em direção à constituição de um movimento sanitário que tinha por premissa a saúde como um direito de cidadania, buscando conciliar a produção do conhecimento com a prática política, envolvendo-se com os demais setores da sociedade civil pela democratização do país.

Ao movimento estudantil iniciado nos DMP's das universidades, aliava-se o segmento profissional, através da mobilização dos médicos residentes em torno da regulamentação da Residência Médica, expandindo-se, posteriormente, para o Movimento de Renovação Médica (REME); o segmento intelectual ou acadêmico, onde destaca-se a

participação de docentes inseridos nas escolas de saúde pública, incentivando o debate e, aos poucos, politizando a saúde, além de pesquisadores vinculados à Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), todos estes antecedentes importantes da Reforma Sanitária Brasileira, que nascia e tomava forma dentro da perspectiva da luta contra a ditadura.²²

Como um laboratório da democratização na saúde, ali foram conceitualizados, montados e testados alguns dos principais instrumentos daquilo que posteriormente veio a ser conhecido como o processo de Reforma Sanitária, tais como, a produção de um saber sobre a causação social da saúde/doença, a difusão de uma nova consciência sanitária e a estratégia de ocupação e/ou criação de espaços político-institucionais.²³

Eram movimentos que expressaram na saúde a organização de forças sociais contrárias às políticas autoritárias e privatizantes de saúde, onde a bandeira pela redemocratização política do país erguia-se ao lado de outros dois pleitos no âmbito da saúde pública: a **democratização da saúde**, entendida como um direito de cidadania e, por isso mesmo, a ser estendida a todos os brasileiros; e a **crítica ao modelo de medicina puramente curativa**, cuja prática médica se esgota no diagnóstico e terapêutica e onde a prevenção e reabilitação são secundárias, fazendo surgir, nesses espaços de debate, as ideias de uma medicina social, “onde o estudo do processo saúde-doença teria como foco não mais o indivíduo ou o seu somatório, mas a coletividade (as classes sociais e suas frações)”²⁴

Nesse sentido, as contribuições do sanitarista Sérgio Arouca:

o setor saúde encontra-se em uma crise de realização decorrente do baixo impacto e alto custo do atual conhecimento médico. (...) A medicina contemporânea caracteriza-se pela crescente corporificação do conhecimento em tecnologia de alta densidade de capital, exercida por agentes altamente especializados, diversificados e prestigiados, em que cada vez mais o ato médico se transfigura na técnica e no instrumento, provocando uma baixa cobertura populacional. (...) O setor saúde possui como fator preponderante o diagnóstico e a terapêutica, e centra suas ações sobre o ‘complexo de efeitos’, reproduzindo constantemente uma população necessitada de serviços médicos.²⁵

22PAIM, Jairnilson. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008 p.72.

23FLEURY apud PAIM, op.cit., p. 73.

24SCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene; EDLER, Flávio. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade (org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 64.

25AROUCA apud PAIM, op.cit., p. 75.

Assim, estava em pauta não apenas a transformação do sistema de saúde vigente no Brasil, segregador em todos os seus aspectos, mas a própria concepção do processo saúde/doença e do modelo de medicina que, orientado pela especialização, pelas modernas terapias, pela descaracterização da relação médico-paciente e pela completa indiferença aos determinantes sociais, do trabalho e do ambiente nesse processo de adoecimento, consumia elevados recursos públicos, mas possuía baixa cobertura populacional e pouca resolutividade a longo prazo, dada a ausência de uma política de saúde, ou de uma medicina preventiva, coletiva.

Desse modo, surgia, pelas mãos de Sérgio Arouca, em oposição à medicina curativa, o modelo preventivista, abrindo uma série de contestações àquela antiga prática médica, assim enumeradas:

1º nível – Da ineficiência dessa prática, desde que centralizou-se na intervenção terapêutica, descuidando-se da prevenção da ocorrência, o que levou inevitavelmente ao encarecimento da atenção médica e à redução do seu rendimento.

2º nível – Da especialização crescente da medicina, fazendo com que o homem fosse cada vez mais reduzido a órgãos e estruturas, perdendo-se completamente a noção de sua totalidade. Esse fato levou ao desaparecimento do humanismo médico. (...)

3º nível – Das relações da medicina com a comunidade, pois a medicina curativa, realizando-se dentro de um contexto de interesses puramente individualistas, desvinculou-se dos reais problemas de saúde da população, elegendo o raro como prioritário e esquecendo-se do predominante. (...)

5º nível - Da educação médica que, dominada pela ideologia curativa, estava formando profissionais que não atendiam às necessidades de atenção médica das comunidades.²⁶

Nesse ponto, torna-se fundamental esclarecer que, para além da dicotomia *medicina curativa X medicina preventiva*, essa última assumiu diferentes contornos desde a sua descoberta no Brasil, na década de 1950. É que a proposta da Medicina Preventiva surgiu como uma política externa americana do pós-Segunda Guerra, numa tentativa de corrigir os problemas do crescente custo da atenção médica nos Estados Unidos, mantendo a organização de cunho liberal da prática médica e o poder médico.²⁷

O fio condutor da proposta preventivista liberal calcava-se no conceito puramente biológico e ecológico de saúde e doença²⁸, desconectado da dinâmica social e das necessárias transformações sociais no campo da saúde pública. Quer dizer, a prevenção que lhe dava o

26AROUCA, Sérgio. **O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 37.

²⁷Ibidem, p. 250.

nome limitava-se a uma atuação meramente técnica, onde avaliava-se apenas os determinantes biológicos e ecológicos da doença com o intuito de evita-la, sem preconizar qualquer transformação social, não passando de um mero discurso preventivista. Ou seja, a Medicina Preventiva nada mais era, apesar de seu discurso, que uma nova forma de Medicina privada.

E a ideia de impossibilidade de adequação da Medicina Preventiva, como proposta que visava à melhoria dos níveis de saúde da população, ia tornando-se cada vez mais presente entre alunos e professores dos próprios DMP's (Departamentos de Medicina Preventiva), os quais acabaram organizando-se e constituindo um grupo crítico a essa disciplina, lançando luzes sobre uma Medicina Social (data do início de 1970 a fundação do Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro – UERJ), que soava como uma possibilidade de saída dos limites disciplinares e oficiais da Medicina Preventiva.

Segundo Sarah Escorel,

essa teoria social da medicina tinha como conceitos básicos a determinação social da doença, a historicidade do conceito saúde-doença, o processo de trabalho, o poder médico e a medicalização. Esse conjunto de conceitos, a partir da abordagem marxista da problemática da saúde, iria constituir uma nova teoria na qual, ao contrário do que ocorre no discurso preventivista, o social não é mitificado, reduzido ou simplificado, e sim investigado, principalmente em seus aspectos econômicos e de processo de trabalho, na procura da determinação dos fenômenos. Como conceitos estratégicos, a abordagem médico-social adotaria a prática política e a consciência sanitária como parte da consciência social, buscando, a partir dessa prática, uma transformação social.²⁹

No mesmo sentido, Sérgio Arouca reportava-se à diferença entre a Medicina Preventiva e a Medicina Social defendida pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade de Campinas, em 1974, o qual a conceituava

como o estudo da dinâmica do processo saúde/doença nas populações, suas relações com a estrutura de atenção médica, bem como das relações de ambas com o sistema social global, visando à transformação dessas relações para a obtenção, dentro dos

28Profundamente imbricado com o conceito de história natural da doença, ele incorpora o meio ambiente não como a sociedade fruto das relações de produção, mas como natureza no seu sentido mais puro, a ecologia. (ESCOREL Sarah. As bases universitárias. In: **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999, p. 04. Disponível em <http://books.scielo.org/id/qxhc3/pdf/escorel-9788575413616-03.pdf>, acesso em 11/09/2017)

29ESCOREL Sarah. As bases universitárias. In: **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999, p. 29. Disponível em <http://books.scielo.org/id/qxhc3/pdf/escorel-9788575413616-03.pdf>, acesso em 11/09/2017.

conhecimentos atuais, de níveis máximos possíveis de saúde e bem-estar das populações.³⁰

Nesse momento, em que fervilhavam as ideias a respeito de uma medicina preocupada, porquanto inserida, com as questões sociais, imprescindível mencionar a contribuição do sanitarista Sérgio Arouca, especialmente a partir de sua tese de doutoramento, intitulada “O Dilema Preventivista: Contribuição para a Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva”, não só pela crítica que construiu a respeito da Medicina Preventiva enquanto mera retórica (discurso preventivista), mas por assentar as bases de uma medicina social (modelo preventivista) e, ainda mais, erguê-las como bandeira do movimento da Reforma Sanitária.

Assim, segundo Jairnilson Paim,

a partir da leitura de ‘Dilema Preventivista’ já não eram mais possíveis a inocência e a ingenuidade diante da educação e da prática médica, da organização social dos serviços de saúde e das sociedades capitalistas. (...) A implantação dos cursos básicos e Regionalizados de Saúde Pública promovidos pela Escola Nacional de Saúde Pública em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde e Departamentos de Medicina Preventiva e Social, permitia problematizar muito dos seus conteúdos tomando como contraponto os conceitos básicos e estratégicos do discurso preventivista.³¹

O ideário da medicina comunitária, discutida nos ambientes acadêmicos e que preconizava a prevenção baseada no autocuidado à saúde, a desmedicalização da sociedade, a atenção primária e a valorização da medicina tradicional, bem como a ampliação do acesso aos serviços médicos pela massa populacional, em oposição à elitização da prática médica institucionalizada por meio das universidades privadas, voltadas apenas à especialização e às tecnologias de ponta, encontrava seu ápice na Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, em Alma-Ata (Cazaquistão), em 1978,³² quando ao reafirmar que a saúde era um direito humano universal, encontrando-se sob a responsabilidade dos governantes a

30AROUCA, Sérgio. **O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p.149.

31PAIM, Jairnilson. Do ‘Dilema Preventivista’ à Saúde Coletiva. In: AROUCA, op.cit., p. 153

32ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene; EDLER, Flávio. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade (org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 64.

sua efetivação, correlacionava as desigualdades nos níveis de saúde da população mundial, entre países e dentro deles, com fatos política, social e economicamente inaceitáveis.

Propunha “em vez de tecnologia sofisticada oferecida por grandes corporações, tecnologia simplificada, ‘de fundo de quintal’. No lugar de grandes hospitais, ambulatórios; de especialistas, generalistas, de um grande arsenal terapêutico, uma lista básica de medicamentos – enfim, em vez da ‘mística do consumo’, uma ideologia da utilidade social.”³³

Nesse contexto de eminente transformação política (redemocratização) e social (democratização da saúde), foi criado o CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde, em 1976, constituindo-se como um espaço capaz de reconstruir o pensamento em saúde, destacando-se a sua revista “Saúde em Debate”, porquanto importante veículo divulgador de sua plataforma de lutas e um canal de debates do movimento sanitário. Outra importante organização na luta do movimento sanitário foi a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, criada em 1979 como uma associação dos programas de pós-graduação em saúde coletiva e saúde pública, ela conferiu especial ênfase à residência em medicina preventiva e social, formando gestores sanitários para o Sistema Nacional de Saúde.³⁴

No cenário político à época, o governo Geisel (1974-1979) lançava mão de políticas sociais a fim de legitimar a manutenção do regime político autoritário que, como visto, já dava sinais de desgaste. Com isso, investiu recursos e priorizou projetos nos setores sociais, criando espaços institucionais que acabaram sendo ocupados por lideranças do movimento sanitário³⁵ que se articulava, haja vista a falta de pessoal dos quadros públicos para preencher todos os cargos criados. Tal conjuntura propiciou fossem colocados em prática algumas diretrizes transformadoras do sistema de saúde, traduzidas em alguns projetos, a exemplo do “Projeto

33SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. In: *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2007, p. 39. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312007000100003&script=sci_abstract&tlng=pt acesso em 27 de set. de 2017.

34ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene; EDLER, Flávio. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade (org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 68.

35Três importantes espaços institucionais foram logo ocupados por técnicos ligados ao movimento sanitário: o setor saúde do Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (CNRH/Ipea), a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde (Preps/OPAS). (ESCOREL, Sarah. In: TRINDADE, Nísia (org), op.cit., p. 66).

Montes Claros” e do “Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS)³⁶”, tendo por diretrizes a universalização, a acessibilidade, a descentralização, a integralidade e a ampla participação comunitária na assistência à saúde³⁷.

Já no último governo militar, sob a presidência de João Figueiredo (1979 – 1985), quando se completara o processo de abertura política, intensificaram-se os debates não-oficiais e oficiais em torno de uma efetiva proposta de Reforma Sanitária, a exemplo da VII Conferência Nacional de Saúde e do I Simpósio Sobre Política Nacional de Saúde realizado na Câmara de Deputados e que aprovou como resolução oficial o documento “A Questão Democrática na Área da Saúde”, elaborado pelo CEBES, tornando evidente a existência de um movimento articulado.³⁸

Em 1985 chega ao fim o regime militar com a eleição indireta de Tancredo Neves, o qual falece antes de tomar posse, assumindo o comando do período da redemocratização, o seu vice, José Sarney. Nesse momento, de completa abertura política, o que, no princípio, era uma ideia-crítica ao modelo de política de saúde brasileira e, por necessária imbricação, também uma oposição à ditadura então vigente no país, foi tomando espaço, lapidando ideais e arregimentando militantes de diversos seguimentos (estudantes, professores, médicos) em torno de um ideal comum a respeito do direito à saúde, cuja articulação dos sujeitos envolvidos ficou conhecida, genericamente, como o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira.

E esse ideal, compartilhado entre os diversos segmentos da sociedade envolvidos na área da saúde (estudantes, médicos, pesquisadores, docentes), dá um colorido especial ao movimento sanitário:

O nascimento do movimento sanitário fazia com que as ideias tivessem a capacidade de empolgar corações e mentes das coletividades, porquanto as ideias já existiam, e uma coisa são as ideias, mas os formuladores de ideias transformaram-nas num movimento social. Esse salto de qualidade se deu no segundo quinquênio dos anos 70.³⁹

36Sobre os programas PIASS e Projeto Montes Claros, vide ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene; EDLER, Flávio. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade (org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 69-70.

37ESCOREL, Sarah. In: TRINDADE, Nísia (org), op.cit., p. 64.

38ESCOREL, Sarah. In: TRINDADE, Nísia (org), op.cit., p. 71.

39PAIM, Jairnilson. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 83.

Jairnilson Paim apresenta uma boa definição sobre a Reforma Sanitária:

uma reforma social centrada nos seguintes elementos constituintes: a) a democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso igualitário e universal ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos; c) democratização da sociedade alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma “totalidade de mudanças”, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral.⁴⁰

Ao contrário de outras reformas, como a tributária, previdenciária e universitária, propostas pelo Estado a partir do Poder Executivo, a Reforma Sanitária surgiu da própria sociedade, como parte de um conjunto de mudanças sociais:

Esse conjunto pressupõe a recuperação da cidadania, o seu pleno exercício, o direito de expressão, de livre manifestação e organização, sempre no sentido deste país se afirmar como uma nação de cidadãos, participando de uma elevação permanente da qualidade de vida e garantindo, para a humanidade, um exercício de respeito, de autonomia e desenvolvimento de cada nação, com paz. Esta é a Reforma Sanitária que pretendemos, específica no campo da saúde, humana e universal no campo da transformação social.⁴¹

Nesse contexto, de discussão a respeito da democratização do país e da saúde, acontece, em 1986, sob a presidência do sanitarista Sérgio Arouca, à frente também da Fundação Oswaldo Cruz, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerado o evento mais importante no processo de democratização da saúde no Brasil, contando, pela primeira vez, com a ampla participação da sociedade civil (cerca de 4.000 pessoas) e com o protagonismo dos profissionais da área da saúde. Apenas para se ter ideia da amplitude dessa participação, as 08 vagas destinadas aos representantes

A conferência estruturou-se sobre três eixos básicos: a saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor saúde, evidenciando que as modificações transcendiam os marcos de uma simples reforma

40Ibidem, p. 173.

41AROUCA apud PAIM, op.cit., p. 158.

administrativa e financeira. Havia a necessidade de uma reformulação mais profunda, com a ampliação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional.⁴²

Esclarecendo que a saúde é também determinada pela política, pela economia e pela sociedade, Arouca convocou a todos para a construção de um grande projeto nacional: uma verdadeira reforma sanitária, que mudasse as bases econômicas, urbanas e financeiras do país, e não apenas uma transferência burocrática de instituições ou mudança de direção. Eis a sua fala:

É por essa reforma que estamos brigando. E ela não pode ser um projeto da minha cabeça ou da cabeça dos profissionais; ela tem que ser construída, desejada, montada, inventada pela sociedade brasileira, mesmo que o resultado final não seja aquilo que muitos de nós estamos querendo que seja. (...) Temos que aprender a viver com a adversidade, com o coletivo. E será assim que vamos construir o nosso projeto, sabendo que, embora muitas vezes possamos errar, não vamos errar nunca o caminho que aponta para a construção de uma sociedade brasileira mais justa.⁴³

Após longos debates a respeito dos três principais eixos em que estruturada a conferência, é elaborado o Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, contendo, em sínteses, os seguintes elementos constitutivos do projeto da Reforma Sanitária: a) ampliação do conceito de saúde; reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado; c) criação do SUS; d) participação popular; e) constituição e ampliação do orçamento popular.⁴⁴

Passada a conferência, novas exigências puseram-se à frente do movimento pela Reforma Sanitária, como a criação de um grupo executivo, convocado pelo Ministério da Saúde – a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) que, embora considerada insatisfatória pelo movimento sanitário quanto aos seus objetivos e composição, foi capaz de elaborar uma proposta de conteúdo de saúde que subsidiou a Constituinte, além de um projeto para a nova lei do SUS. A proposta da CNRS para a Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente da Constituinte, apesar de não consensual, acabou sendo aceita pelo movimento sanitário, por considerá-la consentânea com as recomendações da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Assim, a área da saúde conseguiu chegar à Assembleia Nacional

42ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene; EDLER, Flávio. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade (org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 78.

43AROUCA, apud PAIM, op. cit., p. 121.

44PAIM, op.cit., p. 125.

Constituinte com sua proposta discutida, legitimada e completa do ponto de vista do ideário do movimento sanitário.⁴⁵

Desse modo, calcada na redemocratização política do país, na incorporação do acesso à saúde pública como um direito de cidadania e na modificação da concepção do binômio saúde-doença é que se articulou o movimento da Reforma Sanitária tendo no horizonte uma verdadeira transformação social, afeição a uma revolução no modo de vida dos cidadãos brasileiros, cujo direito à saúde estava, então, em pauta e embandeirado sob os pilares da dignidade e da igualdade, hasteado pelo movimento da Reforma Sanitária.

E fazendo jus ao trabalho dos incansáveis protagonistas desse movimento, em direção a uma reforma total no modo de pensar o direito à saúde, alcançou a maior das conquistas em termos de reconhecimento e concretização de um ideal: a constitucionalização do direito prestacional à saúde como direito fundamental de todos a ser afeiçoado pelo Estado, indistintamente.

Em 1988, conclui-se o processo constituinte e é promulgada a oitava Constituição do Brasil, considerada como uma “constituição cidadã”, dado o extenso rol de direitos e garantias sociais e fundamentais nela consagrados, dentre os quais o direito de todos à saúde, agora não mais como dádiva concedida pelo Estado, mas como um direito de cidadania, a ser assegurado por meio de “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”, como corolário de uma sociedade mais justa e igualitária.

Em 1990, dois anos após a promulgação da Constituição Federal, é sancionada a Lei nº 8.080/90, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS), e a Lei nº 8.142/90, que assegurava a participação da comunidade na gestão do SUS, contemplando, assim, os mesmos princípios e diretrizes constitucionais, o que o fez um dos maiores, senão o maior sistema de saúde pública no mundo.

No entanto, como bem anteviu Arouca, a “Lei Orgânica da Saúde deve ser entendida não como um fato isolado, mas como o arcabouço da democratização da saúde. Nesse sentido, a Lei contempla os mecanismos necessários para o processo continuar avançando.”⁴⁶

45ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene; EDLER, Flávio. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nisia Trindade (org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 80.

46AROUCA apud PAIM, Jairnilson. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008 p.180.

1.3 A Saúde como um Direito Fundamental e a Positivização Constitucional

A busca pela saúde é uma constante na história da humanidade que, desde os mais remotos tempos dedica-se a encontrar curas para os seus males e a construção e evolução do conceito de saúde acompanha a trajetória de evolução dos homens e da sociedade, refletindo as conjunturas sociais, políticas, locais, filosóficas, culturais e religiosas da época⁴⁷. Vale dizer, há, para cada período histórico e para cada lugar no mundo, um conceito de saúde próprio, demonstrando o seu caráter dinâmico e aberto e, por isso, reflexivo, na medida em que, em tempos de mercantilização de tudo, inclusive da saúde, imprescindível retomar algumas premissas elementares que a definem (ram) e, quiçá, incentivar aos que com ela lidam (profissional, pessoal ou mesmo politicamente) dediquem-se a promovê-la, antes de tudo.

Nas primeiras civilizações, onde o objetivo maior dos povos era a sua própria sobrevivência, as doenças eram vistas como causas externas ao corpo, “resultado de forças alheias ao organismo que neste se introduzem por causa do pecado ou de maldição.”⁴⁸ A saúde, na linha oposta, traduzia uma recompensa pelo bom comportamento. A Grécia antiga (século V a.C.) foi quem promoveu a grande ruptura na concepção mágico-religiosa dos fenômenos de doença e saúde que, através de uma perspectiva racional, passou a explicá-los através de causas naturais, ainda que coexistisse um imaginário religioso advindo da prática de cultuar os deuses que, nesse tema, eram *Hygieia*, a deusa da saúde, e *Panacea*, a deusa da cura. Surge, nesse momento, o grande nome da medicina – Hipócrates.⁴⁹

Com o desenvolvimento da anatomia patológica durante a modernidade, após o retrocesso ocorrido na Idade Média, onde a saúde, sob forte influência da Igreja Católica,

47A propósito, a contribuição de Moacyr Scliar:

“Houve época em que masturbação era considerada uma conduta patológica capaz de resultar em desnutrição (por perda da proteína contida no esperma) e em distúrbios mentais. A masturbação era tratada por dieta, por infibulação, pela imobilização do 'paciente', por aparelhos elétricos que davam choque quando o pênis era manipulado e até pela ablação da genitália. Houve época, também, em que o desejo de fuga dos escravos era considerado enfermidade mental: a drapetomania (do grego *drapetes*, escravo). O diagnóstico foi proposto em 1851 por Samuel A. Cartwright, médico do estado da Louisiana, no escravagista sul dos Estados Unidos. O tratamento proposto era o do açoite, também aplicável à “disestesia etiópica”. (SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. In: *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2007, p. 30. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf> acessado em 28 de set. de 2017.)

48Ibidem, p. 30.

passou a ser vista, novamente, como uma graça divina e a doença como a purificação de algum pecado, uma nova concepção de saúde entra em cena: a da ausência de doença. De fato, a partir da prática de dissecação de cadáveres passa-se a compreender que a doença está no corpo e não fora dele, como até então ocorria⁵⁰, de modo que, ao transformar a doença em patologia, a saúde passa a ser entendida como seu oposto lógico, ou seja, a ausência de doença.⁵¹ Nas palavras de Lerich, a saúde seria “o silêncio dos órgãos.”⁵²

Nada obstante os avanços, a visão sobre saúde/doença ainda era apenas orgânica. O grande marco-teórico do conceito de saúde vem no final da primeira metade do século XX, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1946, refere, em seu preâmbulo, que “*a saúde é o completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças*”, alargando a definição de saúde, até então restrita aos aspectos preventivos e curativos, para considerá-la também uma conquista social e cultural, introduzindo a ideia de promoção da saúde pelo poder público.

Evidente que a abrangência de seu conteúdo instigou a elaboração de diversas críticas, como a impossibilidade de conceituar o que seria “estado de bem-estar”, os limites econômicos das nações para atenderem o pretendido estado de *completo* bem-estar dos cidadãos, tornando-se comum o fato de ser considerado um conceito inaplicável e utópico.⁵³

Contudo, partilhamos da observação que fez Suelli Gandolfi Dallari, segundo a qual os trabalhos de crítica dessa conceituação terminam concluindo que, embora o estado de completo bem-estar não exista, a saúde dever ser entendida como a busca constante de tal estado, uma vez que qualquer redução na definição do objeto o deformará irremediavelmente.

49Hipócrates, contrapondo-se às origens divinas dos fenômenos saúde e doença, passou a explicá-los através de causas naturais, onde a relação harmônica existente entre o corpo e a natureza refletiam a saúde e, a doença, era “uma espécie de esforço da natureza, uma reação que visa à restauração de um estado de equilíbrio ameaçado ou perdido.” (CZERESNIA, Dina; MACIEL, Elvira; OVIEDO, Rafael. **Os Sentidos da Saúde e da Doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013, p 32).

50“*Até meados do século XVIII, a doença era vista como uma entidade que subsistia no ambiente como qualquer outro elemento da natureza.*” (BATISTELA, Carlos. *Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde*. In: **O Território e o Processo Saúde-Doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007 (online), Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/pdts/ texto fiocruz> acesso em 28 de set. de 2017.)

51SCHWARTZ, Germano. **Direito à Saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001, p. 32.

52LERICH, apud BATISTELA, Carlos, op.cit., p.03.

53A exemplo de Christopher Boorse que, ao contrapor-se ao conceito da OMS, asseverava que a classificação dos seres humanos em saudáveis ou doentes estava relacionada ao grau de eficiência das suas funções biológicas, sem qualquer juízo de valor, (SCLIAR, Moacyr, op.cit., p. 37).

Assevera, ainda, que uma das consequências da definição ampliada de saúde, é que se passa a compreender que ninguém pode ser individualmente responsável por sua saúde, pelo menos não pode ser inteira e exclusivamente responsável.⁵⁴

Do mesmo modo, Moacyr Scliar refere que a expressão “bem-estar” envolve um componente subjetivo dificilmente quantificável. “É antes uma ‘imagem-horizonte’, do que um objetivo concreto”⁵⁵, e dessa perspectiva também partilhamos, entendendo ser mais importante compreender a saúde como algo a ser perquirido, já que a própria fonte da vida, do que propriamente encontrar um conceito consensual que a identifique. Em sendo, a saúde, a tal “imagem no horizonte”, motiva-nos, bem como ao Estado, a sempre encontrar os meios necessários a mais perto dela chegar, e essa busca envolve, necessariamente, as mais diversas áreas (social, cultural, política e econômica), bem como modifica-se em razão das necessidades-possibilidades de cada nação, de cada região e de cada indivíduo, tornando a vida saudável algo inatingível do mesmo modo e ao mesmo tempo para todos, mas um propósito sempre presente no ideal de uma sociedade realmente justa.

Em 1978, surpreendendo ao ampliar seus objetivos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) promoveu a Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde, realizada na cidade de Alma-Ata (atual Cazaquistão), como resultado de uma crescente demanda por maior desenvolvimento social. Na ocasião, destacou os aspectos sociais da questão da saúde, enfatizando as enormes desigualdades nas condições de saúde entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos; bem como a responsabilidade governamental na provisão da saúde, as quais deveriam incluir, pelo menos, educação em saúde, nutrição adequada, saneamento básico, cuidados materno-infantis, planejamento familiar, imunizações, prevenção e controle de doenças endêmicas e provisão de medicamentos essenciais⁵⁶, em consonância com a bandeira de luta erguida pela Reforma Sanitária pré-constituente e cuja vitória pode ser traduzida a partir do reconhecimento, pela Constituição Federal de 1988, da saúde como um direito de cidadania.

Em verdade, embalada pelo ideário dos movimentos sociais em prol da redemocratização do país, bem como ressabiada pelas amargas experiências decorrentes do

54DALLARI, Sueli Gandolfi. O Direito à Saúde. In: **Revista de Saúde Pública**. São Paulo. 22 (1) 57/63, 1988. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v22n1/08.pdf> Acesso em 06 de out.de 2017.

55SCLIAR, Moacyr op.cit., p.38.

56SCLIAR, Moacyr, op.cit., p. 38.

regime nazista, onde a dignidade humana fora espezinhada ao extremo, a Constituição Federal de 1988 não só acolheu o projeto das Nações Unidas sobre a Declaração Universal dos Direitos do Homem, findo em 1948, cujo preâmbulo anunciava que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos.”⁵⁷, indo além da mera recepção dessas ideias. A Lei Fundamental alçou a dignidade humana ao *status* de princípio fundamental da Constituição de 1988 e critério norteador de todo o ordenamento jurídico brasileiro.

A título de contribuição, diga-se, valiosa, segue a definição de dignidade humana desenvolvida por Ingo W. Sarlet que, após advertir o leitor acerca da complexidade e, pois, dificuldade em conceitua-la, limitando o seu estudo a uma análise apenas parcial das dimensões que a envolvem, assim concluiu:

Tem-se por dignidade humana a qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável⁵⁸, além de propiciar e promover sua participação ativa e co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos.⁵⁹

Como se vê, a proposta da Lei Fundamental sobre respeito e proteção da dignidade humana não se limita a um direito de defesa contra ingerências na e ameaças à liberdade pessoal por parte do Estado, mas também vincula, positivamente, os órgãos estatais a que assegurem a cada pessoa uma vida humanamente digna. Daí porque, cuidou de conferir extraordinária ênfase a uma série de direitos e garantias fundamentais, tal como o direito à saúde, corolários da concretização da dignidade humana ⁶⁰, a caminho de uma sociedade mais justa, solidária e igualitária.

57Declaração Universal dos Direitos Humanos. Disponível em http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf Acessado em 29 de set. de 2017.

58Como critério aferidor de vida saudável, o autor utilizou os parâmetros estabelecidos pela OMS, quando se refere ao completo estado de bem-estar físico, mental e social.

59SARLET, Ingo W. As Dimensões da Dignidade da Pessoa Humana: uma compreensão jurídico-constitucional aberta e compatível com os desafios da biotecnologia. In: SARLET, Ingo W.; LEITE, Geroge Salomão (orgs.). **Direitos Fundamentais e Biotecnologia**. São Paulo: Método, 2008, p. 38.

60“a busca de uma definição (da dignidade humana) necessariamente aberta, mas minimamente objetiva (no sentido de concretizável), impõe-se, justamente em face da exigência de uma certo grau de segurança e estabilidade política, bem como para evitar, como bem lembra Béatrice Maurer, que a dignidade continue a justificar o seu contrário.” (Ibidem, p. 34).

E, no que tange especificamente ao direito prestacional à saúde, este reveste-se de singular fundamentalidade enquanto intrínseco à própria existência digna do homem. Vale dizer, ainda que beire o evidente, que sem a mínima realização do direito à saúde, os demais direitos restam materialmente esvaziados, na medida em que comprometida a sua fruição por aqueles que não possuem condições mínimas de saúde e qualidade de vida.

Segundo doutrina Canotilho,⁶¹ “o processo de fundamentalização, constitucionalização e positivação dos direitos fundamentais colocou o indivíduo, a pessoa, o homem como centro da titularidade de direitos”, o que torna o direito à saúde o *mais fundamental dos direitos fundamentais*, pois alicerçado da vida, sem o qual o homem não assume a dignidade que lhe é própria. Ou seja, sem saúde, o ser humano é um não-ser, pois não lhes são possíveis a fruição dos demais direitos de cidadania.

E o artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, ao colocar a saúde como um direito de cidadania, proclama-a um Direito Humano essencial, absolutamente necessário e indispensável, seja como pressuposto de existência, seja como respaldo para qualidade de vida.

Nesse sentido, também valiosa a contribuição de Leo Pessini e Christian Barchifontaine a respeito da justiça sanitária:

Qualquer país que respeita o seu próprio povo o faz por meio do princípio de justiça: todos devem ter igual acesso aos benefícios da medicina. Os recursos para a saúde devem ser distribuídos pelo critério da justiça a fim de que uns não sejam mais beneficiados do que outros. (...) Trata-se de uma mudança política e cultural, por isso difícil, mas que, se concretizada, proporcionará um relevante avanço em saúde e qualidade de vida.⁶²

Enfim, a importância do direito à saúde transcende o fato de que o mesmo se encontra albergado pela Carta Maior do país, conquanto indissociável do direito à vida, sem o qual perde-se a razão de ser dos demais direitos sociais e fundamentais nela previstos, impingindo, por isso mesmo, ao poder público, o dever de promover todas as condições ao seu pleno exercício.

61CANOTILHO, Gomes JJ. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. Coimbra, Portugal: Livraria Almedina, 2.ed., 1998, p. 78.

62PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de P. de. **Problemas Atuais de Bioética**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2014, p. 198.

Em verdade, a condição que assume, o direito prestacional à saúde, diante de todos os demais direitos, também essenciais, como educação e moradia, bem como frente à própria noção de democracia, soberania e cidadania, pilares de um país orientado por valores morais como a dignidade humana, revela-se prioritária, precedente, a ser primeiramente atendida, na medida em que o povo que não usufrui de mínimas condições de vida, não conta com a dignidade humana necessária para que tais predicados se realizem.

E, para arrematar, o pensamento de Norberto Bobbio, bem assimilado nas palavras de Ingo Sarlet:

a paz, a democracia e os direitos fundamentais da pessoa humana constituem três momentos necessários do mesmo movimento histórico: a paz atua como pressuposto necessário para o reconhecimento e efetiva proteção dos direitos fundamentais, ao passo que não poderá haver democracia (considerada como a sociedade dos cidadãos, titulares de certos direitos) onde não forem assegurados os direitos fundamentais, da mesma forma que sem democracia não existirão as condições mínimas para a solução pacífica dos conflitos.⁶³ (BOBBIO, apud SARLET, 2001, p.08).

Desse modo, além de inaugurar o rol de direitos sociais previstos no artigo 6º da Constituição Federal de 1988, o direito à saúde veio elencado também no Título VIII – “Da Ordem Social”, como integrante da tríade da seguridade social, assim definida, no artigo 194, como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.” Combinando a leitura deste com os artigos 196 e 198⁶⁴ da Lei Fundamental, tem-se a definição dos princípios informadores da política pública de saúde a ser concretizada. Ou seja, não apenas o direito à saúde encontra-se constitucionalmente protegido, mas o próprio SUS, assumindo, assim, verdadeira garantia constitucional.

63BOBBIO, Norberto apud SARLET, Ingo W.. Os Direitos Fundamentais Sociais na Constituição de 1988. **Revista Diálogo Jurídico**. Salvador, Ano I, Vol. I, abril de 2001. Disponível em https://livros-e-revistas.vlex.com.br/vid/direitos-fundamentais-sociais-59638788?_ga=2.249884933.2070797116.1506924902-1666284340.1506924902 acesso em 30 de set. de 2017.

64Artigo 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. participação da comunidade.

1.4 A Criação e Estruturação do Sistema Único de Saúde – SUS

Como visto, antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a assistência à saúde no País tinha uma estreita vinculação com as atividades previdenciárias, e o caráter contributivo do sistema existente gerava uma divisão da população brasileira em dois grandes grupos (além da pequena parcela da população que podia pagar os serviços de saúde por sua própria conta): previdenciários e não previdenciários.

Tal cisão, conduzia a forma de atendimento da população que, se enquadrada como contribuinte do sistema previdenciário (trabalhadores formais), contava com um acesso mais amplo à assistência à saúde dispondo de uma rede de serviços e prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares providos pela previdência social por meio do INAMPS. Os demais – não-previdenciários, tinham um acesso bastante limitado à assistência à saúde, normalmente restrito às ações dos poucos hospitais públicos e às atividades filantrópicas de determinadas entidades assistenciais.

Fruto de um longo e gradual processo de incorporação da saúde como um direito de cidadania, o SUS nasce como o maior sistema de saúde pública do mundo, que tem como suas principais inflexões, em relação ao sistema anterior:

o deslocamento em direção a uma forma universal e igualitária de organização da proteção; o adensamento do caráter redistributivo; a ampliação e a extensão dos direitos sociais; universalização do acesso e expansão da cobertura; o maior comprometimento do Estado e da sociedade no financiamento de todo o sistema; a noção de seguridade social como forma abrangente de proteção.⁶⁵

A saúde passa, então, a ser direito de todos os cidadãos a ser assegurado pelo Estado por meio da elaboração de políticas públicas e destinação de recursos específicos a fim de cumprir com esse novo propósito – o de levar a assistência médica (prevenção, promoção e recuperação) aos mais longínquos rincões brasileiros.

A previsão constitucional exigia que os dispositivos sobre a saúde deveriam passar por um processo de regulamentação que, dada a conjuntura política pós-constituente, caracterizada pelo projeto neoliberal, levou quase dois anos para se concretizar. Assim,

⁶⁵IBAÑEZ, Nelson; ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi. O Sistema Único de Saúde – estrutura e organização. In: ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. **Manual de Saúde Pública e Saúde Coletiva no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, p. 128.

justamente por representar uma ruptura no paradigma da saúde, apenas em agosto de 1990 o Congresso Nacional aprovou a primeira Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), com inúmeros vetos do executivo, os quais parcialmente revertidos quando da aprovação, em dezembro do mesmo ano, da segunda Lei Orgânica da Saúde, a Lei nº 8.142/1990⁶⁶.

Em breves linhas, dispõe a Lei 8.080/90⁶⁷, sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, regulando, ainda, as ações, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde em todo o país. No seu artigo 4º, consta expresso que esse novel sistema compreende “o conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, de administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público”, além da participação da iniciativa privada, em caráter complementar.

Dela depreende-se uma nova concepção sobre o conceito de saúde, a qual passa a ser produto de uma série de variáveis como “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais” (artigo 3º), cuja combinação traduzem o que vem a ser as condições e a qualidade de vida existente no país, superando a tradicional visão da saúde como ausência de doença.

Do mesmo modo, rompe com as pré-condições para o acesso aos serviços de saúde pública, determinando-os serem direito de toda a população, em todo o território nacional, indistintamente, a serem assegurados pelo Estado, em todas as esferas de governo. Passa-se, então, a ter a saúde como um direito humano reconhecidamente fundamental, calcado nas bases principiológicas do amplo e irrestrito acesso a todos os serviços de saúde disponíveis na rede pública, bem como no dever do Estado, por meio de medidas sociais e econômicas, de assegurá-los, observando tais patamares de igualdade e universalidade.

Em um resumido apanhado, estão incluídas no conjunto de ações e serviços ofertados no âmbito do SUS, conforme disposto na Lei 8080/90:

66A consagração do princípio da participação popular e o controle social das políticas de saúde pública, vetadas quando da sanção à Lei nº 8080/90, pelo então Presidente da República, Fernando Collor de Mello, foram incluídas na Lei nº 8.142/90, após a pressão exercida pela sociedade envolvida, consolidando importante espaço público de controle social, especialmente através da participação popular nos conselhos e conferências de saúde, de modo a influir na gestão da saúde pública, além de fiscalizar as políticas levadas a efeito pelo poder público. (AGUIAR, Zenaide Neto. O Sistema Único de Saúde e as Leis Orgânicas da Saúde. In: AGUIAR, Zenaide Neto (org.). **SUS: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2015, p. 55).

67Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm acesso em 12 de set. de 2017.

atividades dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, voltadas para a promoção da saúde e prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de agravos e doenças;

Serviços prestados no âmbito ambulatorial, hospitalar e nas unidades de apoio diagnóstico e terapêutico geridos pelos governos (quer seja pelo governo federal, quer seja pelos governos estaduais ou municipais), bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;

Ações de distintas complexidades e custos, que variam desde a aplicação de vacinas e consultas médicas nas clínicas básicas (clínica médica, pediatria e ginecologia-obstetrícia) até cirurgias cardiovasculares e transplantes;

Intervenções ambientais no seu sentido mais amplo, incluindo as condições sanitárias nos ambientes onde se vive e trabalha, na produção e circulação de bens e serviços, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental;

Instituições públicas voltadas para o controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, sangue e hemoderivados e equipamentos para a saúde.⁶⁸

Em complementação às ações e serviços de assistência médica ofertados pelo SUS, o artigo 6º da Lei 8.080/90 elenca outros campos de atuação do SUS, tais como as ações de vigilância em saúde, incluindo a vigilância sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador; assistência farmacêutica, mediante formulação de políticas de medicamentos e outros insumos de interesse para a saúde, participando da sua produção e dispensação; participação na formulação da política e na execução das ações de saneamento básico; fiscalização e inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano; incremento do desenvolvimento científico e tecnológico para o setor saúde, entre tantas outras ações voltadas ao bem-estar da população brasileira, toda ela indiscutivelmente usuária e beneficiária desse sistema, senão direta, indiretamente.

Como se vê, o Sistema Único de Saúde compreende uma extensa gama de ações e serviços destinados à melhoria das condições de vida de todos os brasileiros, considerado, por isso mesmo, um dos mais abrangentes sistemas públicos de saúde no mundo, especialmente porque, para além da rica oferta de assistência médica que compreende todas as ações em torno da prevenção, promoção e recuperação da saúde, dedica-se ao atendimento de todos os que a ele acorrerem, gratuita e indistintamente, enquanto pautado pela unicidade de seus propósitos.

E exatamente com a intenção de afastar qualquer possibilidade de os entes públicos constituírem sistemas autônomos, ou subsistemas de saúde é que consta a formação de um

⁶⁸NORONHA, JC Lima apud AGUIAR, Zenaide Neto.op.cit., p. 47-48.

sistema *único* de saúde, onde os entes constituem-se como parte de um todo, organizado em um sistema e em torno de alguns princípios estruturantes. Informa-nos, o constituinte, enfim, que haverá apenas um sistema nacional de saúde.⁶⁹

O artigo 196 da CF/1988 e os incisos I e IV do artigo 7º da Lei 8.080/90, por sua vez, trazem consigo os princípios da universalidade e da igualdade, ambos como concretizações do princípio da isonomia, segundo o qual todos os cidadãos devem ter amplo e igual acesso aos serviços e ações de saúde pública. Ao passo que a universalidade traduz o *público alvo* a quem se destina o SUS, ou seja, toda a população, individual ou coletivamente considerada, independentemente de sua condição social, (o sistema não atende apenas à população carente), se contribuinte previdenciário ou não, se trabalhador ou desempregado, se jovem, idoso ou criança; o princípio da igualdade revela-se como um segundo passo após a universalização do acesso. Vale dizer, o acesso aos serviços e ações em saúde deve dar-se sem qualquer tipo de privilégio ou preconceito entre os seus destinatários, de modo que, quem quer que seja o paciente, seus atributos físicos, intelectuais, sua condição social, suas influências e relações, o atendimento na rede pública de saúde é igualitariamente dispendido.

Daí porque, a utilização de estruturas públicas de saúde (hospitais, clínicas, postos) para o atendimento oneroso de pacientes privados que recebem tratamento diferenciado, afronta diretamente o princípio da igualdade de assistência.

É o fenômeno da dupla porta que propicia, a esses pacientes, atendimento imediato, sem filas e em quartos individuais, enquanto o cidadão que não tem condições de pagar pelo atendimento privado se submete a longa espera pelo mesmo tratamento, que será realizado em enfermaria com precário conforto. Assim, com base na condição econômica do paciente, lhe é dado atendimento privilegiado.⁷⁰

Noutro sentido, porém, mas guardando a equidade, o princípio da igualdade pode ser entendido, ainda, como um vetor das diferenças, assegurando que a disponibilidade dos serviços de saúde considere as diferenças entre os grupos populacionais a serem atendidos, bem como entre os indivíduos, de modo a priorizar aqueles que apresentam maior necessidade em função de situação de risco e das condições de vida e saúde.⁷¹

69WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e Federação na Constituição Brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004, p.151.

70Ibidem, p. 160.

O Poder Público, por isso mesmo, deve observar a igualdade material nas escolhas das suas prioridades em saúde pública, de modo a destinar maior recurso e atenção às áreas consideradas mais carentes da ação estatal. No mesmo sentido, devem ser prioritárias as ações em saúde que se destinem aos grupos de risco, como idosos, crianças, portadores de determinadas doenças, em relação àqueles que se encontram em condições de saúde mais estabilizadas, em evidente correção de iniquidades sociais, transmutando-se, assim, o princípio da igualdade, em um princípio de justiça social.

Essa igualdade conexas-se, por um lado, com uma política de justiça social e com a concretização das imposições constitucionais tendentes à efectivação dos direitos económicos, sociais e culturais. Por outro lado, ela é inerente à própria ideia de igual dignidade social (e de igual dignidade da pessoa humana) consagrada no artigo 13º/2 que, deste modo, funciona não apenas como fundamento antropológico-axiológico contra discriminações, objectivas ou subjectivas, mas também como princípio constitucional impositivo de compensação de desigualdade de oportunidades.⁷²

Como corolário desses princípios, implicitamente está a gratuidade no atendimento, já que qualquer estipulação de preço nos serviços de saúde pública prestado, prejudicaria o acesso universal ao SUS, na medida em que, novamente, estaria restrito a quem pudesse por eles pagar, como até então ocorria, no antigo sistema previdenciário. E, dada a esmagadora parcela de pobres no Brasil, certamente o acesso ao sistema de saúde estaria limitado a um percentual mínimo da sociedade. Ademais, consiste o SUS num modelo de política pública de saúde que concretiza o reconhecimento constitucional de que a saúde é um direito social e coletivo a ser assegurado pelo Estado e qualquer onerosidade na sua realização, esvazia o carácter eminentemente público de sua natureza, bem como a base principiológica que o orienta.

Outro princípio consagrado a partir da Lei 8.080/90, é o da integralidade, o qual determina que a cobertura do SUS deva ser a mais ampla possível, como um conjunto articulado de ações preventivas e curativas, em todos os níveis de complexidade.⁷³ Ou seja,

71AGUIAR, Zenaide Neto. O Sistema Único de Saúde e as Leis Orgânicas da Saúde. In: AGUIAR, Zenaide Neto (org.). **SUS: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2015, p. 51).

72CANOTILHO, JJ Gomes apud WEICHERT, Marlon op.cit., p.160.

73AGUIAR, Zenaide Neto. O Sistema Único de Saúde e as Leis Orgânicas da Saúde. In: AGUIAR, Zenaide Neto (org.). **SUS: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2015, p. 51).

para que haja a integralidade da assistência, faz-se necessária a ação conjunta da prevenção, da promoção e da recuperação no cuidado ao cidadão.

Além destes, a Lei do SUS (Lei nº 8080/90) prevê ainda outros princípios a serem seguidos pelas políticas de saúde, a exemplo da preservação da autonomia das pessoas na defesa da integridade física e mental; o direito das pessoas assistidas à informação sobre seu estado de saúde; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de atenção, entre outras diretrizes que fazem do SUS um completo sistema público de saúde.⁷⁴

Conta, o SUS, ainda, com um rol de princípios considerados organizativos, enquanto orientadores do funcionamento desse sistema de saúde pública, destacando-se, por ora, os princípios da descentralização, da hierarquização e da regionalização do sistema, os quais imbricados entre si, em torno da ideia de repartição de responsabilidades e recursos entre os entes públicos, com maior participação dos municípios na prestação das ações e serviços de saúde, com comandos únicos em cada esfera de governo.

A descentralização do SUS pode ser entendida como uma distribuição de responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde, entre os níveis de governo – federal, estadual e municipal, mantendo-se, contudo, uma direção única em cada um desses níveis. A descentralização, com ênfase na municipalização, constitui uma das grandes conquistas do movimento da reforma sanitária e parte do pressuposto de que a realidade local é a determinante principal para o estabelecimento de políticas de saúde, reconhecendo a importância dos municípios como principal responsável pela saúde dos cidadãos, implicando, por conseguinte, na correspondente transferência de recursos.⁷⁵

A atuação regionalizada e a hierarquização – como extensões da descentralização, consistem na forma de organização do SUS e permite a adaptação das ações e serviços de saúde ao perfil epidemiológico local, bem como a execução da assistência à saúde em níveis crescentes de complexidade, assinalando que o acesso aos serviços de saúde deve ocorrer a partir dos mais simples em direção aos níveis mais altos de complexidade. Pelo princípio da hierarquização, os serviços de saúde são organizados e distribuídos partindo-se das atenções básicas, comuns a todos os municípios, passando pela assistência média e de alta

⁷⁴Ibidem, p.55.

⁷⁵Ibidem, p. 53.

complexidade, centralizadas em municípios de maior porte, para alcançar serviços de grande especialização, disponíveis em alguns grandes centros do país^{76 77}.

Ainda com relação à estruturação do SUS, a Lei nº 8080/90 estabelece as atribuições comuns e específicas das esferas de governo, reafirmando a direção única do sistema, nos níveis nacional, estadual e municipal. Apesar das competências virem detalhadas na Lei do SUS, outros instrumentos de regulação foram editados, em especial as Normas Operacionais Básicas (NOB's 01/91, 01/92, 01/93 e 01/96) e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS's 01/2001 e 01/2002). Tais instrumentos buscam auxiliar na operacionalização/concretização dos preceitos do SUS, definindo: as atribuições e responsabilidades dos gestores nos diversos níveis de gestão; os mecanismos de relacionamento e negociações entre os gestores; as modalidades de repasse de recursos federais de custeio e a remuneração dos serviços, de acordo com as condições de gestão de estados e municípios.⁷⁸

Bem se vê, é complexo o sistema elaborado com vistas à promoção da saúde de todos os brasileiros e, justamente por pretender ser um dos maiores sistemas de saúde pública, rompendo com diretrizes de seletividade, discriminação e privilégios de uns em detrimento do todo, as quais arraigadas há séculos no seio da sociedade brasileira, é que vivemos, ainda hoje, um processo de consolidação do SUS. São muitos os desafios a serem enfrentados até a

76Em tais princípios, é possível identificar um liame entre a estrutura constitucional do SUS e o princípio federativo, que no Brasil, tem a peculiaridade de um terceiro nível de poder, formado pelos municípios. “A engenharia institucional do SUS tem em sua base a organização do federalismo brasileiro e suas relações políticas e institucionais que o sustentam. O federalismo é uma forma de organização do Estado contemporâneo que nasceu do equilíbrio entre a centralização e descentralização do poder político. Ainda segundo Elazer (1987), ‘o federalismo expressa, na sua essência o equilíbrio entre os governos nacionais e subnacionais e entre a cooperação e competição interfederativa.’ (...) No caso do SUS, aproxima-se de uma experiência de federalismo cooperativo e seu modelo institucional foi concebido e desenvolve-se nesse cenário com os entes federados, mantendo uma relação de cooperação em que as entidades de representação dos gestores tem tido papel importante nos fóruns de negociação e deliberação do SUS. São elas: o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass, as Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite. (IBAÑEZ, Nelson; ALBUQUERQUE, Mariana. IBAÑEZ, Nelson; ALBUQUERQUE. In: ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. **Manual de Saúde Pública e Saúde Coletiva no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, p. 131-132.

77SARLET, Ingo W.; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Algumas Considerações sobre o Direito Fundamental à Proteção e Promoção da Saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988. In: **Revista de Direito do Consumidor**. N.67, 2008, p. 137.

78AGUIAR, Zenaide Neto. O Sistema Único de Saúde e as Leis Orgânicas da Saúde. In: AGUIAR, Zenaide Neto (org.). **SUS: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2015, p. 77.

completa realização de seus princípios, muito embora já seja possível contabilizar consideráveis avanços na qualidade de vida dos brasileiros, desde então.

Sem olvidar da existência de falhas e limitações inerentes ao próprio sistema, cujo aperfeiçoamento e crescimento consistem em um dos seus objetivos, o fato é que há um hiato entre a constitucionalização desse sistema de saúde pública e a sua efetivação concreta, dando ares de que se trata de um sistema falido ou fadado a falir, como nos habituamos a ouvir da mídia, na maioria de suas abordagens a respeito da saúde pública no Brasil.

No entanto, como será tratado nos capítulos seguintes, a ineficiência e insuficiência do SUS são apenas os frutos colhidos de uma política pública rasa, descomprometida com as condições de vida da população, pautada pela focalização das ações de saúde e pelo atendimento aos interesses das classes dominantes nessa área (indústria farmacêutica, empresas e cooperativas médicas), impingindo incalculáveis prejuízos à população atendida que, no mais das vezes, vai encontrar no Poder Judiciário a “tábua de salvação” para a realização dos direitos sociais, em particular o direito à saúde.

Isso porque, muito embora o direito prestacional à saúde consista em norma constitucional de aplicação imediata, conforme faz constar no artigo 5º, §1º da CF/88, é inegável que possui conteúdo programático, já que sua realização ocorre por meio de uma atuação positiva do Estado, através de políticas públicas a serem elaboradas e concretizadas com vistas a garantir a sua efetivação, donde se extrai que a decisão política sobre a organização pública da saúde é de responsabilidade *prima facie*, dos Poderes Executivo e Legislativo. A sua omissão, contudo, deságua no Poder Judiciário, amontoando-lhes os escaninhos com demandas que deveriam, já há muito, terem sido atendidas pelos poderes ditos legítimos.

1.4.1 A Judicialização da Saúde

Como bem lembrado por Maria Alice Ugá e Rosa Maria Marques,⁷⁹ a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), inspirada no modelo dos sistemas nacionais de saúde de cunho universalista, contextualizados em modelos de proteção social “welfareanos” se deu, no Brasil, em um período histórico no qual o setor privado já estava largamente consolidado,

⁷⁹UGÁ, Maria Alice; MARQUES, Rosa Maria. O Financiamento do SUS: trajetórias, contexto e constrangimentos. In: TRINDADE, Nísia, Lima (orgs). **Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 193.

onde a expansão na cobertura do atendimento à saúde experimentada na década de 1970 foi promovida às custas da comercialização desses serviços entre o poder público e hospitais e clínicas particulares.

Além dessa realidade, ao mesmo tempo em que o Brasil consolidava, pioneiramente na sua história, os direitos sociais, dentre os quais o direito à saúde, sob a novel perspectiva universalizante e contando com a ampla participação do Estado na sua realização, o modelo econômico ao qual se filiava, sob os auspícios do ajuste macroeconômico de cunho neoliberal, também serviu para que as políticas públicas a serem empreendidas na realização dos princípios do SUS fossem meramente residuais.⁸⁰

Eis, então, o triste paradoxo presente na sociedade brasileira desde então: de um lado, a promulgação de uma Constituição Federal Republicana que, alicerçada sobre os pilares da cidadania e dignidade humana, eminentemente social e tendo como objetivos a edificação de uma sociedade livre, justa e solidária, a erradicação da pobreza e o bem-estar de todos os seus cidadãos, confronta-se com a omissão dos Poderes Executivo e Legislativo, legítimos responsáveis pela execução de políticas públicas alicerçadas de um atendimento digno em saúde, dado os pífios encaminhamentos políticos e econômicos conferidos ao SUS, em direção ao seu completo desmantelamento.

A passagem a seguir, de Aldaíza Sposati, apesar de referir-se mais especificamente ao campo da assistência social, bem se encaixa no contexto da saúde pública como direito fundamental não alcançado:

Cada vez mais constatamos, no Brasil, a condição de uma sociedade virtual quanto a aplicação dos direitos constitucionais. Fala-se e escreve-se, mas não se cumpre. A distância histórica entre o proposto e o posto, somada à omissão da cobrança da responsabilidade pública, leva à cultura do descrédito no disposto legal. O formal se distancia do senso comum como mundo desconexo.⁸¹

Assim, a tensão decorrente do direito à saúde constitucionalmente garantido, e a sua ineficácia, na prática, passou a desembocar no Poder Judiciário, o qual recebeu a incumbência de, à margem da via ordinária, realizá-lo. Com isso, assistiu-se a um agigantamento da atuação do judiciário na esfera política, tomando para si a responsabilidade de decidir acerca

80A respeito do modelo político e econômico (neoliberalismo) que pregava a desestruturação dos sistemas de proteção social vinculados às estruturas estatais, vide considerações do capítulo três.

81SPOSATI, Aldaíza. “Mínimos Sociais e Seguridade Social: uma revolução da consciência da cidadania.” In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 55, ano XVIII – novembro/1997. p. 09-37.

de políticas públicas deficitárias e invadindo a esfera de atuação dos demais poderes estatais, como último recurso à efetivação do direito à saúde, ao qual a sociedade se apoia.

Assiste-se, portanto, a uma gradativa, mas contundente substituição do Estado e dos recursos institucionais tipicamente republicanos pela atuação do Poder Judiciário, tornando-se, o juiz, o protagonista direto da questão social. Sem descurar dos efeitos negativos decorrentes da ampliação (muitas vezes excessiva, é bem verdade) da atuação judicial no campo da efetivação de políticas públicas, adentrando na esfera de competência dos demais poderes, apenas criminalizar a judicialização por conta da omissão estatal não é o caminho, especialmente quando esta alcança o direito prestacional à saúde, conquanto, como já dito, as demandas judiciais são consequências da insuficiência do sistema de saúde pública vigente, o qual objeto de verdadeiro descaso e contundente sucateamento.

Nesse sentido, encontramos respaldo nos ensinamentos de Ingo Sarlet:

Por mais que os Poderes Públicos, como destinatários específicos de um direito à saúde, venham a opor – além da já clássica alegação de que o direito à saúde (a exemplo dos direitos sociais prestacionais em geral) foi positivado como norma de eficácia limitada - os habituais argumentos da ausência de recursos e da incompetência dos órgãos judiciários para decidirem sobre a alocação e destinação de recursos públicos, não nos parece que possa prevalecer, ainda mais quando está em jogo a preservação do bem maior da vida humana.

Não nos esqueçamos que a mesma Constituição que consagrou o direito à saúde estabeleceu – evidenciando, assim, lugar de destaque outorgado ao direito à vida – uma vedação praticamente absoluta (salvo no caso de guerra regularmente declarada) no sentido da aplicação da pena de morte (art. 5º, XLVII, a). Cumpre lembrar, mais uma vez, que a denegação dos serviços essenciais de saúde acaba – como sói acontecer – por se equiparar à aplicação da pena de morte para alguém cujo único crime foi o de não ter condições de obter com seus próprios recursos o atendimento necessário, tudo isto, habitualmente sem qualquer processo e, na maioria das vezes, sem possibilidade de defesa, isso sem falar na virtual ausência de responsabilização dos algozes, abrigados pelo anonimato dos poderes públicos.⁸²

No contrapé, parte significativa da doutrina Pátria vem apontando a judicialização de demandas sociais, típicas de decisões governamentais (políticas), como causadora de grave *déficit* nas contas públicas, além de desestruturar a organização do Estado na alocação dos recursos, gerar injustiça social, na medida em que contempla apenas os cidadãos autores de demandas judiciais, ferindo um dos princípios basilares da democracia Pátria, materializado na separação dos poderes. Não que se deixe de reconhecer os efeitos negativos à autonomia e

82SARLET, Ingo W. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010, p. 35.

segurança do Direito, quando diante de uma jurisdição constitucional atrelada à volatilidade das decisões judiciais, mas outros aspectos precisam ser considerados, a fim de que se compreenda o fenômeno da judicialização como consequência e não causa da ineficiência dos serviços públicos.

É que, no Brasil, onde as filas para a realização de simples exames de diagnóstico, para atendimento com especialistas, ou para aquisição de medicamentos, bem como a carência de leitos, especialmente os de UTI – Unidade de Tratamento Intensivo, ocasionam, no mais das vezes, agravos irreversíveis na saúde dos milhões de brasileiros usuários do SUS, a judicialização de demandas por serviços de saúde em nada se parece com um beneficiamento torpe dos cidadãos mais aligeirados e que acorreram ao Poder Judiciário, mas representam o seu último recurso em defesa da própria vida.

Evidente que se está diante de uma situação que extrapola a via ordinária de concessão do direito prestacional à saúde, a qual diz com a atuação do Poder Legislativo e Executivo, tanto na elaboração quanto na efetivação de políticas públicas de fato comprometidas com a promoção dos direitos sociais. No entanto, a omissão do Estado, na figura dos poderes Legislativo e Executivo, ao escolher a realização de políticas de saúde pública pífias, deve arcar com a justa cobrança que lhe faz o Poder Judiciário. Do contrário, estaríamos diante de uma situação, pelo mínimo, esdrúxula, onde o Estado, devedor de uma política de saúde decente, não pode ser judicialmente demandado ao argumento de indevida sobreposição de poderes, jogando o ônus de sua consciente omissão aos ombros da população, enfim, desassistida. Ou seja, é o Estado beneficiando-se de sua própria torpeza.

Nesse sentido, Clarissa Tassinari arremata o pensamento:

Por tudo isso, pode-se dizer que a judicialização se apresenta como uma questão social. A dimensão desse fenômeno, portanto, não depende do desejo ou da vontade do órgão judicante. Ao contrário, ele é derivado de uma série de fatores originalmente alheios à jurisdição, que possuem seu ponto inicial em um maior e mais amplo reconhecimento de direitos, passam pela ineficiência do Estado em implementá-los e desaguam no aumento da litigiosidade – característica da sociedade de massas. A diminuição da judicialização não depende, portanto, apenas de medidas realizadas pelo Poder Judiciário, mas, sim, de uma plêiade de medidas que envolvem um comprometimento de todos os poderes constituídos.⁸³

83TASSINARI, Clarissa. **Jurisdição e ativismo judicial: limites da atuação do judiciário**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2013, p. 19.

A questão em voga encerra outros tantos vieses, como a discussão a respeito do custo suportado pelo Estado no atendimento às demandas judiciais por implementação de políticas públicas; a destinação dos recursos, os quais limitados; os pleitos por medicamentos e serviços que não constam na lista daqueles ofertados pelo Sistema Único de Saúde; o grau de litigiosidade por ações de saúde no âmbito público e privado; os pressupostos jurídicos que autorizam a judicialização de políticas públicas, que demandaria outras tantas laudas e perder-se-ia o enfoque e o propósito do presente espaço nesse trabalho: noticiar a judicialização da saúde e correlacioná-la à omissão estatal na realização dos princípios norteadores do SUS.

Assim, em que pese não se possa, ou não se deva erigir um Estado Social com base em decisões judiciais, as políticas públicas mais comprometidas com a ordem capitalista, cujo pilar firma-se na exclusão e não na inclusão social, legaram-nos uma condição de sub-humanidade, formando uma classe de “subgentes”, não nos deixando a escolha de poder renunciar à atuação extrapoladora do Poder Judiciário, como “fazedor” dessas pretensões sociais-fundamentais, especialmente no caso da saúde.

E o mais desolador, nesse contexto, não é o fato de que a judicialização da saúde já completara mais de duas décadas de existência, mas que o Estado, dito tão onerado com tal fenômeno, nada, ou quase nada fez para minimizá-la, desnudando uma outra possível realidade: a de que o Estado nem tão incomodado se encontra com os gastos que reputa excessivos no cumprimento de decisões judiciais no campo da saúde pública, aparentando, a toda evidência, certo conformismo em não ter de assumir o protagonismo na efetivação desse direito fundamental. Basta atentar aos mais novos encaminhamentos conferidos pelo governo federal às pastas sociais, assunto do último capítulo, as quais certamente implicarão em mais demandas a desaguarem na esfera judicial.

Nada obstante a realidade ora mencionada, fruto do descaso do poder público, o SUS ainda reflete, em algumas áreas, as grandes conquistas idealizadas pelo movimento sanitário que lhe serviu de fonte criadora, demonstrando a sua capacidade e eficiência enquanto política pública de saúde, quando presentes o interesse e os investimentos necessários à sua realização.

2 SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA: O SALDO POSITIVO DO SUS

Para além de um direito constitucionalmente assegurado, ao amplo, igualitário e gratuito acesso aos serviços de saúde no Brasil, sem qualquer exigência ou contrapartida de seus cidadãos, como em outrora, é possível, na contramão do senso comum, contabilizar inúmeros avanços conquistados pelo Sistema Único de Saúde, que perpassam os atendimentos mais básicos e programas de cunho sanitário, até os mais complexos tratamentos, muitos dos quais replicados – com sucesso –, em outros países.

As falhas e insuficiências desse sistema, visíveis “a olho nu”, não nos autorizaria, *de per se*, defendê-lo às cegas. Definitivamente, não reside aí o escopo do presente capítulo, mas no reconhecimento, esse sim, justo e devido, aos inúmeros programas e ações de saúde pública que contribuíram, de forma decisiva, em alguns casos, a elevar os padrões de saúde e qualidade de vida dos brasileiros, de forma geral (usuários diretos, ou não, do SUS).

Nessa linha, e apesar de seu necessário aperfeiçoamento e das carências em algumas áreas; do sucateamento - nada desprezioso - de sua estrutura, que há décadas lhe é imposto pelos sucessivos governos centrais; do subfinanciamento de seus serviços, desrespeitando os patamares mínimos de investimento constitucionalmente previstos; é possível (e devido) atribuir ao Sistema Único de Saúde o crédito pela grande melhoria experimentada na saúde dos brasileiros, o qual vem colecionando projetos e bem construídos programas de saúde pública voltados ao atendimento dos mais de 60 milhões de brasileiros que dependem exclusivamente desse sistema.⁸⁴

Prende-se, portanto, o presente espaço, no trabalho de retratar o SUS para além de um sistema pautado na universalização e gratuidade de seus serviços, o que por si só já lhe rende verdadeiras deferências por parte dos muitos países que não possuem um sistema de saúde público dessa magnitude, mas como um complexo e eficiente modelo de promoção e prestação de serviços de saúde pública, cujo pioneirismo em algumas áreas e o sucesso em tantas outras, trouxeram-lhe visibilidade e reconhecimento internacionais, inclusive como inspiração a outros países, na criação de seus próprios sistemas públicos de saúde.

⁸⁴ALEXANDRE, Lourdes Bernardete. Os Avanços e Desafios do SUS nas duas Décadas de Existência. p. 161. In AGUIAR, Zenaide Neto(Org.). **Sus – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2015.

Vem a calhar, entretanto, antes de lançarmos luzes sobre os programas e políticas de saúde pública realizados no Brasil por meio do SUS e que bem representam o sucesso da saúde pública quando há investimentos suficientes e boa vontade política, prestigiando-a em detrimento da saúde privada, descortinar o véu da ineficiência do SUS, costurado sob os olhos da sociedade brasileira pelos meios de comunicação em massa, os quais insistentemente retratam o caos da saúde pública no Brasil, desincumbindo-se de revelar o porquê e silenciando, no mais das vezes, quanto às políticas positivas e eficientes.

Ao SUS, restam as filas e os hospitais lotados, a espera por leitos, e a falta de médicos e medicamentos. Não são poucas as reportagens que percorrem os corredores de hospitais lotados por macas e pessoas sem atendimento, que entrevistam parentes de pacientes em busca de relatos de infortúnios, sempre os relacionando à má prestação de serviços por parte do SUS.

Uma das mais recentes reportagens nesse sentido, foi publicada pelo jornal “O Globo”, em 29/02/2016, com a seguinte manchete: “Rio registra a maior taxa de mortes no SUS, desde 1984.”⁸⁵ A reação de pesquisadores sérios foi imediata, a exemplo de Ligia Giovanella, pesquisadora do Departamento de Planejamento e Administração em Saúde (Daps/ENSP), que enviou uma carta ao repórter Eduardo Barreto, intitulada “O SUS não mata”, por meio da qual elucidou diversos erros materiais da reportagem jornalística, destacando-se o fato de esta ter atribuído ao SUS a responsabilidade pelas mortes ocorridas no país, cuja base de dados foi o número de certidões de óbito existentes, no período, no Estado do Rio de Janeiro.⁸⁶

O resultado, perverso, diga-se, de reportagens como essa, foi a institucionalização de uma cultura “anti-SUS”, onde a sociedade brasileira, seduzida por esse discurso, veementemente crê que o sistema público de saúde não funciona, desconhecendo a realidade complexa que o circunda, ignorando todos os serviços que ele presta e que estão a ele vinculados, em especial os que deram (dão) certo. Essa situação, institucionalizada especialmente no âmbito da classe média, que não se reconhece como usuária do SUS, muito embora o seja sem aperceber-se, fragiliza o sistema e impede que ele alavanque.

⁸⁵Disponível em < <https://oglobo.globo.com/brasil/rio-tem-maior-taxa-de-mortalidade-no-sus-em-tres-decadas-18770526>> Acesso em 25 de setembro de 2017.

⁸⁶Disponível em <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/39178>> Acessado em 26 de junho de 2017.

Melhor dizendo, a sociedade que não crê na qualidade e na eficiência (ainda que parcial) do sistema de saúde pública que faz uso, não cobrará de seus gestores os investimentos necessários para melhorá-lo, acomodando-se e contentando-se com o pouco (nem tão pouco assim, como será visto) que lhe é destinado em termos de saúde pública. No exato oposto, o efeito sobre a sociedade, especialmente sobre aquela parcela não usuária direta do sistema, seria outro se os bons resultados lhes fossem apresentados: haveriam razões concretas para defendê-lo e lutar pela sua ampliação, mas, isso, não se coaduna com o exercício da privatização total dos serviços de saúde pública, engendrados há décadas pelos Poderes Executivo e Legislativo, e a curtos passos de se concretizar.

E os efeitos de que falamos, fruto de um modelo midiático nada democrático, foram muito bem percebidos pelo levantamento realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, em 2010, e publicado em fevereiro de 2011 pelo SIPS – Sistema de Indicadores de Percepção Social, que tem por objetivo verificar como a população avalia os serviços de utilidade pública. O resultado principal do estudo, como não poderia ser diferente, indicou que os serviços do SUS são mais bem avaliados por aqueles que costumam utilizá-los quando comparados com aqueles que não os utilizam⁸⁷.

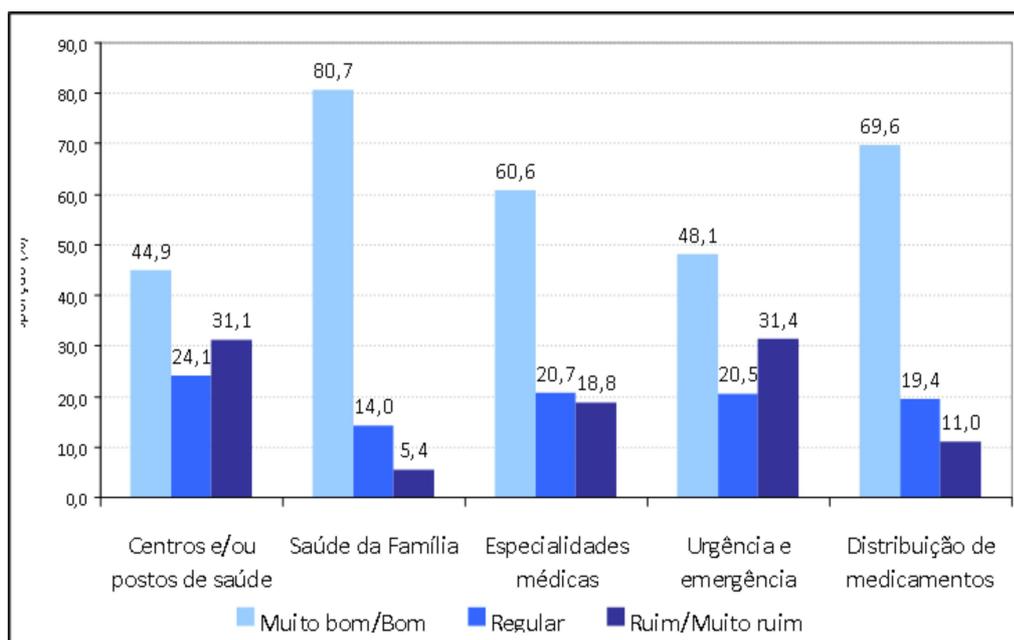
Entre os primeiros, ou seja, aqueles que tiveram alguma experiência com os serviços do SUS nos últimos 12 meses, a proporção de opiniões de que esses serviços são *muito bons* ou *bons* foi maior (30,4%) do que entre os segundos (19,2%). Do mesmo modo, a proporção de opiniões de que os serviços prestados pelo SUS são *ruins* ou *muito ruins* foi maior entre os entrevistados que não tiveram experiência com algum dos serviços pesquisados (34,3%), em comparação com aqueles que tiveram (27,6%). Assim, a imagem ruim atribuída ao SUS (e vendida pelos meios de comunicação) é também construída pela opinião de quem nunca utilizou os seus serviços, ou seja, por quem não o conhece, não guardando, portanto, a necessária vinculação com a realidade.

Tanto que, no mesmo estudo, a avaliação dos serviços de forma isolada é muito mais positiva do que a avaliação geral, justamente porque opinar sobre determinado serviço de saúde exige que o entrevistado tenha tido ao menos uma experiência com o SUS, ao passo que, na avaliação geral, a pesquisa não se refere a um serviço específico e inclui a percepção

87IPEA. Disponível em http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=7165:ipea-divulga-percepcao-social-sobre-a-saude-no-brasil&catid=4:presidencia&Itemid=2. Acessado em 25 de maio de 2017.

de não usuários do SUS, sobressaindo a fictícia ideia construída pelos rasos discursos populares de que o SUS não funciona.

Vejam, por oportuno, a qualidade atribuída pelos usuários do SUS aos seguintes serviços: centros/postos de saúde; atendimento por membro da Equipe Saúde da Família (ESF); atendimento por médico especialista; atendimento de urgência e emergência e distribuição gratuita de medicamentos.⁸⁸



Nesse sentido, as conclusões alcançadas pelo próprio IPEA:

Chama a atenção o fato de que as proporções das avaliações como ‘muito bom’ ou ‘bom’ para todos os serviços pesquisados, **de maneira isolada, foram mais elevadas que a proporção desse mesmo tipo de avaliação a respeito dos serviços públicos de saúde prestados pelo SUS, de maneira geral**, para o Brasil e todas as regiões. Um dos fatores que contribuem para explicar esse achado é que a avaliação dos serviços específicos foi realizada apenas pelos entrevistados que haviam utilizado ou acompanhado algum familiar na utilização do serviço em questão. Além disso, esses resultados podem estar captando o fato de que, **na avaliação específica sobre o serviço público de saúde, o entrevistado é convidado a refletir sobre a sua própria experiência na utilização desse serviço, enquanto na avaliação geral o peso de informações oriundas das mais variadas fontes, como a mídia, por exemplo, tende a ser maior na construção da percepção do indivíduo**⁸⁹. (grifos nossos)

⁸⁸Idem, acessado em 25 de maio de 2017.

⁸⁹Idem, acessado em 25 de maio de 2017.

À descrença da sociedade para com os programas de saúde pública implementados no âmbito do SUS, assoma-se a sua invisibilidade, considerando toda a dimensão de sua atuação. Não raro, julgamo-nos refratários ao Sistema Único de Saúde, conquanto integrantes do sistema de saúde suplementar. Ledo engano. É muito difícil que exista um único brasileiro que, algum dia, não usou ou não se beneficiou do Sistema Único de Saúde.

Isso porque, ao lado de toda a assistência médica, hospitalar e farmacêutica que presta, também são vinculados ao SUS serviços como o de vigilância em saúde, a exemplo da ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária e do Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, ambos vinculados ao Ministério da Saúde, além do desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde, assegurado no artigo 200 da Constituição Federal de 1988 como integrante da Política Nacional de Saúde, de modo que, simples ações como comprar pão na padaria, vacinar-se (mesmo que em laboratório particular), tomar banho ou adquirir medicamentos, envolvem a atuação do SUS.

Enfim, apesar da realidade, muito mais próspera do que sombria, do SUS, cuja cobertura, só na atenção básica, alcançou a marca de 120 milhões de pessoas atendidas no ano de 2010 (cobertura de 60,4% da população)⁹⁰, o cenário que se desenhou foi de desconfiança e desconhecimento a respeito dos seus serviços, fruto de uma imprensa parcial e que atende à orientação privatista constante na cartilha neoliberal, cuja base parte da (falsa) premissa de que o público não funciona, pregando o encolhimento da participação estatal em políticas públicas e a sua conseqüente substituição pela iniciativa privada, como será melhor abordado no capítulo seguinte.

Fato é que, mesmo alvo das mais diversas investidas, leia-se, políticas, no sentido de desestruturá-lo, impingindo-lhe a pecha de um sistema irremediavelmente fadado ao fim, o SUS vem resistindo a tais adversidades e dando provas de que seus princípios estruturantes não são vãs palavras, mas a concreta realização de uma saúde pública digna.

O intuito, portanto, na contramão do majoritário e simplista discurso de que “o SUS não funciona”, é justamente pôr fim ao estigma que carrega como um falido e ultrapassado sistema público destinado ao atendimento apenas dos mais pobres, com o qual estes devem

90ALEXANDRE, Lourdes Bernardete. Os Avanços e Desafios do SUS nas duas Décadas de Existência. p. 158. In AGUIAR, Zenaide Neto (Org.). **Sus – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2015, p.135-136.

conformar-se porque (pensam) ser gratuito, mas lançar luzes sobre a melhoria na qualidade de vida dos brasileiros, a partir e em razão da institucionalização do Sistema Único de Saúde, provocando na sociedade o seu reconhecimento como patrimônio nacional, a fim de que possa defende-lo e exigir-lhe as melhorias necessárias, em típico exercício do controle social, construindo um novo paradigma em termos de prestação de serviços de saúde no Brasil: a dispensabilidade e, quiçá, a ilegalidade da sua prestação em caráter privado.

2.1 Dados sobre a Saúde Sanitária e Básica da População

No contexto político-econômico-social pautado pelo receituário neoliberal de desregulação, privatização e encolhimento do papel do Estado na prestação dos serviços essenciais, o Brasil rumava (uma vez mais) à democratização política, com a ampliação dos debates com a sociedade civil e prevalência dos movimentos sociais que, na área da saúde, culminou com a constitucionalização e criação de um sistema universal, igualitário e financiado com recursos públicos. Contudo, tal modelo de saúde pública teve (e ainda tem) de conviver com as restrições impostas pelo então novo modelo econômico internacional⁹¹.

Ainda assim, é possível detectar, com bastante nitidez, os avanços na qualidade de vida da população brasileira, especialmente a partir da implementação do Sistema Único de Saúde, cuja cobertura médico-sanitária, justamente por alcançar grandes contingentes populacionais, foi determinante nesse sentido. Embora seja esse o marco temporal das condições de saúde no Brasil, os dados e as informações a seguir apresentados, com o intuito de melhor cumprir o desafio proposto nesse subitem, dizem respeito às últimas duas décadas, ou, quando o caso, ao último censo demográfico realizado pelo IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2010, muito embora, vez ou outra, o texto retome alguns dados sobre a saúde básica e sanitária da população brasileira nas décadas mais longínquas, haja vista a impactante diferença entre os níveis de saúde da população à época, se comparados com os patamares atuais.

Importante mencionar, de início, as mudanças do perfil formador da sociedade brasileira, cujo rearranjo populacional ocorrido nos idos finais do século XX, em razão do

⁹¹Sobre o contexto político à época da constitucionalização do direito à saúde e do SUS, vide as considerações do terceiro capítulo.

intenso processo de urbanização, contribuiu sobremaneira na melhoria das condições de saúde da população experimentada a partir desse período.

Enquanto na década de 1960, mais da metade da população brasileira residia no meio rural, no início do século XX, o percentual de taxa de urbanização saiu da casa dos 44% para 81%⁹² e, atualmente, são 84,8 % dos brasileiros vivendo nas cidades⁹³, ainda que boa parte permaneça marginalizada, distribuída pelas periferias e favelas. O êxodo rural, ao tempo em que permitiu a ampliação do acesso aos serviços de saúde, haja vista a concentração destes nos centros urbanos, também propiciou, pelos meios de comunicação que se desenvolveram, a disseminação de informações referentes à qualidade de vida, influenciando sobremaneira na mudança de hábitos e comportamentos em relação aos fatores causadores de agravos à saúde. Por outro lado, a concentração da população nas cidades fez aumentar a procura pelos serviços básicos, inclusive os de saúde, levando à insuficiência destes em relação à demanda, bem como à necessidade de mais investimentos, por parte dos gestores, a fim de dar cumprimento ao preconizado pela Constituição Federal de 1988.

Ao lado da mudança demográfica, os setores sociais e econômicos também influenciaram na melhoria das condições de saúde dos brasileiros, podendo-se atribuir o crédito, entre outros, ao significativo avanço na área da assistência social, ainda que de forma focalizada, com destaque para a criação da LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social (Lei n. 8742/93)⁹⁴. Referido diploma, mesmo distante dos preceitos constitucionais previstos para essa área, trouxe como uma das maiores inovações no campo da seguridade social, a afirmação da assistência social como um direito não contributivo, mas um direito do cidadão e

92RISI, João Batista; NOGUEIRA, Roberto Passos (coord.). As Condições de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo. **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p. 131.

93Informações do DATASUS (Departamento de Informática do SUS). Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/a04b.htm> Acessado em 25 de maio de 2017.

94“Art. 1º - A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que prevê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

Art. 2º- A assistência social tem por objetivos:

I - a proteção social, que visa à garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos, especialmente:

- a) a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice
- b) o amparo às crianças e aos adolescentes carentes;
- c) a promoção da integração ao mercado de trabalho;
- d) a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;
- e) a garantia de 1 (um) salário-mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família. ”

Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742compilado.htm Acessado em 25 de maio de 2017.

dever do Estado em dar atenção aos interesses e necessidades sociais dos segmentos empobrecidos da sociedade.

Em continuidade, por meio da Medida Provisória nº 132/2003, convertida na Lei nº 10.836/2004, foi criado o “Programa Bolsa Família”, oriundo da reunião de vários outros programas sociais (auxílio-gás, acesso à alimentação, entre outros), cujo objetivo era auxiliar, financeiramente, mediante a transferência direta de renda aos beneficiários, as famílias pobres e miseráveis (definidas conforme critério de renda *per capita*), desde que o núcleo familiar fosse composto por gestantes ou crianças e adolescentes entre 0 e 17 anos, exigindo-lhes, em contrapartida, frequência escolar, acompanhamento de saúde para as gestantes e mulheres em amamentação, além da manutenção da carteira de vacinação em dia, para as crianças.⁹⁵

Sem adentrar no mérito ou na (in)suficiência dessas ações, exemplificadamente sintetizadas nos dois maiores programas sociais até então implementados no Brasil, fato é que, segundo o IBGE, em 2000, 27,13% da população brasileira vivia com renda até ¼ do salário mínimo nacional, percentual que caiu para 16,22%, em 2010.⁹⁶ O Relatório produzido pelo Banco Mundial em 2015 e divulgado na página eletrônica da ONU refere que “entre 2001 e 2013, o percentual da população vivendo em extrema pobreza caiu de 10% para 4%” e, “de 1990 a 2009, cerca de 60% dos brasileiros passaram a um nível de renda maior. Ao todo, 25 milhões de pessoas saíram da pobreza extrema ou moderada.”⁹⁷

No mesmo sentido, o Brasil vem reduzindo, ainda que discretamente, o índice de crianças e adolescentes ocupadas com o trabalho infantil. Segundo o IBGE, no censo demográfico de 2000, eram 3,9 milhões de crianças e adolescentes entre 10 e 15 anos nessa situação, número que caiu, em 2010, para 3,4 milhões⁹⁸. Mesmo longe da meta a ser alcançada - a de erradicar o trabalho infantil, o Brasil, conforme informações da OIT – Organização

95MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL. Disponível em <http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/o-que-e> Acessado em 26 de set. de 2017.

96DATASUS. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/b0501a.def> Acessado em 25 de maio de 2017.

97ONU (Organização das Nações Unidas). Disponível em <https://nacoesunidas.org/relatorio-banco-mundial-afirma-que-brasil-conseguiu-praticamente-erradicar-extrema-pobreza/> Acessado em 25 de maio de 2017.

98IBGE/CENSO. Disponível em <http://censo2010.ibge.gov.br/apps/trabalho infantil/outras/graficos.html> Acessado em 24 de maio de 2017.

Internacional do Trabalho⁹⁹, vem destacando-se entre os países que mais reduziu esses índices, nos últimos anos.

As taxas de analfabetismo também merecem destaque, porquanto saíram da casa dos quase 13% no ano de 2000, para 9,37%, em 2010.¹⁰⁰

Desse modo, em que pese inegável a influência exercida pelas mudanças socioeconômica e cultural experimentadas pela sociedade brasileira a partir das décadas finais do século passado, na melhoria da sua qualidade de vida, é também incontestável, por outro lado, que a implantação, ainda que aquém das necessidades, de políticas públicas na área da saúde, especialmente após a criação do SUS – Sistema Único de Saúde, contribuiu sobremaneira para os avanços obtidos nas condições de vida e de saúde dessa mesma população, em especial do seu extrato mais empobrecido, até então alijado destes serviços.

Aliás, de se fazer constar que a melhoria de muitos índices e o alcance de determinadas metas, pelo Brasil, na área da saúde, rendendo-lhe (justa) notoriedade internacional diante dos resultados alcançados, como será visto no decorrer desse capítulo, deve-se às políticas, ações e programas de caráter eminentemente público, financiados com recursos públicos e integrantes de um sistema de saúde universal e igualitário, cujo objetivo reside na prestação de serviços de saúde a quem a ele acorrer.

Um dos fatores determinantes, nesse contexto, foram as ações empreendidas no setor de saneamento, uma das políticas integrantes do Sistema Único de Saúde, tal como consta no artigo 200, II, da CF/1988. Assim, muito embora tenha sofrido a influência da agenda internacional, especialmente no que tange à privatização de serviços públicos, marca da década de 1990 e ainda presente (com uma ou outra variação) nos dias de hoje, fato é que os inúmeros programas federais voltados à ampliação do acesso ao saneamento básico, elevaram os seus principais serviços a patamares considerados de grande cobertura, influenciando positivamente na drástica redução do número de mortes em decorrência de doenças ligadas às questões ambientais, de higiene e sociais, sem olvidar do benefício à saúde e à qualidade de vida inerentes ao próprio acesso ao abastecimento de água e serviços sanitários, como coleta de esgoto e resíduos sólidos.

99Disponível em <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/06/brasil-e-o-pais-que-mais-reduziu-o-trabalho-infantil> Acessado em 24 de maio de 2017.

100DATASUS. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2012/b01a.def> Acessado em 25 de maio de 2017.

Se em 1980 apenas 52% da população estava coberta pela rede de abastecimento de água, em 2000 esse percentual foi de 76%¹⁰¹ e, segundo dados do IBGE, o último censo realizado em 2010 computou 81,48% da população brasileira provida de abastecimento de rede geral de água¹⁰² e, na rede geral de instalação sanitária, eram 25% da população atendida em 1980, contra 44% em 2000, e 64,54% no ano de 2010¹⁰³, também conforme informações disponíveis no último censo demográfico.

Nesse contexto, destaca-se a criação da ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em 1999, por meio da Lei 9.782/99, uma autarquia federal sob regime especial, tendo por finalidade institucional promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e consumo de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária (tais como, agrotóxicos, medicamentos, alimentos), inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados¹⁰⁴, complementando e fortalecendo a atuação do poder público nas ações de saúde.

As políticas públicas de saúde voltadas à melhoria das condições e à ampliação do acesso aos serviços de saneamento básico, ao lado de fatores socioeconômicos¹⁰⁵, contribuíram para a redução no número de mortes por DRS - Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado, saindo da casa dos 30 óbitos por 100.000 habitantes na década de 1980, para 9 óbitos por 100.000 habitantes no início da década de 1990.¹⁰⁶ Segundo dados do IBGE, no que tange ao número de internações hospitalares em razão das DRS¹⁰⁷, em 1993 foram computadas 732,8 internações, ao passo que, em 2010, foram 325,4

101NORONHA, José Carvalho de; PEREIRA, Telma Ruth; VACA, Francisco. As Condições de Saúde dos Brasileiros: Duas décadas de mudanças (1980 – 2000). In: LIMA, Nisia Trindade (org.). **Saúde e Democracia – Histórias e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 161.

102DATASUS. Disponível em <http://tabnet2.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2013/f17a.def> Acessado em 24 de maio de 2017.

103DATASUS. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f18a.def> Acessado em 24 de maio de 2017.

104ANVISA. Ag.Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/institucional> Acesso em 15 de maio de 2017.

105Em especial a melhoria nas condições de moradia.

106RISI, João Batista; NOGUEIRA, Roberto Passos (coord.). As Condições de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo. **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p. 144.

107Por DRS entende-se aquelas associadas ao abastecimento de água deficiente, ao esgotamento sanitário inadequado, a contaminação por resíduos sólidos ou as condições precárias de moradia.

internações hospitalares para tratamento de doenças relacionadas ao ambiente e/ou fatores socioeconômicos.¹⁰⁸

No entanto, o Brasil ainda possui um passivo considerável relativo ao não-acesso, ou acesso deficitário aos serviços básicos de saneamento, especialmente no que tange à coleta de esgoto, onde o percentual, em 2010, ainda deixava de fora da cobertura quase 100 milhões de brasileiros, ao que se assoma o baixo percentual de tratamento do esgoto coletado: apenas 37% de toda a água consumida¹⁰⁹.

Além disso, a realidade traz à tona consideráveis discrepâncias regionais no acesso a esses serviços, onde a região Norte possui o pior desempenho, encontrando-se abaixo da média nacional de cobertura de abastecimento de água (apenas 53% da população), em contraposição à região Sudeste, com percentual de quase 90% da população atendida, demandando, portanto, do Poder Público, “a formulação de uma política nacional de saneamento ambiental, na qual princípios e diretrizes já consagrados no SUS, como universalidade, equidade, integralidade, descentralização e controle e participação social, sejam priorizados por meio de instrumentos políticos e técnico-operacionais claros.”¹¹⁰

Interessante notar, também, a interferência dos serviços de saúde pública na mudança do perfil de morbimortalidade da população brasileira nas últimas décadas, com a prevalência de doenças cardiovasculares, respiratórias, neoplásicas e outras ligadas ao metabolismo, em detrimento à morbidade decorrente de doenças infecciosas e parasitárias. Veja-se que “as doenças infecciosas e parasitárias (DIP), que representavam 45,7% do total de óbitos informados no país em 1930, passaram a constituir, no ano de 1999, apenas 5,9% das mortes com causas definidas.”¹¹¹

Tal avanço é atribuído, além das melhorias sanitárias, às ações da saúde pública voltadas à prevenção de doenças, especialmente a vacinação que, no Brasil, conta com um dos maiores programas de vacinação em massa gratuitos do mundo, o PNI – Programa Nacional de Imunização, criado ainda na década de 1970 e cujas especificidades, dada a sua

108IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível e <http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=4&op=2&vcodigo=IU33&t=doencas-relacionadas-saneamento-ambiental-inadequado-drsaj> Acesso em 14 de maio e 2017.

109Disponível em <http://www.tratabrasil.org.br/ranking-do-saneamento-2015> Acessado em 14 de maio de 2017.

110RISI, João Batista; NOGUEIRA, Roberto Passos (coord.). As Condições de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo. **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p. 144.

111Ibidem, p. 152.

importância para a saúde dos brasileiros, integram o rol de programas e políticas públicas positivas a serem estudados no próximo subitem.

Nesse mesmo sentido e a evidenciar a importância da existência de políticas públicas na área da saúde, outro exemplo não se encaixa melhor do que o acentuado declínio da mortalidade materno-infantil experimentado nas últimas décadas que, se comparado aos dados do início do século passado, mostra que o avanço foi ainda mais expressivo, pois, segundo estima-se, a taxa de mortalidade infantil na década de 1930, para a média da população brasileira, atingia valores acima de 160 óbitos por 1000 nascidos vivos.¹¹²

Em meados da década de 1970, a razão de óbitos por 1000 nascidos vivos já havia reduzido para 100, alcançando o percentual de 30% (30 mortes por 1000 nascidos vivos) no final do século XX.¹¹³ Segundo dados do último censo (2010), o número de óbito infantis (menores de 1 ano), foi de 15,3, por 1000 nascidos vivos.¹¹⁴

Uma das maiores dificuldades enfrentadas no Brasil, no que se refere às taxas de mortalidade infantil, são as disparidades inter-regionais. Observe-se que, enquanto a taxa de mortalidade infantil nas regiões Sul e Sudeste estão abaixo da média nacional (11,3 e 13,0 mortes por 1000 nascidos, respectivamente), as regiões Norte e Nordeste possuem patamares mais elevados, com índices equivalentes a de 19,9 e 18 mortes infantis por 1000 nascidos vivos.¹¹⁵

Tal situação, impõe a adoção de estratégias diferenciadas, pois, enquanto nas regiões Norte e Nordeste predominam causas de mortalidade redutíveis por ações básicas de saúde e de saneamento, nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, onde a mortalidade infantil já se encontra em patamares menores, faz-se necessário investimento na melhoria das condições qualitativas de assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.¹¹⁶

A razão de mortalidade materna também experimentou considerável redução, com um total de 73,3 mortes por 100.000 nascidos vivos no ano de 2000, para 64,8 em 2011¹¹⁷. Segundo informações da ONU, ao lado de outros países, o Brasil reduziu a taxa de

112Ibidem, p. 135.

113Ibidem, p. 136.

114DATASUS. Disponível <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c01b.htm> Acessado em 14 de maio de 2017.

115DATASUS. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c01b.htm> Acessado em 20 de maio de 2017.

116RISI; NOGUEIRA, op.cit., p. 138.

mortalidade materna em 43% desde 1990 até 2013, resultado de intensas ações engendradas pelo Poder Público na qualificação e ampliação do atendimento médico-hospitalar destinado às gestantes, parturientes, recém-nascidos e crianças. Contudo, em que pese os avanços alcançados, o Brasil ainda está distante da meta estabelecida nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM – ONU), com redução de 75% de óbitos maternos até 2015.¹¹⁸

O acesso aos serviços de saúde pública e a qualificação destes são também responsáveis pelo aumento da expectativa de vida dos brasileiros ao nascer, cuja evidência dispensa maiores digressões. Em números, segundo o IBGE, a expectativa de vida ao nascer era de 66,9 anos em 1991, passando para 69,8 anos no início do século XXI, tendo alcançado a marca de 74,5 anos, em 2012.¹¹⁹

José Carvalho de Noronha e outros, bem resumem o que se tentou demonstrar com os dados e informações acima:

O Brasil ainda tem seu perfil de doenças fortemente marcado por determinantes socioeconômicos e ambientais, mas já se vê frente a situações onde a intervenção médico-sanitária e a mudança de estilos pessoais de vida afetam os níveis de saúde da população. Essa mudança no perfil de morbi-mortalidade é fruto de diferentes fenômenos, desde a mudança demográfica, das condições socioambientais até a interferência direta dos serviços de saúde.¹²⁰

Sem descurar da influência de outros fatores na melhoria dos níveis de saúde dos brasileiros, podemos afirmar, com segurança, que a consolidação de um sistema de saúde pública gratuita e universal, tal como o SUS, é o grande responsável pelos avanços obtidos em termos de saúde e qualidade de vida no Brasil. A justiça do título não se resume apenas aos números que retratam os dados básicos das condições sanitárias e de saúde da população, mas

117DATASUS. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/C03b.htm> Acessado em 20 de maio de 2017.

118Disponível em <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/05/oms-brasil-reduz-mortalidade-materna-em-43-de-1990-a-2013> Acessado em 20 de maio de 2017.

119DATASUS. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/a11tb.htm> Acessado em 20 de maio de 2017.

120NORONHA, José Carvalho de; PEREIRA, Telma Ruth; VACAVAL, Francisco. As Condições de Saúde dos Brasileiros: Duas décadas de mudanças (1980 – 2000). In: LIMA, Nisia Trindade (org.). **Saúde e Democracia – Histórias e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 155.

incluem um rol de políticas e programas de saúde eficientes e de qualidade, a seguir retratadas.

2.2 Programas e Políticas Efetivas: o SUS que não se vê

Incumbe, a contrário *sensu* e justamente porque defensável a sua manutenção e ampliação como corolário de um dos vieses da justiça social, retratar o SUS que não se vê, a exemplo do Programa Nacional de Transplantes, do Tratamento para AIDS, da Assistência Farmacêutica, das campanhas de vacinação, entre tantas outras ações que, afinadas com os princípios estruturantes desse sistema, foram determinantes para a melhoria das condições de vida dos mais de 100 milhões de brasileiros que usam o sistema público de saúde, dos quais, 80% dependentes exclusivos do atendimento prestado pelo SUS, o que o torna o maior sistema de saúde pública gratuita no mundo.¹²¹

Assim, é também do SUS o título de maior sistema público e gratuito para realização de transplantes de órgãos e tecidos do mundo.¹²²

Segundo informações do Registro Brasileiro de Transplantes – RBT, divulgado em 2016 pela Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO), o Brasil é o segundo país no mundo em número absoluto de transplantes renais e hepáticos, tendo realizado, em 2015, 5.648 transplantes renais e 1.805 transplantes hepáticos, atrás apenas dos Estados Unidos.¹²³

Os números computados pelo Ministério da Saúde são expressivos: em 2015, o Brasil realizou 7.772 transplantes de órgãos sólidos (coração, rim, pulmão, pâncreas e fígado), 2.101 de medula óssea e 13.793 de córneas, o que representa um aumento de 18% no total geral de transplantes realizados entre 2010 e 2016, com destaque para quatro órgãos, além do coração: rim (aumento de 18%, passando de 4.660 para 5.492 transplantes); fígado (aumento

121Disponível em <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/06/populacao-teve-acesso-a-1-4-bi-de-consultas-medicas-pelo-sus-em-um-ano> Acessado em 20 de maio de 2017.

122ALEXANDRE, Lourdes Bernardete. Os Avanços e Desafios do SUS nas duas Décadas de Existência. p. 158. In AGUIAR, Zenaide Neto (Org.). **Sus – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2015, p. 157.

123Disponível em <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2016/RBT2016-leitura.pdf> Acessado em 20 de maio de 2017.

de 34%, passando de 1.404 para 1.880); medula óssea (crescimento de 39%, saltando de 1.695 para 2.362); e pulmão (crescimento de 53%, passando de 60 para 92).¹²⁴

Também aumentou o número de doadores efetivos, passando de 14,1 pmp (por milhão de população), em 2015, para 14,6 pmp, em 2016, o que representa 2.981 doadores efetivos. Se compararmos com anos anteriores, o aumento é ainda mais significativo, pois em 2009, por exemplo, o número efetivo de doadores era de 1.658, ou 9,0 pmp, demonstrando que o Programa de Transplantes de Órgãos e Tecidos no Brasil é um exemplo de sucesso de política pública, ainda em expansão e com muito a evoluir.¹²⁵

Os transplantes de coração também experimentaram significativo aumento no número de doações realizadas em 2016, a partir da publicação do Decreto n. 8783/2016¹²⁶, que passou a garantir que um avião da FAB (Força Aérea Brasileira) ficasse à disposição para qualquer chamado de transporte de órgãos ou equipes, autorizando ao Ministério da Saúde, em caso de necessidade, requisitar aviões adicionais à Força Aérea.

E o que chama a atenção, muito embora as abordagens jornalísticas prendam-se mais em denunciar o tamanho da fila de espera por um órgão do que propriamente valorizar o programa de transplantes existente no Brasil, é **que o SUS financia cerca de 95% de todos os transplantes aqui realizados**, desde os exames preparatórios, as cirurgias, as despesas hospitalares, fornecendo os medicamentos pré e pós-transplantes, além de todo o acompanhamento médico necessário^{127, 128}.

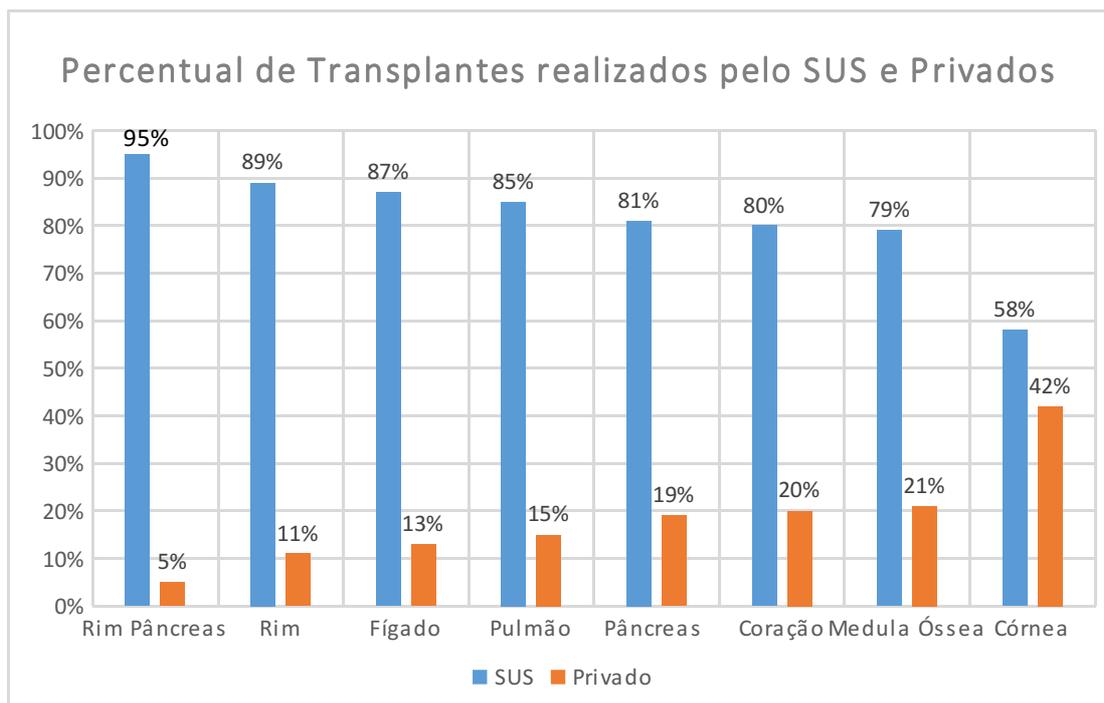
124Disponível em <http://www.brasil.gov.br/saude/2017/03/numero-de-brasileiros-doadores-de-orgaos-bate-recorde-em-2016> Acessado em 20 de maio de 2017.

125Disponível em <http://www.brasil.gov.br/saude/2017/03/numero-de-brasileiros-doadores-de-orgaos-bate-recorde-em-2016> Acessado em 10 de jun. de 2017.

126Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/D8783.htm Acessado em 10 de jun. de 2017.

127Disponível em <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/01/sistema-unico-de-saude-financia-95-dos-transplantes-no-brasil> Acessado em 20 de maio de 2017.

128Gráfico elaborado a partir das informações constantes na página eletrônica do Ministério da Saúde, disponível em http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/09/Transplantes_RJ.pdf Acessado em 15 de set. de 2017.



A incredulidade, em uma primeira impressão, justifica-se, já que, segundo a ANS (Agência Nacional de Saúde)¹²⁹, em dados atuais, 25% da população brasileira é usuária/beneficiária de algum plano privado de saúde, mas, em contrapartida, estes são responsáveis pela realização de apenas 5% do total de transplantes realizados no país. Sem adentrar em pormenores, visto que a participação da saúde suplementar é questão a ser tratada no último capítulo, importante ao menos consignar que, segundo a própria ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, a partir da edição da Lei n. 9.656/98, os planos de saúde foram obrigados a incluir no rol de suas coberturas mínimas a realização de transplantes de medula óssea, córnea e rim. A inclusão dos demais casos de transplantes de órgãos sólidos fica a critério de cada operadora dos planos de saúde, o que leva à necessária conclusão de que, pacientes titulares de bons (leia-se, caros) planos de saúde, podem estar a descoberto quando o tratamento recomendado for a realização de transplantes de coração, fígado, pâncreas e pele¹³⁰.

Só esse dado – financiamento público, gratuito e integral de transplantes, já justifica a manutenção do SUS, tal como ele foi concebido.

129ANS (Agência Nacional de Saúde) Disponível em <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais> Acessado em 10 de maio de 2017

130IDEC (Instituto de Defesa do Consumidor). Disponível em <https://www.idec.org.br/consultas/dicas-e-direitos/os-transplantes-sao-cobertos-pelos-planos-de-saude> Acessado em 10 de maio de 2017.

Mas não é só. Além de custear integralmente toda a assistência médico-hospitalar-medicamentosa dos pacientes envolvidos no processo de doação-receptação de órgãos, o SUS mantém o Sistema Nacional de Transplantes, o qual criado pelo Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, como entidade responsável pelo controle e monitoramento do processo doação de órgãos e tecidos, bem como dos transplantes realizados no país.

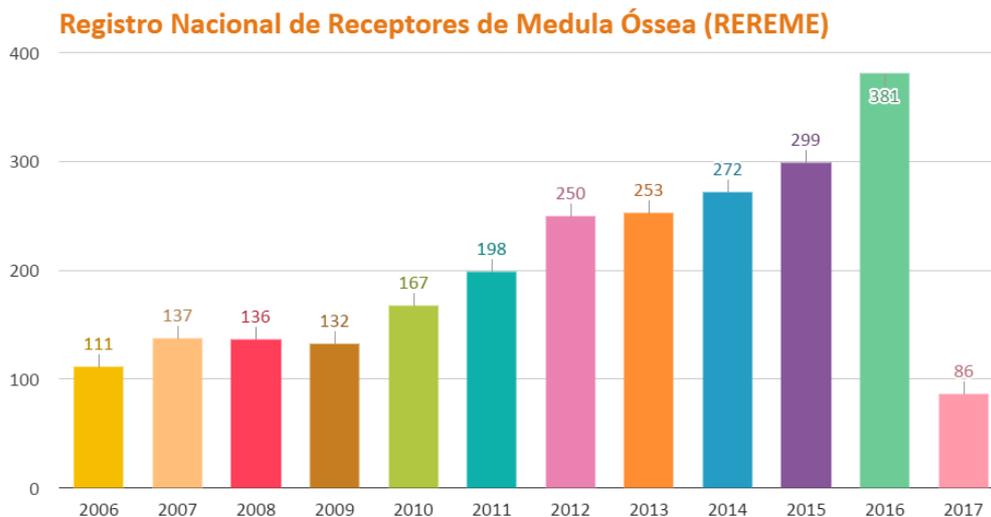
O SNT conta, atualmente, com 1.265 Equipes de Transplantes, 27 Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, 506 Centros de Transplantes e 62 Organizações de Procura por Órgãos (OPOS), abrangendo as cinco regiões do país¹³¹. Toda essa estrutura, rendeu ao Brasil o título de país detentor do maior sistema público de transplantes no mundo.

O sucesso do programa de transplantes no Brasil reflete em outra área, também pouco divulgada e nem sempre associada ao SUS: o REDOME – Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea. Com mais de 4 milhões de doadores registrados, é o terceiro maior banco do gênero no mundo, atrás apenas dos Estados Unidos, com 7,9 milhões de doadores e da Alemanha, com 6,2 milhões de doadores registrados¹³². O REDOME reúne todas as informações em um sistema informatizado (nome, endereço, resultados de exames, características genéticas) de pessoas que se voluntariam a doar medula para pacientes que precisam do transplante, fazendo o cruzamento das informações genéticas dos doadores voluntários nele cadastrados com as dos pacientes que precisam do transplante. Conforme o gráfico a seguir, o aumento chegou a 90%, nos últimos cinco anos.¹³³

131Disponível em http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/09/Transplantes_RJ.pdf Acessado em 20 de maio de 2017.

132Disponível em http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/orientacoes/site/home/perguntas_e_respostas_sobre_transplante_de_medula_ossea Acesso em 20 de maio de 2017.

133Disponível em <http://redome.inca.gov.br/o-redome/dados/> acessado em 20 de maio de 2017.



Além disso, desde 2009 os registros do REDOME foram integrados ao *National Marrow Donor Program (NMDP)*, maior rede de registros de doadores de medula óssea no mundo, autorizando que pacientes estrangeiros, em busca de um doador, possam identificar e utilizar as células-tronco de doadores brasileiros. Conforme resume a matéria veiculada no sítio eletrônico do COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional,

desde 2001, o SUS financia a identificação internacional de doadores. O custo de cada busca é de aproximadamente R\$ 50 mil e compreende os exames de identificação do doador, a coleta das células-tronco e o transporte até o Brasil, das células identificadas. Com a abertura do registro brasileiro, o recurso financeiro arrecadado com o envio de células-tronco de doadores brasileiros para outros países será investido no custeio da busca internacional.¹³⁴

Apesar do crescimento no número de transplantes realizados e no aumento do número de doadores efetivos, o Brasil ainda está muito distante de zerar a sua fila de espera por um órgão¹³⁵ e, um dos maiores entraves mencionados pela ABTO – Agência Brasileira de Transplantes de Órgãos, é a recusa familiar, atualmente responsável por 43% das não

¹³⁴Disponível em <http://coffito.gov.br/nsite/?p=1169> Acessado em 05 de jun. de 2017.

¹³⁵A fila, em números absolutos, no ano de 2016, era de 41.602 pessoas à espera por um transplante, segundo dados do Ministério da Saúde. Disponíveis em <http://www.brasil.gov.br/saude/2017/03/numero-de-brasileiros-doadores-de-orgaos-bate-recorde-em-2016> Acessado em 05 de jun. de 2017.

realizações de transplantes no Brasil, no ano de 2016¹³⁶, demonstrando a necessidade de maior investimento público em campanhas de conscientização.

Em linhas gerais, e consoante informações obtidas junto ao sítio eletrônico do Ministério da Saúde¹³⁷, o funcionamento do sistema de transplantes obedece ao disposto na Lei nº 9.434/1997, no Decreto nº 2.268/1997 e na Portaria GM/MS nº 2.600/2009, sendo que cada órgão tem uma fila de espera específica, todas elas administradas pela Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), do Ministério da Saúde, por meio de um sistema informatizado, que leva em conta os seguintes fatores: compatibilidade dos grupos sanguíneos, tempo de espera e gravidade da doença. Desse modo, a principal característica das listas é que elas não funcionam por ordem de chegada, pois além do tempo de espera, as condições clínicas dos pacientes, como por exemplo, diabetes, também determinam a ordem de colocação na fila de espera¹³⁸.

Registre-se que a inscrição no Cadastro Técnico Único é obrigatória a todos os pacientes que necessitam de um transplante de órgão ou tecido, incluindo aqueles que tentam realizar o procedimento por meio de convênios privados, sobre os quais recaem as mesmas regras e critérios de ordem de classificação, definidos em lei. Por fim, o Sistema Nacional de Transplantes tem um prontuário eletrônico que o paciente (ou o responsável) pode acessar pela internet, com o número e senha que recebe ao fazer inscrição no Cadastro Técnico Único.

Assim como o programa de transplantes, a política brasileira de tratamento do HIV/AIDS, vinculada ao SUS, também constitui uma referência internacional, segundo o relatório *State of Aids Response*¹³⁹, produzido em 2010 pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (Uniaids), o qual aponta o Brasil como um líder mundial em resposta à doença.

136ABTO (Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos). Disponível em <http://www.abto.org.br/abtov03/default.aspx?c=1076> Acessado em 05 de junho de 2017.

137Disponível em <http://www.brasil.gov.br/saude/2016/09/saiba-quais-sao-os-criterios-da-lista-de-espera-por-transplantes> Acessado em 05 de jun. de 2017.

138Muito embora os pacientes à espera de um transplante devam estar inscritos no Cadastro Técnico Único, as distribuições dos órgãos são regionalizadas, priorizando os pacientes do Estado detentor do órgão a ser doado, seja por questões de transporte, seja por conta do tempo de isquemia do órgão. Apenas na ausência de receptores no mesmo Estado, é que o órgão é disponibilizado aos pacientes de Estados mais próximos

139Disponível em <https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/latin-america/brazil>; e http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_full_en.pdf Acesso em 30 de set. de 2017.

Um dos motivos para tal reconhecimento reside no fato de que o Brasil, desde 1996, com a publicação da Lei n. 9.313/96, passou a garantir acesso universal e gratuito aos antirretrovirais, a todos que deles necessitassem por conviver com a AIDS, alcançando, antecipadamente, um dos Objetivos do Milênio estabelecidos pela ONU – Organização das Nações Unidas, em 2000¹⁴⁰: o de garantir acesso ao tratamento HIV/Aids a todos que dele necessitarem.

O relatório da ONU, publicado em 14/07/2015, destaca que o Brasil também foi o primeiro país a oferecer a combinação do tratamento para HIV, os chamados “coquetéis”, desafiando, inclusive, as projeções do Banco Mundial, de que haveria aumento no número de casos de HIV. Na realidade, a garantia do acesso universal ao tratamento, possibilitou que o Ministério da Saúde negociasse com multinacionais farmacêuticas a continuidade do acesso aos medicamentos antirretrovirais aos brasileiros e, assim, conseguiu estruturar um programa forte de controle da epidemia.¹⁴¹

A vanguarda brasileira nas ações de resposta à AIDS, também foi fundamental na redução dos preços dos antirretrovirais. Segundo Michel Sidibé, diretor-executivo da Uniaids, “quando Brasil e Tailândia começaram a *fabricar antirretrovirais genéricos*, realizaram algo muito inteligente: revelaram que as pílulas tinham custo de produção relativamente baixo. Isso mudou as reivindicações da indústria e abriu as portas para a Uniaids começar a negociar com empresas, visando a redução dos preços dos medicamentos.”¹⁴²

Aos resultados positivos da fabricação de antirretrovirais genéricos, assoma-se o episódio ocorrido em 2007, quando o Brasil licenciou compulsoriamente o medicamento *efavirenz*, mudando definitivamente a forma de negociar com a indústria farmacêutica, sobrepondo o direito humano à vida, sobre os direitos comerciais da empresa de atribuir o preço que bem quiser aos medicamentos. A licença compulsória, primeira na América Latina, foi o desfecho de uma negociação desastrosa mantida entre o governo federal e o laboratório “Merck10”, relativamente aos preços praticados ao antirretroviral *efavirenz*, o medicamento importado mais utilizado no tratamento da AIDS à época, cujo custo, se aceitos os valores

140ENSP/Fiocruz. Disponível em <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/104/reportagens/aids-acesso-universal-e-gratuito-aos-antirretrovirais> Acesso em 27 de maio de 2017.

141Disponível em <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/07/onu-aponta-o-brasil-como-referencia-mundial-no-controle-da-aids> acessado em 20 de maio de 2017.

142Disponível em <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/07/onu-aponta-o-brasil-como-referencia-mundial-no-controle-da-aids> Acessado em 20 de maio de 2017.

praticados pelo laboratório para o país, seria de US\$ 580 por paciente/por ano, o que representaria um orçamento anual de US\$ 42,9 milhões para 2007, ao passo que os preços do produto genérico variavam de US\$ 163,22 a US\$ 166,36 o custo por paciente/ ano.¹⁴³

Assim, a fim de dar sustentabilidade às políticas públicas de combate à AIDS, ameaçada pelos preços praticados pela indústria farmacêutica, o Brasil licenciou compulsoriamente o antirretroviral *enfavirenz* e passou a produzi-lo, nacionalmente, como um medicamento genérico, garantindo a sua distribuição gratuita e universal, por meio do SUS.

Da mesma forma, reveste-se de vital importância no combate à epidemia de HIV/AIDS, o incentivo que o Brasil confere à produção nacional dos antirretrovirais distribuídos pelo SUS, auxiliando na regulação dos preços praticados pelo mercado farmacêutico, onde cada redução de custo conquistada é revertida em benefício da população, já que garante a sustentabilidade da política em si, bem como a expansão do acesso aos medicamentos. Atualmente, o Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos/Fiocruz), laboratório público vinculado ao Ministério da Saúde, produz 07 dos 23 antirretrovirais que compõe o coquetel antiaids, além de trabalhar no desenvolvimento de novas tecnologias, como é o caso dos antirretrovirais pediátricos.¹⁴⁴

Além disso, a produção nacional coloca no cenário mundial a discussão sobre a dispensação universal e gratuita de todos os antirretrovirais pelos demais países.

E o pioneirismo brasileiro na resposta à AIDS, ultrapassa as recomendações da OMS. Em junho de 2013 a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou que os países oferecessem tratamento a pacientes com Aids que apresentassem contagem de linfócitos CD4 acima de 500 células/mm³. A contagem destas células de defesa do organismo serve de referencial para avaliar o funcionamento do sistema imunológico dos pacientes.

O Brasil foi mais além: em dezembro do mesmo ano, assinou novo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, que passou a incluir o início do tratamento tão logo confirmada a presença do vírus HIV no organismo, já que vários estudos demonstram que o uso precoce de antirretrovirais reduz em 96% a taxa de transmissão do HIV. Em um ano da implantação do novo protocolo, foi registrado aumento de 30% no

143Disponível em <https://www.ictsd.org/bridges-news/pontes/news/a-primeira-licen%C3%A7a-compuls%C3%B3ria-de-medicamento-na-am%C3%A9rica-latina> acessado em 27 de maio de 2017.

144Disponível em <https://agencia.fiocruz.br/fiocruz-produz-mais-de-150-milhoes-de-antirretrovirais-e-desenvolve-novas-formulacoes-para-atender> Acessado em 27 de maio de 2017.

número de pessoas que iniciaram o tratamento com antirretrovirais no Brasil. Atualmente, cerca de 404 mil pessoas usam estes medicamentos, ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).¹⁴⁵

Em setembro de 2015, a OMS retira todas as limitações sobre a elegibilidade, para terapia antirretroviral (TARV), entre pessoas vivendo com HIV/aids. Todas as populações e grupos etários são agora elegíveis para o tratamento, que deve iniciar logo após o diagnóstico. Mas o Brasil já havia adotado essa política, universal e gratuitamente, realizada no âmbito do SUS, com dois anos de antecedência à recomendação da OMS.¹⁴⁶

Recomendada pela CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS), recentemente foi feito o anúncio de que o Brasil irá ofertar a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), através do Sistema Único de Saúde (SUS). A *PrEP* consiste em uma “combinação de medicamentos antirretrovirais que reduzem o risco da infecção pelo HIV antes da exposição ao vírus e é o mais novo insumo entre os esforços de expansão das opções da chamada prevenção combinada para pessoas sob alto risco de infecção pelo HIV”¹⁴⁷.

Além da dispensação dos antirretrovirais, é também no SUS que se encontra toda a política de prevenção, tratamento e acompanhamento médico e social necessário ao enfrentamento do HIV/AIDS. Na prevenção à doença, avolumam-se campanhas publicitárias realizadas pelo Ministério da Saúde, esclarecendo a população acerca das maneiras de evitar o contágio, bem como a distribuição de preservativos masculinos que, só no primeiro quadrimestre de 2016, foram distribuídos 143,4 milhões de preservativos masculinos, 4,2 milhões de femininos.¹⁴⁸ Nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs), é possível fazer testes sigilosos para HIV, sífilis e hepatites B e C. São inúmeros CTAs espalhados pelas diversas regiões do país, com vistas a reduzir o diagnóstico tardio. Ao procurar um CTA, o usuário desse serviço tem direito a passar por uma sessão de aconselhamento, que pode ser

145Disponível em <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/07/onu-aponta-o-brasil-como-referencia-mundial-no-controle-da-aids> Acessado em 10 de junho de 2017.

146Disponível em <http://www.aids.gov.br/noticia/2015/oms-antecipa-novo-protocolo-e-recomenda-tratar-todas-pessoas-com-hiv-independentemente-> Acessado em 10 de junho de 2017.

147UNIAID. Disponível em <http://unaids.org.br/2017/05/uniaids-da-boas-vindas-ao-anuncio-ministerio-da-saude-de-que-vai-comecar-ofertar-prep-pelo-sus/#more-6269> Acessado em 10 de junho de 2017.

148Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/materias-especiais/51455-saiba-por-que-o-preservativo-e-uma-excelente-estrategia-contra-o-hiv-aids-e-as-ist> acessado em 30 de set. de 2017.

individual ou coletivo, a depender do serviço e, em caso de o resultado ser positivo, os CTAs são responsáveis por encaminhar os pacientes para tratamento nos serviços de referência.

O acompanhamento dos pacientes portadores de HIV/AIDS se dá tanto a nível ambulatorial, nos postos de saúde, quanto a nível de internação hospitalar, destacando-se, contudo, a atuação intermediária dos “Hospitais-Dia”. Segundo o Departamento de Prevenção, Vigilância e Controle de IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais, os HDs são modalidades assistenciais que visam atender pessoas vivendo com HIV/AIDS em situações de intercorrências clínicas ou terapêuticas (biópsias, punções, oftalmoscopia, coleta para alguns exames, radiologia, etc.) que, muito embora tenham um grau de complexidade maior que o atendimento em nível ambulatorial, não necessitam de internação¹⁴⁹.

E os resultados positivos dessa rede de ações públicas em resposta à epidemia de HIV/AIDS, são visíveis e demonstram o sucesso e a eficiência do Sistema Único de Saúde, responsável, hoje, pelo atendimento a 455 mil pessoas infectadas¹⁵⁰. Aliás, segundo a UNIAIDS (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS), o Brasil hoje tem uma das maiores coberturas de tratamento antirretroviral (TARV) entre os países de baixa e média renda, com mais da metade (64%) das pessoas vivendo com HIV recebendo TARV, enquanto a média global, em 2015, foi de 46%.¹⁵¹

Consoante dados apontados pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais, o Brasil tem registrados, em 2016, 840 mil casos de pessoas infectadas com AIDS. Contudo, observa-se uma descendência na taxa de incidência, de 21,2 casos por 100 mil habitantes em 2004, para 19,1 casos por 100 mil habitantes em 2016¹⁵². Entre 1996 e 2008, o coeficiente de mortalidade por Aids caiu 37,6% — de 9,6 óbitos por 100 mil habitantes para 6,1 óbitos por 100 mil habitantes, segundo o relatório Saúde Brasil 2009. Esse percentual vem se mantendo estável, com taxa bruta de mortalidade em razão da AIDS de 6,0 óbitos por 100 mil habitantes, no ano de 2015.¹⁵³

149Disponível em http://www.aids.gov.br/tipo_endereco/hospitaldia-pacientes-portadores-de-hivaid Acessado em 20 de maio de 2017.

150Disponível em <http://www.brasil.gov.br/saude/2016/09/sus-oferta-antirretrovirais-para-455-mil-pacientes> Acessado em 20 de maio de 2017.

151Disponível em <http://unaids.org.br/estatisticas/> Acessado em 20 de maio de 2017.

152Disponível em <http://indicadores.aids.gov.br/> Acessado em 20 de maio de 2017.

153Disponível em <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/104/reportagens/aids-acesso-universal-e-gratuito-aos-antirretrovirais> Acessado em 20 de maio de 2017.

Um dos maiores avanços foi a redução em 50% da transmissão do vírus HIV de mãe para filho, entre 1995 e 2013. Segundo Relatório divulgado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), entre 1995 e 2013, no Brasil, o número de crianças com menos de 5 anos que contraíram Aids das mães caiu pela metade.¹⁵⁴

No entanto, o caminho até a erradicação da doença é ainda longo e há muito o que se fazer em termos de política pública, especialmente na área da saúde. Segundo o relatório mais recente lançado em junho de 2016, pela UNIAIDS, o Brasil ainda contabiliza cerca de 15 mil mortes em decorrência da AIDS, e 44 mil novos casos, só em 2015, com significativo aumento da população jovem infectada¹⁵⁵. As respostas que o país já deu à epidemia de HIV/AIDS, em décadas anteriores, através do Sistema Único de Saúde (SUS), deve motivar a elaboração de novas ações em direção à erradicação da doença, as quais perpassam, necessariamente, pelo fortalecimento do SUS e todos os programas que existem e contribuem para que resultados como o do combate a AIDS, possam ser replicados em outros lugares do mundo, privilegiando o que de mais caro há em termos de direitos fundamentais: a saúde.

Outra frente de atuação eficiente do SUS, em termos de combate a endemias, diz respeito à imensa cobertura vacinal no Brasil, especialmente desde a implantação, em 1973, do Programa Nacional de Imunização (PNI) que trouxe ao país reconhecimento internacional, tendo sido considerado pela OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde), uma referência mundial no controle e erradicação de doenças, como a varíola, em 1973, e a poliomielite, em 1994. Por meio do PNI, a população brasileira tem acesso gratuito a todas as vacinas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde, transformando o Brasil num dos países que mais oferece vacinas em todo o mundo, com cobertura vacinal média, entre 2002 e 2012, de 95% para a maioria das vacinas do calendário infantil e em campanhas.¹⁵⁶

Ainda conforme dados do Ministério da Saúde, em 2016, o calendário oficial de vacinação ofereceu 14 vacinas gratuitamente à população – todas as recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e, entre 2010 e 2015, o orçamento do PNI ganhou

154 Disponível em <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/07/onu-aponta-o-brasil-como-referencia-mundial-no-controle-da-aids> Acessado em 23 de maio de 2017.

155Disponível em <http://unaids.org.br/estatisticas/> Acessado em 23 de maio de 2017.

156Disponível em <http://www.brasil.gov.br/saude/2016/06/dia-nacional-da-imunizacao-e-comemorado-nesta-quinta-9> Acessado em 23 de maio de 2017.

significativo incremento, passando de R\$ 1,2 bilhão para R\$ 2,9 bilhões, revertendo em economia nos gastos com tratamentos de doenças imunizáveis.

A cobertura do Programa Nacional de Imunização tem contribuído para controlar uma série de doenças que ameaçavam milhares de crianças no Brasil, como a tuberculose, a coqueluche, tétano, difteria, sarampo, rubéola, caxumba e febre amarela. A intensificação das campanhas de vacinação, como o Plano de Erradicação do Sarampo até 2000, uma das principais causas de morbimortalidade infantil na década de 1970, reduziu para zero o número de óbitos em decorrência do sarampo, nos anos de 2000. Foram 478 mortes em decorrência ou por complicações advindas do sarampo, em 1990.¹⁵⁷

A rubéola é outra doença prevenível por meio de vacinação e constitui um bom exemplo da atuação eficiente do SUS no combate aos surtos que, vez ou outra, acometem a população de determinados países.

Muito embora o Brasil tenha experimentado uma redução de mais de 96% nos casos de rubéola em apenas quatro anos, saindo de 5.867 casos registrados em 2001, para apenas 233, em 2005, o número de casos em 2007 – mais de 8 mil, motivaram uma atuação ainda mais incisiva do SUS que promoveu, no ano seguinte, uma das maiores campanhas de vacinação já realizadas, tendo alcançado 67,9 milhões de pessoas vacinadas, o que representa uma cobertura de 96,75%. Segundo os dados do IBGE, nos anos seguintes à campanha de imunização, foram registrados pouco mais de 2 mil casos de incidência de rubéola, sendo que, de 2010 a 2012, não há mais registros de novos casos dessa doença.¹⁵⁸

O mesmo se deu com o surto da gripe H1N1, em 2009, com o registro de mais de 46 mil casos e mais de 2 mil mortes pela nova gripe. Para enfrentar a segunda onda da epidemia, em 2010, o Brasil realizou uma complexa campanha de vacinação voltadas ao atendimento dos grupos de maior risco de adoecer gravemente em decorrência da gripe e totalizou mais de 90 milhões de pessoas imunizadas, pelo SUS.¹⁵⁹

As informações colhidas na obra coletiva organizada por Jacobo Finkelman, resumem, com alguns dados relevantes, o panorama que se buscou retratar:

157Disponível em <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/05/--bitos-de-Sarampo-2014.pdf> acesso em 24 de maio de 2017.

158DATASUS. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/d0112.def> Acessado em 24 de maio de 2017.

Para o conjunto de algumas doenças imunopreveníveis (sarampo, tétano acidental e neonatal, coqueluche e difteria), o impacto das ações pode ser visualizado com clareza. Em 1980 ocorreram 153.128 casos dessas doenças, incidência essa que, vinte anos depois, havia sido reduzida para apenas 3.124 casos. Ainda mais relevante foi o impacto sobre o número de óbitos, reduzidos de 5.495 para 277, no mesmo período. Análise similar poderia ser feita para as demais doenças do grupo, que também apresentaram reduções na incidência, na mortalidade e na ocorrência de sequelas, com impacto significativo na qualidade de vida.¹⁶⁰

Em que pese os dados negativos e mesmo alarmantes do número de incidências, óbitos e sequelas, impende ressaltar que as epidemias, surtos ou pandemias acometem todos as nações, incluindo as mais desenvolvidas e o mérito da saúde pública, no caso do Brasil, do SUS, está em não desistir de combatê-las, mas empreender esforços exatamente com o intuito de controlar as doenças e, com isso, devolver a segurança e a qualidade de vida da população, até o próximo surto. E desse ônus, o SUS não vem se desincumbindo.

Uma outra abordagem interessante, para além dos serviços de saúde, diz com a política de assistência farmacêutica adotada pelo Brasil na década de 1990, com a implantação dos medicamentos genéricos, posteriormente complementada com a criação das farmácias populares.

Historicamente, os medicamentos eram tratados, no Brasil, apenas como um bem de consumo, adquirível no mercado e, como tal, sujeito à competitiva dinâmica de interesses que o circundam. O seu caráter de insumo básico e essencial aos cuidados de saúde eram relegados a um segundo plano, em consonância com as orientações da influente indústria farmacêutica internacional, aqui radicada e, como toda indústria, mais interessada na obtenção de lucros do que preocupada com as necessidades sociais dos brasileiros, no que tange ao acesso a fármacos.

Desse modo, ou se pagava os elevados preços cobrados pelos medicamentos de marca, os quais garantidos graças ao esquema de proteção ao monopólio de exploração de medicamento conferido pela “Lei de Patentes” (Lei n. 9.279/96), ou se adquiria o medicamento similar que, embora mais barato, não havia sido submetido aos testes de equivalência, afiançadores da intercambialidade entre os fármacos. A realidade, portanto, era a

160RISI, João Baptista; NOGUEIRA, Roberto Passos (coords.). As Condições de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo. **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p. 163.

privação de milhões de brasileiros do acesso ao tratamento médico recomendado, em razão da falta de condições financeiras para a aquisição dos medicamentos.

Nesse contexto, e após décadas de discussão e lutas travadas contra a influência desse setor, cuja participação no mercado nacional, da ordem de R\$ 87 bilhões estimados para 2017¹⁶¹, já demonstra os esforços empreendidos para impedir a entrada de medicamentos genéricos no Brasil, foi finalmente sancionada a Lei nº 9.787/99¹⁶² - “Lei dos Genéricos”, criando as condições necessárias para a implantação da política desse tipo de medicamento no país, a qual contemplava um conjunto de ações orientadas à ampliação do acesso aos fármacos essenciais, por meio da redução do seu preço final, com a garantia de qualidade e bioequivalência ao medicamento de referência¹⁶³.

A rigor, o medicamento genérico é produzido sem a licença da companhia inovadora e comercializado logo que expira a proteção patentária, ou outros direitos de exclusividade, mantendo, contudo, as mesmas características técnicas do medicamento inovador. Daí porque a rigorosidade da Lei de Patentes, influencia negativamente na assistência farmacêutica, impedindo a inclusão de novos medicamentos na lista de genéricos.

A redução do custo dos medicamentos genéricos deve, prioritariamente, à dispensa de realização de todas as pesquisas necessárias a um medicamento inovador, justamente porque o genérico guarda as mesmas características técnicas daquele, com o qual é comparado, bem como a ausência de investimentos na área de marketing, por tratar-se de produto sem marca, ao que se assoma, a produção nacional de boa parte dos fármacos.

Com isso, foi possível disponibilizar à população, medicamentos de qualidade com preço, no mínimo 35% mais barato que o medicamento de marca, além de reduzir o próprio valor de mercado destes, com a entrada de medicamentos concorrentes (genéricos).

161FEBRAFAR. Disponível em <http://febrafar.com.br/ims-mercado-farmaceutico-deve-atingir-r-87-bilhoes-em-2017/> Acesso em 30 de set. de 2017.

162O primeiro diploma legal a tratar diretamente sobre a política de genéricos foi o Decreto nº 793/1993, assinado pelo então Presidente da República, Itamar Franco e pelo Ministro da Saúde, Jamil Haddad. Esse decreto foi revogado no governo FHC e transformado na Lei nº 9.787/99, quase idêntica a ele.

163Segundo informações prestadas pela ANVISA, em sua página eletrônica, “o medicamento genérico é aquele que contém o(s) mesmo(s) princípio(s) ativo(s), na mesma dose e forma farmacêutica, é administrado pela mesma via e com a mesma posologia e indicação terapêutica do medicamento de referência, apresentando eficácia e segurança equivalentes à do medicamento de referência e podendo, com este, ser intercambiável.” A substituição é assegurada pela própria ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, para quem são apresentados os testes de equivalência. (disponível em www.anvisa.gov.br Acessado em 30 de set. de 2017.)

Os resultados, hoje, conforme informações da Pro-Genéricos, Associação Brasileira das Indústrias de Medicamentos Genéricos, é que estes respondem por 31,40% das vendas em unidades no conjunto do mercado farmacêutico. Nos EUA, mercado onde os genéricos têm mais de 20 anos de existência, o índice é de aproximadamente 80% de participação em volume. Existem no mercado brasileiro medicamentos genéricos para o tratamento de doenças do sistema cardiocirculatório, antiinfeciosos, aparelho digestivo/metabolismo, sistema nervoso central, antiinflamatórios hormonais e não hormonais, dermatológicos, doenças respiratórias, sistema urinário/sexual, oftalmológicos, antitrombose, anemia, oncológicos e contraceptivos, entre outros, já sendo possível tratar com os medicamentos genéricos a maioria das doenças conhecidas.¹⁶⁴

Mesmo com a consolidação da política dos medicamentos genéricos, uma das mais importantes conquistas do país na área da saúde pública, hoje imprescindível em termos de garantia da população à aquisição de medicamentos essenciais a um custo significativamente reduzido, um dos grandes desafios sociais no Brasil ainda é o acesso universal e gratuito a tais medicamentos, nem sempre disponíveis nas farmácias públicas das unidades do SUS.

E um bom exemplo de enfrentamento dessa fragilidade, foi a criação do Programa “Farmácia Popular do Brasil”, por meio da Lei nº 10.858, de 13/04/2004, regulamentada pelo Decreto nº 5.090, de 20/05/2004, cujo sistema de co-pagamento em que apoiado, reduziu drasticamente (cerca de 90% do valor original) o preço de inúmeros medicamentos destinados ao tratamento de doenças crônicas, tais como diabetes e pressão alta, conferindo, inclusive, gratuidade a muitos deles.

Em poucas linhas, consiste, o sistema co-pagamento, na aquisição, pelo Ministério da Saúde, de 90% do valor de tabela do medicamento, e os outros 10% custeados pelo consumidor.

A primeira fase do Programa “Farmácia Popular” consistiu na abertura de uma Rede Própria de farmácias (as farmácias populares) destinadas à comercialização, a baixo custo, de um rol de medicamentos previamente estabelecido e destinado ao tratamento de doenças crônicas e persistentes no Brasil. A execução do programa é realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), responsável, ainda, por coordenar e dar apoio operacional às unidades próprias, além de adquirir, armazenar e distribuir os medicamentos.

¹⁶⁴Disponível em <http://progenericos.org.br/mercado> Acessado em 12 de junho de 2017.

A partir de 2006, por meio da Portaria nº 491/2006, o Programa “Farmácia Popular do Brasil” expandiu e firmou parcerias com a rede privada de farmácias, na vertente denominada “Aqui Tem Farmácia Popular”, muito embora a lista de medicamentos dispensada no comércio varejista seja muito menor que na Rede Própria.

A elaboração do rol dos medicamentos a serem incluídos nos programas levou em conta as doenças prevalentes da população e, iniciando com aqueles constantes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), sofreu vários incrementos sendo que, hoje, na vigência da Portaria MS nº 111/2016, tanto as farmácias privadas partícipes do programa “Aqui Tem Farmácia Popular” como a Rede Própria do Programa “Farmácia Popular” disponibilizam, gratuitamente¹⁶⁵, medicamentos para tratamento da hipertensão, diabetes e asma.

Atualmente, as farmácias do Programa ATFP contam com 41 itens e as unidades próprias com 112 itens dispensados por meio da assistência farmacêutica com descontos de até 90% sobre o valor de referência, destacando-se, em ambas as vertentes, os medicamentos destinados ao tratamento da rinite, mal de Parkinson, osteoporose e dislipidemia, além de contraceptivos, sendo que as farmácias privadas conveniadas ainda aplicam o desconto para fraldas geriátricas e medicamentos para tratar o glaucoma e, nas unidades próprias, os descontos alcançam também os antibióticos, anti-histamínicos, ansiolíticos e preservativo masculino.¹⁶⁶

Desde a implantação dos programas de assistência farmacêutica, o número de farmácias da rede própria (vinculadas ao Programa “Farmácia Popular”) saiu de 27, em 2004, ano da implementação, para 533, em 2015, e o Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”, vertente que conta com o comércio varejista privado de fármacos, conta com 34.505 estabelecimentos conveniados em 2015. Juntos, os programas de assistência farmacêutica cobrem 4.393 municípios, tendo beneficiado, entre 2011 e 2015, mais de 31 milhões de brasileiros.¹⁶⁷

165A partir da Campanha “Saúde Não Tem Preço”, em 2011.

166Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/346-sctie-raiz/daf-raiz/farmacia-popular/11-farmacia-popular/18008-programa-farmacia-popular-do-brasil> Acessado em 20 de maio de 2017.

167Disponível em <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/05/mais-de-31-milhoes-de-pessoas-beneficiadas-pelo-farmacia-popular-em-quatro-anos> Acessado em 20 de maio de 2017.

Há críticas, contudo, e elas residem justamente na defesa da gratuidade e universalidade do SUS também no que tange ao acesso a medicamentos, os quais deveriam ser dispensados, sem custo, diretamente pelos postos de saúde. Perfilhamos, entretanto, da visão defendida pela Fundação Oswaldo Cruz¹⁶⁸, executora dos programas de assistência farmacêutica em questão, justificando-os pelos seus próprios objetivos, quais sejam, a ampliação do acesso da população a medicamentos essenciais, em razão de seu baixo custo de aquisição, sem qualquer limitação nos postos de saúde.

Veja-se que a própria normativa do programa estabelece que “Todo o usuário que apresentar receita oriunda da rede pública deve ser orientado sobre o direito à assistência farmacêutica enquanto usuário do Sistema Único de Saúde. Somente após essa informação e consulta ao usuário sobre sua opção pela obtenção do medicamento através do Programa é que poderá ser feita a dispensação”, a ensejar que não houve supressão ou redução da assistência farmacêutica dos postos do SUS, mas uma complementação desse atendimento, por meio do Programa “Farmácia Popular do Brasil”.

O fato de que a maioria dos usuários do Programa “Farmácia Popular”, em quaisquer de suas modalidades, são oriundos do SUS, tanto pode revelar a fragilidade do sistema de dispensação gratuita de medicamentos nos postos de saúde, quanto também pode anunciar um empoderamento dos seus usuários, refletido na possibilidade de arcarem com os custos de seu próprio tratamento, conferindo-lhes maior dignidade.

Na realidade, tudo é uma questão de olhar. Não há dúvidas de que os programas em questão não fogem à regra que impõe a tudo e a todos a necessidade de aperfeiçoamento. No entanto, preferimos o olhar dos benefícios, inegáveis, diga-se, que o Programa “Farmácia Popular” trouxe à população brasileira, na medida em que lhe permitiu a aquisição de medicamentos essenciais, a custo baixo ou gratuitos, sem onerar demasiadamente o orçamento familiar.

A atuação do Sistema Único de Saúde na atenção básica vai além da dispensação de medicamentos a preços reduzidos, mas inclui uma rede completa de atendimento em termos de assistência primária, como é o caso das equipes de Estratégia da Saúde da Família (ESF), como uma política destinada ao fortalecimento da atenção básica, reorganizando a prática assistencial (antes focalizada e destinada ao atendimento apenas dos grupos de risco) em

¹⁶⁸Disponível em <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/104/radis-104.pdf> Acessado em 20 de maio de 2017.

novas bases e critérios, como a humanização da assistência e o estabelecimento de vínculo de compromisso e corresponsabilidade entre as equipes de saúde e a população, tornando-a um projeto de grande potencial transformador na realização da Atenção Básica no Brasil, onde

Encarar sistematicamente e de peito aberto o sofrimento humano bruto, sem lapidação ou anteparos, identificar a violência intra e extradomiciliar contra segmentos mais vulneráveis como idosos, deficientes, crianças e mulheres; conviver com questões sociais complexas, como o subemprego e o desemprego, a drogadição, a acomodação e dependência das famílias a programas públicos, a falta de perspectiva de vida dos jovens, são alguns elementos que fazem parte de um cotidiano desafiador que é enfrentado pelos membros das equipes da ESF¹⁶⁹.

Composta por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, a ESF tem por características, dentre outras, atenção integral, integrada, contínua e de boa qualidade, suficiência tecnológica e resolutividade, coordenação do cuidado e trabalho em equipe, alcançando, em 2016, uma cobertura de 64,28% da população que, dado o acúmulo de experiências ao longo das últimas décadas, já colhe bons resultados, como redução da mortalidade infantil, redução da morbidade em 20%, principalmente das condições sensíveis da Atenção Básica e redução das iniquidades, onde a ESF atendeu mais idoso com menor escolaridade e renda familiar, contribuindo para maior equidade em saúde.¹⁷⁰

Em complementação à assistência primária, outro avanço incontestável foi a implantação, em 2004, do Programa “Brasil Sorridente”, como parte da Política de Saúde Bucal, criada no mesmo ano para facilitar e ampliar o acesso da população ao tratamento odontológico gratuito, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre as principais ações adotadas, estão a adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público; a reorganização da Atenção Básica em saúde bucal, principalmente com a implantação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família; a ampliação e qualificação da Atenção Especializada, especialmente com a implantação dos Centros de

169CACCIA-BRAVA, Maria do Carmo; MATTOS, Augustus Tadeu; ROCHA, Juan Stuardo. Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família. In: ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. **Manual de Saúde Pública e Saúde Coletiva no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2012, p. 75.

170CACCIA-BAVA, Maria do Carmo; MATTOS, Augustus Tadeu Relo de; ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família. In: ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. **Manual de Saúde Pública e Saúde Coletiva no Brasil**. 2ed. São Apulo: Atheneu, 2012, p. 82-84.

Especialidades Odontológicas (CEOs) e a reabilitação protética, por meio dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias¹⁷¹.

Segundo o Ministério da Saúde, em 2012 o programa “Brasil Sorridente” já beneficiava 70,6 milhões de brasileiros, com mais de 22 mil equipes de Saúde Bucal (ESB) no País, e quase 5 mil municípios atendidos.

A todos estes, assomam-se outros tantos programas de saúde pública, a exemplo do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher; da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; do Projeto “Rede Cegonha”¹⁷², da Política Nacional de Saúde à Pessoa Idosa e da Política Nacional de Proteção à Saúde da Criança, todos eles voltados ao enfrentamento dos fatores de risco típicos de cada grupo, mas com o mesmo propósito: promover a melhoria das condições de saúde da população atendida.

Além disso, só em 2010 o SUS custeou 12 milhões de internações hospitalares, 577 milhões de procedimentos com finalidade diagnóstica; 83 milhões de procedimentos cirúrgicos, 2 milhões de implantes de órteses, próteses e materiais especiais, além de manter 500 mil profissionais de saúde, quase 6 mil hospitais com 441 mil leitos disponíveis, tendo realizado 85% de todos os procedimentos de alta complexidade do país.¹⁷³

Eis, aí, o SUS que não se vê. Mais precisamente, parte dele, pois o número limitado de linhas que se impõe ao presente trabalho não nos permite avançar na enumeração de todos os programas e políticas de saúde que respondem por esse sistema e que são responsáveis diretos pela melhoria da qualidade e condições de vida da população brasileira.

2.2.1 O SUS como modelo de inspiração para outros países

Apesar das falhas do Sistema Único de Saúde, trata-se de uma política pública construída com o firme propósito de oferecer a todos que ao sistema acorrerem, atendimento integral, gratuito e de qualidade, sem qualquer distinção social, etária, financeira, racial ou

171Disponível em <http://www.brasil.gov.br/saude/2013/10/brasil-sorridente-e-o-maior-programa-de-saude-bucal-do-mundo> Acesso em 16 de maio de 2017.

172Lançado em 2011 e destinado ao atendimento de qualidade a todas as brasileiras no processo de maternidade, desde a confirmação da gestação até os dois primeiros anos de vida do bebê.

173ALEXANDRE, Lourdes Bernadete. Os Avanços e Desafios do SUS nas duas Décadas de Existência. In: AGUIAR, Zenaide Neto (org.). **SUS: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. 2ed. São Paulo: Martinari, 2015, p. 158

outro fator, bem como sem qualquer condicionante que possa reduzir o acesso ao sistema de saúde no Brasil, porquanto a universalização e igualdade no atendimento são os princípios cimentados na concretização do SUS.

E são justamente esses pilares do SUS, que traduzem um compromisso fiel com a saúde e a qualidade de vida da população, por meio de programas e ações pensadas e dirigidas a cada grupo social, incorporando novas tecnologias, inovando a cada nova demanda e demonstrando que é possível o setor público ser o provedor de significativa melhora nos níveis de saúde da população brasileira, que vem chamando a atenção de países ainda refratários a esse sistema de saúde público e universal, justamente porque os resultados e benefícios revertidos em favor da população e, em última instância, da própria nação, são inegáveis.

É o caso, por exemplo, do Programa “Farmácia Popular”, que despertou o interesse do Equador. Segundo informações do Ministério da Saúde, em fevereiro de 2015, uma equipe de representantes daquele país esteve no Brasil para realizar a transferência de informações a respeito do funcionamento do Programa “Farmácia Popular”, tendo sido abordados os temas sobre o sistema de informática, de monitoramento, de acompanhamento e de avaliação do Programa Farmácia Popular; determinação do preço/valor de referência dos medicamentos; sistema de segurança do programa; e sistemas e aspectos complementares para a melhoria do acesso a medicamentos. Os trabalhos também estão sendo acompanhados por representantes da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS).¹⁷⁴

Na realidade, a cooperação entre Brasil e Equador na área da saúde remonta à 2007, quando o Instituto Fernandes Figueira-Fiocruz apoiou a implantação e desenvolvimento do Primeiro Banco de Leite do Equador, na “Maternidade Isidro Ayora”, em Quito¹⁷⁵.

A experiência brasileira também está sendo base do programa peruano de Farmácias Inclusivas. Conforme noticiado na página eletrônica do Portal Brasil, o governo do Peru vai utilizar a experiência brasileira com o “Programa Farmácia Popular” para estruturar uma política de ampliação do acesso a medicamentos em seu país, através da cooperação firmada

¹⁷⁴Disponível em <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/35150-equador-implantara-programa-farmacia-popular> Acesso em 20 de maio de 2017.

¹⁷⁵Idem

em 2013, entre os ministérios da saúde dos dois países, permitindo a transferência de tecnologia na área¹⁷⁶.

Além de o SUS, através de alguns de seus programas, servir de inspiração e mesmo ajuda mútua a outros países, o modelo brasileiro de saúde pública foi foco de discussão no comitê de Genebra da Organização Mundial da Saúde (OMS) junto a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), em 2012.

Segundo a reportagem veiculada no “blog da Saúde”, vinculado ao Ministério da Saúde, o objetivo foi apresentar o SUS para o comitê que tem interesse em melhor conhecer o modelo brasileiro para ajudar outros países a também construir um sistema público de saúde. Para a diretora geral assistente da OMS, Carissa Etienne, o sistema universal de saúde brasileiro é um exemplo de acesso à saúde pública. Nas suas palavras, “o Brasil tem muito a oferecer e os outros países têm muito a aprender com os avanços e também com os problemas que percebemos nesse sistema tão complexo”¹⁷⁷.

Enfim, os dados acima mencionados e que traduzem um SUS positivo, sem a pretensão de exaurir todas as hipóteses, bem como conferir maior profundidade nas avaliações das políticas públicas aqui citadas, seja porque escapa ao propósito desse estudo, seja porque demandaria muito mais laudas do que as já destinadas, tem por objetivo justamente retratar um SUS para além das filas, mas como um sistema que coleciona projetos, ações e programas de políticas de saúde pública realmente eficientes, internacionalmente reconhecidas e, portanto, mais que suficientes para justificar a luta pela sua preservação e ampliação, em direção à universalidade do seu atendimento que, embora ainda não alcançada, encontra-se, definitivamente, em construção

Vale lembrar que por séculos o Brasil experimentou um verdadeiro Tratado de Tordesilhas no setor da saúde, onde, de um lado, a pequena parcela aquinhoadada que pagava pela assistência médica e, no outro extremo, a imensa maioria de brasileiros que ficavam à míngua de qualquer tipo de serviço na área da saúde. O SUS é jovem e, como tal, encontra-se ainda em construção. Desistir, ao que tudo indica, é o que pretende a classe empodeirada, não medindo esforços para também convencer a população de seu propósito, escondido atrás dos

176Disponível em <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/03/programa-serve-de-modelo-para-iniciativa-no-peru>
Acesso em 30 de setembro de 2017.

177Disponível em <http://www.blog.saude.gov.br/29535-oms-quer-conhecer-modelo-brasileiro-de-saude.html>
Acesso em 26 de setembro de 2017.

mais mesquinhos objetivos: privatizar a saúde e empurrar para além da marginalização que já se encontram, a grossa camada empobrecida que não terá como pagar pela saúde, não mais entendida como um direito fundamental, mas um produto para consumo.

3 ENTRAVES À EFICÁCIA PLENA DO SUS: REFLEXÕES SOBRE CAUSAS E ALTERNATIVAS

O processo de redemocratização por qual passava o país no final de década de 1980, mobilizou todas as organizações sociais, bem como prendeu a atenção da sociedade brasileira, interessada em acompanhar a definição das bases que iriam sustentar o desenvolvimento do novo regime. E a saúde, especialmente por meio do movimento sanitário, articulou-se e entrou na arena democrática para defender os princípios que, a partir de então, balizariam a prestação dos serviços de saúde pública no Brasil, inspirando-se no padrão de bem-estar social *welfariano*, segundo o qual o Estado é o afiançador de “tipos mínimos de renda, alimentação, saúde, habitação, educação, os quais assegurados a todo cidadão, não como caridade, mas como direito político.”¹⁷⁸

Essa a conjuntura em que se deu a idealização e a criação do Sistema Único de Saúde. Fruto das crenças democráticas defendidas pelos movimentos sociais à época da construção do (novo) Estado brasileiro, o SUS carrega consigo um forte conteúdo ideológico, que vai além da defesa do acesso universal e integral aos serviços de saúde, mas que busca, a partir disso, a realização da justiça social.

Contudo, em que pese todas essas motivações éticas e sociais, a política de saúde pública não produziu uma cobertura verdadeiramente universal, de modo que, sem descurar dos avanços alcançados em termos de saúde coletiva, o SUS ainda dista da eficácia desejada. E os principais entraves, ao contrário do que se está habituado a ouvir, não são endógenos ao modelo de saúde pública que se criou, mas decorrem, fundamentalmente, do fiel cumprimento aos preceitos constantes na cartilha neoliberal e que tangenciam todas as ações políticas engendradas pela maioria dos governos dos países em desenvolvimento e desenvolvidos, inclusive o Brasil, especialmente no que concerne à realização de políticas públicas, para as quais defende uma retração da participação do Estado, fazendo-as substituir pela iniciativa privada.

E quando a pauta é o financiamento do sistema de saúde pública, mais se evidencia a presença das diretrizes macroeconômicas, como bem sustentam Maria Alicia Ugá e Rosa Maria Marques:

178BOBBIO, Norberto apud SCHONS, Selma Maria. **Assistência Social: entre a ordem e a desordem**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2008, p. 129.

os obstáculos enfrentados ao longo da implementação do SUS, no que diz respeito ao seu financiamento, não são inerentes ao modelo de saúde em que ele se inspira, sendo, ao contrário, fruto de fatores extra-setoriais relacionados, fundamentalmente, às políticas de ajuste macroeconômico que vinculam nada menos que a metade do gasto público ao pagamento das despesas com juros, encargos, amortização da dívida externa e interna.¹⁷⁹

Assim, pode-se afirmar, sem embargo, que os principais entraves à plena eficácia do SUS, a duras penas conquistado, reside nas investidas políticas, cujos encaminhamentos conferidos pelos nossos representantes no Congresso Nacional vem respondendo positivamente aos informes neoliberais, os traduzidos, para os fins desse trabalho, no subfinanciamento das ações e programas de saúde pública e na destinação de recursos públicos ao financiamento da saúde suplementar (privada), os quais ultrapassam os gastos com o próprio SUS.

Na realidade, os avanços, inegáveis, na melhoria da qualidade de vida da população, graças à implementação de alguns programas e políticas de saúde no âmbito do SUS, ao passo que desvelam todo o seu potencial enquanto um sistema universal e integral de saúde pública, são exemplos de sua heroica resistência aos desmontes que há décadas lhes são dirigidos, afinados com a consciência dominante nas classes de mesmo nome, segundo a qual, a intervenção do Estado só se justifica, e quando muito, nos casos de extrema fragilidade social, hipossuficiência financeira e miséria da dignidade.

Assoma-se às questões de ordem política, também as fraudes e os desvios de recursos, bem como o mau uso da estrutura pública e a própria falta de consciência dos gestores, profissionais da saúde e pacientes acerca da importância e seriedade dessa política pública de saúde coletiva que, ao desacreditarem o sistema, furtam-lhe preciosos recursos que seriam revertidos em mais e melhor atendimentos, além de abrirem brechas para que as políticas voltadas ao seu desmonte, encontre o eco e o respaldo necessários para vingar.

Por fim, vislumbra-se na bioética importantes contribuições ao SUS e à qualidade de vida da população, enquanto disciplina que, na área da saúde da pública, busca a alocação justa e equânime dos escassos recursos públicos, e a igualdade e universalidade no acesso aos serviços e ações em saúde, apresentando, para tanto, caminhos alternativos como o resgate da

179UGÁ, Maria Alicia; MARQUES, Rosa Maria. O Financiamento do SUS: Trajetória Contexto e Constrangimentos. In: TRINDADE, Nísia Lima (org.). **Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 230.

arte de curar, através da humanização da prática médica, a desmedicalização da vida, propondo, ainda, práticas terapêuticas integrativas, destacando a importância da prevenção, a fim de que um novo modelo biomédico seja erigido, onde se leva em conta um bem-estar não apenas biológico, mas também psicológico, social e emocional, aumentando a qualidade de vida da população e auxiliando, por outro lado, na própria sustentabilidade do SUS, face ao menor impacto financeiro decorrentes de tais propostas, especialmente se comparados ao paradigma biomédico atual – individualista e curativista.

3.1 Os Encaminhamentos Políticos no Campo da Saúde Pública: a que interesses atendem?

As ações no campo da saúde pública, desde a sua constitucionalização como um direito de todos e dever do Estado - corolário do respeito ao direito à vida e à dignidade humana de seus concidadãos, correspondem a uma engajada e nada disfarçada atuação estatal no sentido de desfigurar o Sistema Único de Saúde, mostrando-se necessário, à melhor compreensão dos encaminhamentos políticos na área da saúde, uma pequena incursão nas principais características do modelo de governo que inspirou a criação do SUS e, em contrapartida, daquele outro que, no seu exato oposto, vem dando as diretrizes de sua realização (mínima), na prática. Desse modo, impossível analisar as falhas e carências do SUS de forma dissociada do contexto político-econômico que se estabelecia na época e que, tristemente, ainda vige com força.

Parece assente que o marco da consolidação do Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*), nos países desenvolvidos, coincide com a crise econômica experimentada nos idos de 1930, quando, por uma superprodução do setor industrial sem que houvessem consumidores para dar vazão ao que era produzido, o capitalismo entrou em crise.¹⁸⁰ E esse tratamento mais amplo das questões sociais, pelo Estado, inaugurou uma nova (terceira) geração de direitos – os direitos sociais, construindo as bases para um outro modelo de governo – o do Bem-Estar Social, baseado no alargamento da participação do Estado como alicerçador das necessidades

¹⁸⁰COSTA, José Ricardo Caetano. **Previdência e Neoliberalismo**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001, p. 27.

básicas dos homens, assim entendidas como o direito à saúde, educação, trabalho, assistência e previdência¹⁸¹.

Em síntese, a partir do Estado de Bem-Estar Social,

os mínimos sociais passaram a ter uma conotação mais alargada, incluindo, além de políticas de manutenção de renda – geralmente sob a forma de uma rede de segurança impeditiva do resvala de cidadãos social e economicamente vulneráveis para baixo de uma linha de pobreza legitimada pela sociedade –, outros mecanismos de proteção social, como: serviços sociais universais (saúde e educação, por exemplo), proteção ao trabalho (em apoio ao pleno emprego) e garantia do direito ao acesso a esses bens e serviços e ao seu usufruto. Essa foi a fase de ouro das políticas de proteção social, na qual a otimização da satisfação das necessidades humanas básicas tornou-se uma tendência promissora, a partir da Europa.¹⁸²

E, especificamente no campo da saúde, o Estado Providência inspirou a criação de sistemas de saúde, tais como os sistemas nacionais encontrados na Inglaterra (*NHS - National Health Service*), Itália, Espanha, Portugal, entre outros países europeus, onde o Estado passou a ocupar-se, a depender dos encaminhamentos que cada qual deu à questão da proteção social, com o estabelecimento de políticas públicas que promovessem a saúde da população.¹⁸³ Não está em pauta, por ora, a discussão acerca da eficácia deste e de outros sistemas de saúde, como o seguro social adotado na França e Alemanha, mas apenas referir que a saúde enquanto direito foi assim assimilada pelos Estados, a partir das noções de proteção social desenvolvidas no contexto que erigiu o *Welfare State* (Estado de Bem-Estar Social).

E o movimento sanitário que se articulou em defesa da construção e constitucionalização de um sistema de saúde universal e integral, tomou por empréstimo os

181Foram as diretrizes contidas no “Plano Beveridge”, elaborado em 1942 pelo inglês William Beveridge e destinado à reforma do sistema de assistência pública na Grã-Bretanha, que anteciparam o que veio a ser o Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*). Segundo o modelo beveridgiano, a concepção de proteção social, para libertar o homem das necessidades, deveria combater a ignorância, a escassez, a enfermidade, a preguiça e a miséria, prevenindo ou debelando, ainda, as situações que ameaçam o rendimento regular dos indivíduos, como doenças, acidentes de trabalho, morte, velhice, maternidade e desemprego. Tal gama de direitos (e não caridade) compunha a noção de segurança social e não tardou para que tais ideais rompessem as fronteiras e passassem a inspirar diversas reformas nos países capitalistas, pós Segunda Guerra Mundial. Paralelamente a esses provimentos, os governos passaram a desenvolver políticas de pleno emprego, com base na doutrina keynesiana, contumaz opositor à crença liberal na auto-regulação do mercado. (PEREIRA, Potyara A.P. **Necessidades Humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2011, p. 110-112).

182Ibidem, p.113.

183VIANA, Ana Luiza; SILVA, Hudson Pacifico. Saúde e Sociedade: a construção da proteção social como marco essencial das políticas de saúde. In: ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. **Manual de Saúde Pública e Saúde Coletiva no Brasil**. São Paulo: Atheneu, 2012, p. 08.

princípios e os valores presentes no Estado Social que se edificou nos países europeus a partir da década de 1940.

No entanto, os reflexos do modelo de governo *welfariano*, calcado na solidariedade, na redistribuição das riquezas, na reparação das distorções geradas pelo capitalismo, só encontrou espaço no Brasil apenas quatro décadas depois, com a Constituição Federal de 1988. Mas, nesse momento, os pilares que sustentavam o projeto beveridgiano/keynesiano já haviam sido abalados por uma nova crise, a qual os conservadores aproveitaram para apregoarem que as causas seriam as excessivas demandas democráticas dirigidas aos Estados nacionais que haviam adotado a extensão do Bem-Estar Social, advogando, assim, o retorno do liberalismo,¹⁸⁴ agora rebatizado de “neoliberalismo”.¹⁸⁵

Assim, em substituição ao Estado de Bem-estar Social, foi proposto um novo modelo de governo, no qual o Estado se dedicaria para manter o funcionamento do mercado, considerado o mecanismo de alocação eficiente de recursos, em vez de intervir por meio de políticas públicas, as quais foram relegadas a uma atuação meramente residual e focalizada, “onde ser pobre é atributo de acesso a programas sociais, que devem ser estruturados na lógica da concessão e da dádiva, contrapondo-se ao direito”.¹⁸⁶

Nessa novel concepção de modelo de governo, onde o Estado estava demitindo-se do papel de provedor de demandas sociais é que, no Brasil, fora promulgada a Constituição Federal de 1988, consagrando, pela primeira vez, um rol de direitos sociais (artigo 6º), ao mesmo tempo em que encontrava, nesse novo modelo de governo que se estabelecia (neoliberal) em substituição ao *Welfare State*, a principal resistência à sua realização consentânea.

E, como bem lembra Aldaíza Sposati,

Cada vez mais constatamos, no Brasil, a condição de uma sociedade virtual quanto a aplicação dos direitos constitucionais. Fala-se e escreve-se, mas não se cumpre. A

184PEREIRA, Potyara A.P. **Necessidades Humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2011, p. 113.

185Na ótica conservadora, o Estado, ao transgredir o princípio da liberdade individual, teria propiciado um ambiente de desestímulo ao trabalho produtivo, no qual os homens preferiam os benefícios do aparelho estatal, em detrimento ao trabalho, criticando o excesso de poder do Estado (social), tanto em relação ao mercado como à sociedade, buscando demonstrar a sua ineficiência e anunciada falência face aos escassos recursos para cobrir demandas cada vez mais crescentes. (COUTO, Berenice Rojas. **O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação possível?** 4ed. São Paulo: Cortez, 2010, p.69).

186Ibidem, p. 71.

distância histórica entre o proposto e o posto, somada à omissão da cobrança da responsabilidade pública, leva à cultura do descrédito no disposto legal. O formal se distancia do senso comum como mundos desconexos.¹⁸⁷

E não havia como ser diferente, pois em pleno processo de efervescência da promulgação da Constituição de 1988, o Brasil tornava-se signatário das orientações neoliberais, através de acordos firmados com organismos internacionais como o FMI – Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial, os quais preconizavam o fiel cumprimento às recomendações contidas no documento que ficou conhecido como “Consenso de Washington”¹⁸⁸, onde uma das principais diretrizes residia na desestruturação dos sistemas de proteção social vinculados às estruturas estatais e a orientação para que os mesmos passassem a ser gestados pela iniciativa privada.¹⁸⁹

Fácil concluir, portanto, que os encaminhamentos políticos no âmbito das políticas sociais, incluindo o SUS, deram prioridade absoluta às políticas de ajuste fiscal em detrimento à realização das políticas sociais cidadãs, onde a seletividade das ações propostas nas políticas de focalização defendidas pelo receituário de vários organismos internacionais resultaria, necessariamente, em “serviços pobres para os pobres.”

Importante notar que as barreiras impostas pelo modelo neoliberal, relativamente à execução de políticas sociais, transcendem o eixo político-econômico, muito embora seja a face mais falada, mas acobertam uma ideologia social torpe e surreal, na medida em que vê o homem como responsável pelo seu fracasso e não como decorrência das distorções promovidas pelo capitalismo, que enxerga os pobres como fardos a serem carregados pelo setor produtivo, que desconsidera o meio social em que inseridos, que apregoa, enfim, que a pobreza e a miséria são uma opção, escolhida por aqueles que não querem trabalhar.¹⁹⁰

E esse novo modelo de governo, no Brasil, não encontrou qualquer dificuldade para se concretizar, haja vista a secular política extrativista que desde o descobrimento reina

187SPOSATI, Aldaiza. Mínimos Sociais e Seguridade Social: uma revolução da consciência da cidadania. In: Revista **Serviço Social e Sociedade**, n. 55, ano XVIII – novembro/1997. p.10.

188Em 1989, reuniram-se, em Washington, o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial, o governo norte-americano, economistas e políticos latino americanos e caribenhos de orientação neoliberal para elaborarem um receituário para as economias periféricas. Esse receituário ficou conhecido como Consenso de Washington, e indica dez medidas que devem ser seguidas pelos países. São elas: ajuste fiscal, redução do tamanho do Estado, privatizações, abertura comercial, fim das restrições ao capital externo, abertura financeira, desregulamentação, reestruturação do sistema previdenciário, investimento em infra-estrutura básica e fiscalização dos gastos públicos e fim das obras faraônicas. (BATISTA et al, apud COUTO, op.cit., p. 70).

189COUTO, Berenice Rojas, op.cit. p.145.

absoluta, conquanto afeiçoada com o enriquecimento de poucos às custas do esforço dos outros muitos, os quais eternizam-se na pobreza. Estamos a nos reportar ao estudo realizado por dois pesquisadores, James A. Robinson, da Universidade de Harvard, e Daron Acemoglu, do MIT, que estudaram os motivos pelos quais alguns países tornaram-se ricos e desenvolvidos, enquanto outros, a despeito de contarem com uma forte economia, permanecem subdesenvolvidos, culminando com a publicação do livro “Porque as Nações Fracassam? ”, cujo trecho foi sintetizado pelo Procurador da República, Félix Renan Paes:

Eles defendem a existência de instituições políticas inclusivas (aquelas que contribuem para o crescimento econômico e o desenvolvimento industrial e social) e instituições políticas extrativas (aquelas que enriquecem apenas a cúpula dominante, que tem o poder político nas mãos e que se beneficia indevidamente, em detrimento da população). Analisando a história de distintos países, os autores perceberam que há íntima conexão entre instituições políticas e econômicas inclusivas e a prosperidade da nação.¹⁹¹

Parece, à toda evidência, que esse é o caso do Brasil, cuja economia alcança a 7ª posição no *ranking* mundial, mas, paradoxalmente, ocupa o 75º lugar no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e o 76º lugar no Índice de Percepção da Corrupção (IPC), demonstrando que há um claro distanciamento entre a produção de riquezas do país e o bem-estar social de seus cidadãos.¹⁹²

E a área da saúde pública, mesmo diante de todas as conquistas constitucionais não fugiu às regras, já que a criação do SUS apresenta-se como uma política que rema na contracorrente das reformas da saúde proposta pelo modelo de governo neoliberal e, justamente por isso, não encontrou o necessário investimento para a sua plena realização, deparando-se, ao revés, com diversas decisões políticas que lhe retiravam os recursos próprios, terceirizavam as suas ações e seu patrimônio, entregando-os à iniciativa privada, sem qualquer ônus ou responsabilidades sindicáveis, mantendo e incentivando a saúde

190Para seus idealizadores, como Von Mises, um dos percursores da teoria neoliberal, nem mesmo os inválidos, enfermos e idosos escapam de tamanha exclusão social e, por conta de sua condição, serão naturalmente fulminados da face da Terra, assim como os animais aleijados que logo morrem, senão de fome, pelas garras dos adversários de sua espécie. (MISES, apud, COSTA, José Ricardo Caetano. **A Reforma da Previdência Social e outros Estudos**. Pelotas: Educat, 1999, p.87).

191Renan Paes Félix é Procurador da República na Paraíba e publicou artigo em que analisa a situação do Brasil, frente às constatações dos autores do livro “Porque as Nações Fracassam?”. Disponível para consulta em <http://www.anpr.org.br/artigo/96> acesso em 25 de maio de 2017.

192Disponível em <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idh-global.html> Acesso em 01 de out. de 2017.

suplementar, em franco atendimento aos interesses quase oligárquicos da classe empodeirada vinculada ao ramos da saúde.

E o que se desvela, nesse contexto, é que o reiterado abandono do Sistema Único de Saúde, pelos representantes políticos, a despeito de todas as melhorias produzidas nas condições de vida dos brasileiros, encerra-se, em um único propósito: pôr fim a esse capítulo da promoção da saúde coletiva de forma universal e integral, reescrevendo-o à luz do modelo privatizado, em atendimento aos interesses da classe dominante e diretamente interessada, como empresários do ramo e sócios de planos de saúde, desassistindo a esmagadora maioria da população usuária e dependente do SUS público e gratuito.

3.1.1 O (Sub) Financiamento do SUS e a Saúde Suplementar: para entender o sucateamento

As questões que envolvem o financiamento da saúde pública (SUS) no Brasil são antigas e se renovam a cada ano político, estando ainda muito distante de alcançar uma solução pacífica. Aliás, o consenso parece ser algo impossível em se tratando de financiamento de políticas públicas no Brasil, haja vista a constante e importante influência exercida pelas regras macroeconômicas sobre as decisões e encaminhamentos das políticas internas, especialmente as sociais.

Por certo, as considerações aqui aventadas não esgotam a questão do financiamento do SUS, seja por conta da complexidade do tema, seja por não corresponder ao fim a que se destina o presente estudo. Contudo, impensável tratar das causas e entraves à plena eficácia do sistema de saúde pública no Brasil, sem mencionar os desencontros, nada desprezíveis, relacionados ao seu custeio, os quais bem demonstram com o que o primeiro escalão do Poder Executivo, salvo raras exceções, de fato se ocupa.

A constitucionalização do acesso universal à saúde, tal como um direito inerente à cidadania veio elencada no capítulo da Seguridade Social, completando a tríade do sistema de proteção social, ao lado da assistência e da previdência. Da mesma forma, cuidou o constituinte de prever que o financiamento se daria através do Orçamento da Seguridade Social (OSS) e dos Tesouros federal, estaduais e municipais, além de outras fontes, como consignado no artigo 198, §1º, diversificando, assim, a base de financiamento do que mais

tarde viria a ser o SUS, rompendo, também nesse aspecto, com o modelo anteriormente vigente, baseado fundamentalmente nas contribuições individuais.

A CF/1988, contudo, não assegurou um percentual de aplicação obrigatório para o setor da saúde, de modo que, a cada exercício fiscal, por intermédio da LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias, seria determinado o quanto de recursos financeiros do referido orçamento se destinaria a cada uma das áreas: assistência, previdência e saúde. Se, por um lado, a não vinculação entre fonte de receita e uso prestigia a concepção holística de proteção social, na qual impensável a existência de cobertura de um risco sem a garantia da cobertura de outro¹⁹³; por outro, torna mais difícil a elaboração de qualquer política social a médio ou longo prazo, haja vista as inevitáveis oscilações na repartição dos recursos entre as áreas. A definição dos percentuais mínimos e origem do custeio, só veio com a Emenda Constitucional nº 29/2000, como será visto adiante.

Também ficou definido, no texto constitucional, que os recursos do OSS seriam exclusivos da Seguridade Social, justamente com o propósito de evitar a sua utilização indevida, institucionalizada no período militar, a exemplo da construção da represa de Itaipu e da Ponte Rio-Niterói.¹⁹⁴ Todo esse arranjo, contudo, não resistiu aos primeiros meses de vigência da Constituição Federal de 1988, verificando-se, logo em seguida, as primeiras ações empreendidas pelo Poder Executivo para, literalmente, “colocar a mão” no dinheiro da Seguridade Social, esvaziando a pretensão constitucional de transformar a saúde em um direito universal e integral.

O desmonte do conceito de Seguridade Social e, por conseguinte, da estrutura de financiamento do SUS, possui algumas ações de destaque, como a utilização de parte de seus recursos para fins alheios à Seguridade Social (já nos dois primeiros anos que se seguiram à

193UGÁ, Maria Alicia; MARQUES, Rosa Maria. O Financiamento do SUS: Trajetória Contexto e Constrangimentos. In: TRINDADE, Nísia Lima (org.). **Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 230

194Idem.

promulgação da CF/1988)¹⁹⁵ e a especialização¹⁹⁶ (direcionamento) das contribuições de empregados e empregadores para a Previdência Social.

Assoma-se a tais investidas, a criação de mecanismos que permitiram o acesso da União aos recursos da Seguridade Social, como o Fundo Social de Emergência, criado em 1994 e rebatizado em 2000 como Desvinculação das Receitas da União (DRU), para expressar exatamente o seu caráter: possibilidade de alocação livre, por parte do governo federal, de 20% das receitas de impostos e contribuições, inclusive para pagamento dos juros da dívida. A DRU foi renovada em 2007 e atravessou todos os governos centrais, levando consigo, desde então e ainda hoje, boa parte dos recursos que seriam destinados à Seguridade Social.¹⁹⁷

Em 2000, foi finalmente promulgada a Emenda Constitucional nº 29/00, considerada um avanço em termos de obtenção de recursos para a saúde, pois definia a participação de cada esfera de governo no financiamento do SUS, garantindo um patamar mínimo de receita. Em síntese, a EC 29/00 determinou que:

(...) no primeiro ano de sua vigência, os estados e municípios deveriam alocar pelo menos 7% das receitas de impostos e transferências constitucionais, sendo que esse percentual deveria crescer anualmente até atingir, para os estados, 12% em 2004 e, para os municípios, 15%. Para a União, definia para o primeiro ano o aporte de pelo menos 5% em relação ao orçamento empenhado do período anterior; para os seguintes, o valor apurado no ano anterior seria corrigido pela variação do PIB nominal. Em relação à União, a EC 29 não explicita qual é a origem dos recursos e, em relação à Seguridade, é omissa, como se não houvesse disputa por seus recursos.¹⁹⁸

Mesmo tendo representado um avanço, ao definir os percentuais mínimos de participação de cada ente federal em gastos com a saúde, a EC 29/00 não ficou imune à crítica, especialmente no que tange à diminuição da participação da União, descarregando

¹⁹⁵Em 1989, por exemplo, os recursos do então Finsocial e da CSLL (Contribuição Sobre o Lucro Líquido), foram praticamente todos alocados para financiar os Encargos Previdenciários da União (EPU), despesa essa que correspondia à cota parte da União no financiamento da aposentadoria dos servidores federais, titulares de regime jurídico diferente, mantido à parte do Seguro Social. (Ibidem, p. 206)

¹⁹⁶Em 1992 o governo deixou de repassar à pasta da saúde os 15,5% da receita de contribuições de empregados e empregadores previstos no orçamento (até então, a maior fonte de receita da Seguridade Social), deixando o setor ainda mais dependente dos recursos provenientes do Tesouro e impondo ao Ministério da Saúde a única opção de contrair empréstimos. Tal especialização, uma vez posta em prática reiteradas vezes acabou sendo regulamentada pelo governo, quando da reforma previdenciária ocorrida em 1998 (EC nº 20/1998). (Ibidem, p. 206).

¹⁹⁷Ibidem, p. 205-207.

¹⁹⁸Ibidem, p. 219.

mais ônus sobre os Estados e Municípios, especialmente por não ter alcançado os 10% pleiteados para a União.¹⁹⁹

Além disso, em uma breve análise, a partir dos dados oferecidos pelo Siops/MS, tem-se que a Emenda Constitucional nº 29/00 sequer foi ainda posta em prática, na sua plenitude, dado o descumprimento, pelos Estados, dos percentuais legais, deixando de investir, juntos, mais de R\$ 1 bilhão na área, só no primeiro ano de vigência.²⁰⁰

Com a regulamentação da EC 29/2000, pela Lei Complementar nº 141/2012, ficaram definidas quais as ações e serviços em saúde seriam considerados para fins de cumprimento dos percentuais mínimos estabelecidos, bem como que as necessidades de saúde da população, juntamente com as dimensões demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas orientariam o rateio dos recursos do governo federal sem, no entanto, definir como essas necessidades e indicadores seriam mensurados.²⁰¹

Como se vê, não foram poucas as investidas políticas no sentido de dismantelar as bases de financiamento da saúde pública no Brasil, subjugando-a, em todas as vezes, às premissas econômicas. Aliás, nas palavras de Ugá e Marques, o desmonte do financiamento da Seguridade Social, em especial da saúde pública, demonstra como, no Brasil, “as políticas são permanentemente subsumidas aos objetivos e aos constrangimentos econômicos de toda ordem. A Constituição de 1988, refletindo o anseio por democracia e pelo resgate da então chamada dívida social, foi um daqueles raros momentos onde tal preceito foi contradito”²⁰².

Fato é que, o SUS, desde a sua concepção, vem enfrentando e assumindo a conta pelas consequências decorrentes da contradição entre o modelo de política pública que pretende ser, universal, gratuita e integral, e os encaminhamentos políticos que lhes são

199LAZZARI, João Batista. **As Fontes de Financiamento do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: LTr, 2003, p. 30.

200No ano de 2001, quando os Estados deveriam atingir o percentual de 7%, somente 10 o fizeram, sendo que nas regiões Sul e Centro-Oeste nenhum Estado alcançou esse percentual e, os que atingiram, como São Paulo (8,94%), Espírito Santo (9,39%) e Paraíba (10,42%), incluíram, como se fossem gastos com saúde, as despesas com inativos, empresas de saneamento, habitação urbana, merenda escolar, alimentação de presos, recursos hídricos, etc. (Ibidem, p. 220-222).

201VIANA, Ana Luiza; SILVA, Hudson Pacifico. Saúde e Sociedade: a construção da proteção social como marco essencial das políticas de saúde. In: ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. **Manual de Saúde Pública e Saúde Coletiva no Brasil**. São Paulo: Atheneu, 2012, p. 151.

202UGÁ, Maria Alicia; MARQUES, Rosa Maria. O Financiamento do SUS: Trajetória Contexto e Constrangimentos. In: TRINDADE, Nísia Lima (org.). **Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 206.

destinados, todos eles, em maior ou menor medida, pautados pelos ditames neoliberais que apregoam uma atuação pífia do Estado na consecução das políticas públicas, inclusive na área da saúde, levando à equivocada conclusão (ao menos de uma maioria) de que se trata de um sistema que deu errado, muito embora as suas desventuras sejam extrínsecas ao modelo que consiste.

No entanto, apesar de todos os meandros políticos empreendidos tendo em mente a manutenção de um SUS subfinanciado, insuficiente para atender a demanda a que se destina, importante referir que desde a sua criação, o SUS conseguiu elevar o seu orçamento ao longo dos anos, mormente se comparados aos investimentos realizados nessa pasta antes da sua institucionalização²⁰³, tornando-o, como também já visto, um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, e cuja eficácia em certos programas que atende, é inegável.

Daí decorre, necessariamente, a reflexão acerca da ampliação, ou não, dos recursos destinados ao SUS. Sem adentrar amiúde na questão, já que por demais extensa a controvérsia existente entre os que defendem que a melhor gestão dos recursos disponíveis já seria suficiente para o pleno funcionamento do SUS, dispensando a ampliação de recursos; e aqueles que, a despeito disso, entendem necessário maior aporte financeiro, impende seja analisado, à luz dos investimentos realizados por outros países em saúde pública, os percentuais destinados, pelo Brasil, à manutenção dos programas e políticas vinculados ao SUS.

Nesse ponto, vejamos o “meio-termo” proposto nas bem colocadas palavras de Carlos Octávio Ocké-Reis:

(...) se é desejável otimizar os dispêndios e se a adoção das medidas mencionadas aqui é meritória na ótica da organização do sistema e na perspectiva da qualificação da atenção médica, para otimizar os recursos financeiros pode ser necessária a ampliação de tais recursos. Na verdade, o incremento da eficiência não deve ser tomado como desculpa para cortar recursos financeiros ou organizacionais do SUS, bem como as filas em um sistema universal de saúde não podem servir como justificativa para restringir o acesso.²⁰⁴

Assim, sem olvidar da necessidade de melhorar a gestão dos recursos existentes, não há uma necessária identificação entre o conceito de eficiência e contenção de custos, de modo

203A respeito do orçamento da saúde e o crescimento experimentado nos últimos anos, vide OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p. 44.

204Ibidem, p. 26.

que, melhorar a eficiência na gestão dos recursos já disponíveis, não exclui, *de per si*, a possibilidade de alocação de mais investimentos, mormente se considerada a distância abismal, em números, entre os investimentos feitos pelo Brasil, e por outros países que mantêm um sistema de saúde pública, como mostram os resultados de estudos recentes.

Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015)²⁰⁵, o Brasil tinha, em 2013, um dispêndio total (público e privado) em saúde equivalente a 8% do Produto Interno Bruto (PIB), percentual bastante próximo ao de outros países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), como o Reino Unido (9,3%), Espanha (9,3%) e Canadá (10,9%) que também possuem sistemas universais (WHO, 2015). O problema é que, desse total, apenas 3,6% foi dedicado, em 2013, ao sistema público de saúde (IBGE, 2015), bem abaixo da média.

Assim, em 2013, o gasto público brasileiro foi responsável por 45% dos recursos aplicados em saúde, enquanto nos países da OCDE, a participação do gasto público no financiamento do sistema representa, em média, 70% da despesa total (IBGE, 2015).

Em que pese não se possa extrair qualquer lição de outro país em relação ao financiamento do SUS, a comparação de resultados entre estes, utilizando-se de indicadores socioeconômicos e de assistência à saúde, leva à forçosa conclusão de que ainda há espaço para a ampliação dos recursos a serem alocados para o financiamento da saúde pública no Brasil, sem descuidar, evidentemente, da atenção que requer a qualidade no gasto dos recursos já disponíveis, atribuindo-lhes mais eficiência e resolutividade, combatendo fraudes, excessos e desperdícios.

Imbricada com o (sub) financiamento do SUS está a saúde suplementar que, além de abocanhar boa parcela de recursos públicos, contribui para gerar iniquidades no acesso aos serviços e ações em saúde. Longe de esgotar o tema, porquanto repleto de fatos e questões que remontam à década de 1950, para não perder o foco desse espaço no trabalho – desafios à plena eficácia do SUS -, a abordagem do assunto limitar-se-á apenas a uma parcela das tensões que envolvem a saúde suplementar no Brasil e a sua relação com o (des) financiamento do SUS.

205Documento elaborado pela Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), em parceria com o Ministério da Saúde e Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES), intitulado “Sistema de Saúde no Brasil: Organização e Financiamento”. Disponível em <https://nacoesunidas.org/oms-lanca-publicacao-sobre-financiamento-do-sistema-de-saude-brasileiro/>, acesso em 25/09/2017.

Assim, como visto alhures, as bases de criação de uma medicina privada remontam à época da criação dos IAP's – Institutos de Aposentadoria e Pensão, no qual os seus regulamentos admitiam que a assistência médica e hospitalar poderia ser prestada diretamente ou através de contratos ou convênios com outras empresas particulares.²⁰⁶ Com base na distorcida ideia de que os contribuintes previdenciários, justamente pela sua condição de “pagantes”, poderiam ter um atendimento em assistência médica melhor, ao passo que, o atendimento público e em instituições públicas era aquele destinado aos não-contribuintes, cristalizava-se a relação público-privado na saúde, através da compra de serviços médicos privados por meio da Previdência Social, legitimando o acesso segmentado (a depender do cliente).

Proclamava-se a ineficiência do setor público e, paralelamente, o próprio poder público estimulava a criação de empresas de planos de saúde, além de ter sido o principal financiador destas no que tange à compra, reforma e construção de hospitais privados. Com a completa privatização do seguro social, houve uma verdadeira migração da clientela do seguro social para o mercado de planos de saúde.

Em tal conjuntura, inóspita às ideias de universalidade e integralidade no acesso aos serviços de saúde, implementava-se o SUS que, mesmo contendo preceitos calcados em valores como a solidariedade e a dignidade humana, não logrou realizar as mudanças profundas no acesso à saúde a que se propunha, pois, paralelamente à sua institucionalização, a privatização do seguro social saía dos primeiros passos para fortalecer-se no seu propósito de engrossar o número de consumidores de planos privados. É que, nesse momento, já estava arraigada a noção – prevalente até hoje - de que a medicina privada era superior àquela prestada pelo setor público, construindo-se, assim, um sistema duplicado que, na contramão da universalidade e integralidade propostas pelo SUS, reproduz desigualdades sociais e aprofunda iniquidades de acesso dentro do sistema de saúde.

E a própria Constituição Federal de 1988, ao admitir a participação da iniciativa privada (artigo 199) nas ações e serviços de saúde, institucionalizou a dualidade de outrora, onde os subsistemas público e privado, no lugar de se complementarem, concorrem entre si, já

²⁰⁶Entre 1930 e 1945, o número de segurados ativos das instituições de previdência passou de 157.486 para 2.762.822 e, no final desse período, o número total de hospitais próprios dos IAP's não chegava a quatro. (BAHIA, Ligia. O SUS e o desafio da Universalização do Direito à Saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: TRINDADE, Nísia Lima. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 414).

que o mercado oferece a mesma cobertura médico-assistencial disponibilizada no setor público. No entanto, a clientela da medicina privada continua a usufruir dos serviços prestados pelo sistema público favorecendo o sistema de “dupla porta de entrada”, onde, na marcação de consultas, exames e realização de cirurgias, estes passam na frente dos pacientes atendidos pelo SUS, além de ficarem internados em acomodações melhores, em evidente afronta ao princípio da equidade, tão almejado no projeto de um sistema de saúde para todos.²⁰⁷

Fala-se em iniquidades porque a base de atendimento dos subsistemas público e privado é a mesma, ou seja, são os mesmos médicos que atendem nas duas frentes, assim como são os mesmos hospitais que, construídos, equipados e mantidos com recursos públicos, abrem as suas portas da frente para os pacientes conveniados e particulares, relegando aos do SUS a mera entrada lateral, repleta de filas e longa espera por atendimento.

Essa apropriação do público pelo privado ocorre em muitos hospitais públicos que passaram a atender também pacientes privados ou conveniados, através de parcerias firmadas com os planos de saúde, calcados na equivocada ideia de angariar recursos adicionais por meio da remuneração realizada pelos planos aos serviços prestados, a qual superior àquela paga pelo SUS, pelos mesmos serviços. No entanto, ainda que o pagamento pelos procedimentos seja efetivamente maior, não se pode esquecer que os hospitais, especialmente os universitários, foram construídos com recursos públicos e é o poder público que remunera todos os seus trabalhadores, que adquire todos os equipamentos e insumos hospitalares, que, enfim, mantém as instituições em funcionamento, o que sobrepuja em larga escala aquilo que é pago pelos planos de saúde, referente aos serviços prestados.

Só por isso, já é possível desmistificar a ideia de que o privado é que sustenta o setor público de saúde. A realidade é que é o poder público que viabiliza e custeia os serviços privados de saúde, e são muitos os instrumentos de transferência do público ao privado e perpassam várias áreas, como a própria natureza jurídica de algumas empresas, como as cooperativas médicas, que são isentas do pagamento de diversos impostos, além de deduções ou isenções de tributos estaduais e municipais, mas, para os limites desse trabalho basta-nos os vultuosos recursos que são deixados de ser aplicados no SUS em razão das deduções do Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF).

207OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p.25.

Melhor dizendo, uma das principais estratégias do poder executivo para apoiar a rede privada de serviços de saúde resulta das concessões de subsídios fiscais e do financiamento de planos de saúde para servidores públicos. Segundo Lígia Bahia, “as deduções fiscais sem limites de gastos com saúde no imposto de renda da pessoa física e jurídica (inclui pagamento com prestadores privados de serviços de saúde e planos de saúde), representaram uma renúncia de R\$ 2,8 bilhões só no ano de 2005.”²⁰⁸

Ao que se alia o gasto do próprio governo com os planos de saúde que financia para os servidores públicos. Segundo o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, os gastos previstos com esse patrocínio, no orçamento da União, atingiram a cifra de R\$ 980 milhões. (Nísia p. 440). Assim, em uma conta simples, só no ano de 2005 e em razão de apenas duas ações (dedução no IRRF e custeio parcial de planos para servidores públicos), o Estado deixou de angariar mais de R\$ 4,7 bilhões e que poderiam ser investidos na saúde pública. Segundo Viana e Silva, as isenções fiscais representaram R\$ 15,8 bilhões em 2011, um aumento de 44% em relação a 2003.²⁰⁹

O resultado, na prática, dessa duplicidade ou, melhor dizendo, dessa promiscuidade, face à concorrência desleal entre os subsistemas público e privado, traduz-se nas suas relações de oferta e demanda, onde, simplificada, em 2011, 69% dos hospitais pertenciam à rede privada de saúde, destinados ao atendimento de cerca de 46 milhões de pessoas/beneficiários, enquanto os outros 150 milhões de cidadãos brasileiros usuários do SUS disputavam a fatia restante de hospitais públicos, cerca de 30% do total de instituições hospitalares existentes no Brasil.²¹⁰

Contudo, os gráficos se invertem quando está em pauta a análise quantitativa de procedimentos de alta complexidade e que demandam maiores investimentos (são mais caros), a exemplo da hemodiálise, segmento que, em 2002, possuía 79,8% dos equipamentos para tratamento dialítico pertencentes ao SUS (Nísia, p. 436). É que, ao restringir a cobertura

208BAHIA, Lígia. O SUS e o desafio da Universalização do Direito à Saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: TRINDADE, Nísia Lima. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 440.

209VIANA, Ana Luiza; SILVA, Hudson Pacifico. Saúde e Sociedade: a construção da proteção social como marco essencial das políticas de saúde. In: ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. **Manual de Saúde Pública e Saúde Coletiva no Brasil**. São Paulo: Atheneu, 2012, p. 156.

210Informação colhida em matéria veiculada no sítio eletrônico da FIOCRUZ, disponível para consulta em, <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/26264>, acesso em 25/09/2017, e dados da ANS, disponíveis em <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>, acesso em 25/09/2017.

dos planos de saúde contratados, excluindo os procedimentos mais caros ou limitando tempo de internação, entre outros, a saúde suplementar acaba onerando, e muito, o SUS, que fica com a conta dos tratamentos dispendiosos prestados a clientes de planos de saúde²¹¹.

Ao SUS, os idosos, os doentes crônicos, os que necessitam de reabilitação, de tratamento contínuo, de exames mais específicos, e todos os outros que não interessam aos planos de saúde porque, na lógica da mercantilização desses serviços, são clientes potencialmente pouco lucrativos. E justamente em razão desses abusos cometidos pelas empresas privadas na área da saúde é que foi promulgada a Lei nº 9.656/1998²¹², bem como criada a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, através da Lei nº 9.961/2000.

Mesmo diante desse avanço em termos de regulamentação da atuação das empresas e seguradoras privadas de saúde, estas lideram o *ranking* de ações judiciais movidas pelos clientes/pacientes/consumidores dos planos de saúde. Segundo o IDEC – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor – IDEC, em 2015 o setor de saúde suplementar reuniu, sozinho, mais reclamações do que serviços financeiros e telecomunicações juntos – segundo e terceiro colocados no *ranking* de atendimentos, respectivamente. Com um aumento de quase 65% em relação ao ano anterior, o setor foi responsável por quase 1/3 do total de demandas recebidas no ano. As reclamações vão desde a exigência desmedida de carência para a realização de consultas, exames e procedimentos, limitações na cobertura, excluindo dos contratos todos os tratamentos mais dispendiosos, cobrança de valores como contrapartida pelo serviço prestado, além da mensalidade, reajuste abusivo em razão do avanço da idade, praticamente expulsando os idosos dos planos, ignorando que esse é o momento da vida em que mais necessitam de amparo, restrições de internação em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI's/CTI's), entre inúmeras outras queixas que vão em desfavor das operadoras de planos de saúde²¹³.

211Muito embora a Lei que regulamente as empresas de planos e seguros de saúde preveja o ressarcimento destas, ao SUS, pelo atendimento prestado a clientes dos planos privados, este não é realizado e nem cobrado pelo Estado. Segundo a própria ANS, de 2000 até 2016 apenas 46% do atendimentos prestados a conveniados foram ressarcidos ao SUS. Disponível em <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/integracao-com-o-sus/3286-ans-lanca-informativo-com-dados-detalhados-do-ressarcimento-ao-sus> Acesso em 02 de out. de 2017.

212A lei que regulamenta as empresas de planos e seguros de saúde amplia as garantas assistenciais e as obriga a observar a abrangência dos procedimentos que constam nos contratos, os prazos, as carências, bem como comprovar solvência. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656compilado.htm acesso em 28 de set. de 2017.

213Informações colhidas no sítio eletrônico do IDEC, disponível para consulta em <https://idec.org.br/em-acao/em-foco/planos-de-saude-concentraram-um-terco-das-demandas-ao-idec-em-2015>, acesso em 25 de set. de 2017.

Com tudo isso, cai em descrédito a velha (e injusta, dada a participação ativa do poder público na esfera privada) história de que o privado é sempre melhor que o público; que o SUS é um sistema falido e, por isso mesmo, destinado somente aos pobres; que se não fossem as empresas privadas a cobertura médico-hospitalar estaria ainda mais comprometida, desassistindo boa parcela da população usuária dos planos de saúde e que a privatização da saúde pública seria uma solução às carências dos SUS.

Aliás, a respeito da privatização, registre-se, em breves linhas, dado os limites de tamanho do trabalho²¹⁴, que em 1995 foi elaborado o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, quase que ato contínuo à promulgação da Constituição Federal de 1988, voltado, fundamentalmente, à redução da estrutura estatal na realização de políticas públicas, transferindo-as à iniciativa privada, por meio do que se convencionou chamar de terceirização, fenômeno segundo o qual o terceiro (entidade privada) encontra-se envolvido na prestação do serviço público.

O argumento hegemônico que pairava, ao menos no meio político, era de que a crise financeira experimentada pelo Brasil, nas décadas de 80 e 90, tratava-se, também, de uma crise de Estado, que “não soubera processar de forma adequada a sobrecarga de demandas a ele dirigidas” (PDRAE, 1995, p.10). Sob essa perspectiva, o Estado havia se tornado “grande” e “pesado” demais, sem condições suportar os elevados custos dos programas sociais que lhe incumbia realizar, inclusive por força constitucional, propondo-se, assim, através da reforma, “aliviar” a máquina administrativa.²¹⁵

Para tanto, em 1998 foi promulgada a Lei nº 9.637/98²¹⁶, dispondo sobre a criação e qualificação das Organizações Sociais (OS's), segundo a qual qualquer empresa privada - e não apenas as fundações e autarquias, como inicialmente previsto no Plano Diretor -, desde que sem fins lucrativos, pudesse candidatar-se a ser uma Organização Social, passando, a partir de então, a prestar serviço público, com o recebimento de recursos públicos, mas sujeita ao regime de direito privado.

214Para fins de aprofundamento do tema, vide: WAILLA, Liane de Alexandre; COSTA, José Ricardo Caetano. A Terceirização da Saúde Pública: Uma análise das Organizações Sociais e o Caráter Complementar da Iniciativa Privada. In: SERAU; BRAUNER; COSTA (orgs.). **Direito e Saúde: Construindo a Justiça Social**. São Paulo: LTr, 2016, p. 159-169.

215Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE). Disponível em www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf Acesso em 10 de jun. de 2017.

216Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9637.htm Acessado em 28 de set. de 2017.

A inconstitucionalidade de tais dispositivos é gritante, conquanto colidentes com o disposto nos artigos 196; 23, II e 24, XII, todos da Constituição Federal, donde se extrai o dever do Estado em prestar diretamente os serviços de saúde pública, como já visto. Também a ilegalidade recai sobre a malfada “Lei das OS’s”, pois a Lei Complementar nº 8.080/90, que instituiu o SUS, em consonância com o mandamento constitucional, tratou de prever, em seus artigos 2º e 4º, que a prestação dos serviços de saúde pública, diretamente pelos órgãos, autarquias e fundações da administração pública.

E o preocupante é que além da inconstitucionalidade e ilegalidade verificadas, essa gestão privada de recursos públicos, orientada por uma maior autonomia do gestor, sem as devidas garantias e o controle da União sobre o emprego dos seus recursos, colocam em risco, a um só tempo, o patrimônio público, os direitos e garantias dos trabalhadores, bem como a qualidade dos serviços prestados, violando, em todos os aspectos, a supremacia do interesse público.

É que, à toda evidência, o terceiro (empresa privada) não tem o peso (legal) e nem a responsabilidade (moral) de prestar os serviços públicos primando pelos valores da igualdade e universalidade, pois orienta-se, como toda empresa privada, pelos valores de mercado e do capital. O atendimento aos interesses sociais dos cidadãos é coadjuvante no âmbito da iniciativa privada. A ordem econômica sobrepõe-se e, ao seu lado, uma série de outras questões voltadas ao melhor rendimento com o menor custo, ao maior aproveitamento da mão-de-obra, à observância aos valores remuneratórios impostos pelo mercado (ainda que injustos), tudo a bem conformar-se com o princípio que norteia o empresariado: o crescimento econômico.

Enfim, o desolador cenário que retrata diferentes abordagens contrárias ao SUS levamos à conclusão de que a incapacidade e insuficiência do sistema de saúde pública que hoje dispomos não é propriamente uma “deficiência” do modelo universalista proposto pelo SUS. Na realidade, o seu sucateamento nada tem de desprezioso ou oriundo de uma má gestão, mas de uma série de ações positivas do Estado no sentido de desmanchá-lo e, uma vez aceita a tese da sua inderrogável falência, oferecer, no lugar da universalidade, integralidade e gratuidade no acesso às ações em saúde, planos privados a preços módicos, como será visto adiante.

Passados 27 anos da criação do SUS sem que nenhuma política pública destinada a reaver tais recursos públicos, legitimamente surrupitados pelo subsistema privado de saúde, tenha sido levada a termo, leva à necessária conclusão que, mesmo diante de uma Constituição Federal que apregoa a igualdade e a dignidade humana como valores supremos da sociedade brasileira, os interesses econômicos da nossa elite, ávida pela manutenção dos seus seculares privilégios, ainda sobejam sobre as necessidades mais simples do restante da população, como o acesso aos serviços de saúde.

3.1.2 O Retrocesso que se anuncia: os últimos encaminhamentos

O cenário político brasileiro é, atualmente, dos mais conturbados, amontoando-se denúncias de corrupção, lavagem de dinheiro, investigações criminais, delações premiadas envolvendo políticos do mais alto escalão e o mais poderoso empresariado, além do processo de *impeachment* presidencial finalizado em 31 de agosto de 2016, com a cassação do mandato presidencial. A despeito disso (ou, quiçá, por conta disso) o país ainda enfrenta importante crise econômica e, como de costume, as recentes decisões e encaminhamentos políticos concentram-se na redução dos gastos sociais.

Déjà vu! Novamente o argumento da “sobrecarga” da máquina estatal com gastos sociais vem encabeçando os discursos de nossos representantes políticos, na intenção de justificar as propostas de enfrentamento da crise econômica, todas elas voltadas à redução, senão extinção, de direitos sociais, privilegiando a ordem econômica que, há décadas, responde às mesmas premissas: encolhimento da participação do Estado na promoção de políticas públicas, mediante o desaparelhamento da Administração Pública e a consequente privatização dos serviços públicos, os quais devem (riam) ser destinados apenas àqueles que mais nada têm, nem mesmo a sua própria dignidade.

A experiência nacional, contudo, parece ser irrelevante. Em 07 de março pp, o Ministério da Saúde, liderado pelo engenheiro civil Ricardo Barros, encaminhou à Agência

Nacional de Saúde Suplementar (ANS),^{217 218} proposta de criação de “Planos de Saúde Acessíveis” que consiste, fundamentalmente, no pagamento pela prestação de serviços de saúde, hoje públicos e gratuitos²¹⁹.

Somos expectadores do mesmo filme. Quando se trata de retomar o crescimento econômico, logo se arruma uma crise qualquer para justificar a pretendida recessão que, no Brasil, invariavelmente recai sobre os direitos sociais, os quais tachados de sobrecarregar o Estado e impedir o desenvolvimento econômico. As consequências, como já é sabido, são suportadas apenas pela parcela da sociedade que já luta pelo acesso aos direitos de cidadania, como saúde, educação, habitação, alimentação e renda, exatamente aqueles que sofrerão os cortes e deixaram à míngua boa parte desse contingente.

Ora, não foi à toa que o Brasil, por meio da Constituição “Cidadã”, parafraseando Ulisses Guimarães, propôs-se a um modelo de saúde pública universal e integral. Era sua intenção prestar assistência médica indistintamente, a todos os brasileiros que dela necessitassem, independente de renda, cor, raça, sexo ou qualquer outro parâmetro que pudesse, minimamente, ocasionar tratamento diferenciado. Ruim ou bom, ainda é possível contar com um sistema de saúde público que atende a todos, gratuitamente, e acatar a imposição de qualquer pagamento pelos serviços prestados pelo SUS, é transformar um direito de cidadania em produto para consumo.

De cidadãos a consumidores, e essa mudança é muito mais profunda que a mera diferença semântica, pois representa a perda de um direito social fundamental, o qual subsumido às regras da oferta e da procura, colocando à margem da cidadania milhões de brasileiros que certamente ficarão sem acesso a muitos procedimentos de saúde. Ou, alguém imagina que tais planos básicos cobrirão procedimentos de alta complexidade, transplantes,

217Em agosto de 2016 foi publicada a Portaria MS 1482/2016, autorizando a criação de um grupo de trabalho, composto por representantes do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e da Confederação Nacional das Empresas e Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNSeg), a fim de elaborarem o projeto do plano de saúde em questão. Não compõe o grupo, de forma obrigatória, representantes dos movimentos sociais, os profissionais da área da saúde, bem como o próprio Conselho Nacional de Saúde.

218Brasil. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria nº 1482 de 4 de agosto de 2016. Institui Grupo de Trabalho para discutir projeto de Plano de Saúde Acessível. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 05 ago. 2016, Seção 1:26.

219Informação obtida junto à página oficial da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC) do Ministério Público Federal. Disponível para consulta em, <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/informativos/edicoes-2017/marco/270317/>, acesso em 25/09/2017.

dispensação de medicamentos, cirurgias, exames mais específicos, entre tantos outros serviços que o SUS, gratuitamente já disponibiliza à população? Ainda que se argumente que não haverá perdas de serviços ofertados no âmbito do SUS, a história Pátria, afeiçoada, na sua maioria, a episódios de retração dos direitos sociais, não nos permite outra conclusão: estamos a passos largos da completa privatização e quem não pagar a conta ficará na porta do hospital. Exatamente como ocorre em países de economia marcadamente liberal, como os Estados Unidos, refratário ao sistema público universal.

Ademais disso, é preciso considerar que a lógica do SUS é diversa dos planos privados. Enquanto esses atuam de forma segmentada, exatamente porque dependem do pagamento para executarem o atendimento, onde o paciente, depois de efetuar o pagamento, terá acesso exclusivamente ao serviço que necessita, o SUS constitui-se num sistema, numa rede de atendimento organizada, hierárquica e complementar, com atuação em prevenção de doenças, conscientização da população, acompanhamento por médico da família, enfim, políticas orientadoras articuladas e voltadas à promoção da qualidade de vida da população, pois são indiscutíveis os resultados positivos, inclusive com redução de custos para o Estado, decorrente da diminuição de internações e fornecimento de medicamentos, que se alcança, por exemplo, com a Atenção Primária à Saúde. Tal, não se vê, contudo, na lógica dos planos privados, pois paga-se pelo que se consome.

Nesse sentido, o parecer do Grupo de Trabalho em Saúde, da PFDC/Ministério Público Federal, em Nota Técnica enviada ao Ministério da Saúde, para quem a “dissociação da atenção à saúde em componentes, quaisquer que sejam, ambulatorial e hospitalar, primária, secundária ou terciária, preventiva ou curativa, etc, sem a perspectiva integralizadora sistêmica, fragmenta, fragiliza e desfigura o desenho constitucional do SUS, comprometendo o modelo de atenção à saúde nele inscrito.”²²⁰

Enquanto essa medida é, ainda, apenas uma proposta de redução do SUS, esse sistema, em breve, sentirá as trágicas consequências de outra investida, já concretizada. Trata-se da Proposta de Emenda Constitucional nº 241, conhecida como a “PEC dos gastos públicos”, a qual foi aprovada pelo Congresso Nacional e transformada na Emenda Constitucional nº 95/2016.

²²⁰Nota Técnica 03/2017, de 27 de março de 2017. Disponível em <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude/sus/nota-tecnica-3-2017-pfdc-mpf>, Acessado em 25 de maio de 2017.

Referida PEC, agora já EC 95/2016, altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal, estabelecendo, através dos artigos 101 a 105, um teto orçamentário definido pela inflação do período. Ou seja, durante os próximos 20 anos, o orçamento da pasta da saúde será acrescido apenas da variação inflacionária (IPCA) sobre o valor de 2016, retirando a autonomia da sociedade e do próprio Congresso Nacional de ajustar o gasto público às dimensões de suas prioridades e estratégias de desenvolvimento econômico e social, bem como a progressividade dos direitos sociais que, enquadrados e limitados a um teto fixo, ficam impedidos de expandir e ampliar o acesso.

Se o conhecido subfinanciamento da saúde, em que os gastos totais com políticas públicas de saúde coloca o Brasil no vergonhoso patamar de um dos países que menos investe em saúde pública, já consistia num dos principais obstáculos à eficácia do Sistema Único de Saúde, certamente o congelamento dos gastos em saúde, proposto pela PEC 241, levará a uma redução das já diminutas ações nessa área, além de inviabilizar o atendimento a novas demandas, violando os princípios da universalidade e integralidade, na medida em que o acesso e os serviços só darão para alguns poucos.

Veja-se, a propósito, os seguintes trechos colhidos da Carta Aberta publicada pela Fiocruz²²¹:

A proposição da PEC 241, em particular, parte do pressuposto de que os atuais problemas econômicos são decorrentes do excesso de gastos públicos com a sociedade. Com esse diagnóstico, cria-se um clima alarmista que justificaria a contenção de programas sociais e iniciativas redistributivas das últimas décadas, responsáveis pela redução, ainda que limitada, da enorme desigualdade social que a sociedade brasileira ainda enfrenta.

O envio ao Congresso Nacional da PEC 241/2016, instituindo o chamado Novo Regime Fiscal, representa e consolida a tese de que a forma exclusiva de enfrentar a crise fiscal é o corte de gastos sociais e, portanto, a restrição de direitos, mantendo ao mesmo tempo intocado o questionamento sobre a dívida pública e seu regime de juros que representam, estes sim, a razão maior do comprometimento do orçamento da União.(...)

Hoje a literatura e as experiências internacionais apresentam evidências do fracasso das medidas de restrição de gasto público ou austeridade fiscal como estratégia de enfrentamento da crise e retomada do crescimento. Pelo contrário, cada vez mais são conhecidas experiências em que o reforço dos sistemas de proteção social gera maior rapidez na superação da crise, na retomada do crescimento e no combate ao desemprego.”

No texto, a Fiocruz destaca a simulação elaborada por técnicos do IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, para o caso da saúde, traçando um comparativo entre o que

221PORTAL FIOCRUZ. Disponível em <https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/fiocruz-divulga-carta-pec-241-e-os-impactos-sobre-direitos-sociais-saude-e-vida> Acessado em 25 de set. de 2017.

previa anteriormente, a Emenda Constitucional n. 29/00, ou a progressividade de percentuais sobre a Receita Corrente Líquida (RCL), vigente a partir deste ano, e o que prevê a PEC 241.

Eis o resultado:

a) caso essa PEC houvesse sido aplicada a partir de 2003, até o ano de 2015 teria havido uma perda de 42,1% dos recursos efetivamente aplicados no período, correspondendo a uma subtração equivalente a 257 bilhões de reais; b) sendo implementada a partir de 2017 e considerando 20 anos à frente, apontam perdas entre 654 bilhões e 1 trilhão de reais, dependendo do comportamento das variáveis PIB e RCL.²²²

Assim, as alternativas propostas pelo governo para equilibrar as suas contas e enfrentar a crise financeira é velha conhecida dos brasileiros: corte dos gastos com o social, venda do patrimônio público (privatização), metas inflacionárias e abertura do mercado para o capital estrangeiro. Tal política de austeridade fiscal, contudo, omite as trágicas consequências da contenção de gastos sociais que, no caso da saúde, certamente refletirá no retrocesso dos indicadores de melhoria da qualidade de vida, que se levou décadas para alcançar.

Como contributo a esse trabalho, mostra-se interessante o estudo realizado por David Struckler e Sanjai Basu²²³, relativamente às evidências na saúde da população decorrentes de distintas intervenções – investimento social e austeridade. Em sua obra “Economia Desumana: porque mata a austeridade”, demonstram, por meio de uma compilação de evidências irrefutáveis, que as políticas de austeridade são responsáveis por um desastre à saúde das populações, além de resultarem em consequências econômicas desastrosas, colocando em risco a possibilidade de uma expansão duradoura.

Tomando como exemplo a crise financeira que enfrentou a Grécia e a Islândia a partir de 2008, países que adotaram caminhos distintos no combate à recessão, os autores analisaram as evidências decorrentes das posturas de cada qual. Enquanto a Grécia adotou a política de austeridade imposta pelo FMI, reduzindo gastos com a saúde e o setor social em geral, amargou significativo aumento nas taxas de mortalidade infantil, de suicídio, colapso na prevenção contra o HIV que estaria transformando a Grécia num epicentro de disseminação do vírus, além do aumento da população sem teto (*homeless*). Já a Islândia, após a realização

222Idem.

223Resenha disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001108001&lng=en&nrm=iso, acesso em 25 de set. de 2017.

de um plebiscito, optou por não aderir às imposições internacionais, incrementando os gastos com políticas de proteção social e com o suporte de proteção aos pobres. Como resultado, não houve redução no acesso aos serviços de saúde, bem como obteve considerável crescimento econômico, além de ter ingressado para o *World Happiness Report* - indicadores de felicidade que guardam grande relação com a proteção social. Segundo os autores, manter ou até mesmo aumentar o gasto com saúde contribui para o país voltar a crescer mais rapidamente e de forma mais duradoura.

Diante das experiências e da própria história Pátria, a inquietude faz-se presente: se o Estado brasileiro assumidamente alega que lhe faltam recursos para manter a estrutura do SUS, por quais razões ainda abre mão de receber vultuosas quantias em decorrência da renúncia fiscal, bem como do ressarcimento previsto em lei?; por que mantém o custeio parcial de planos de saúde aos funcionários públicos?; por que sustenta o atendimento pelos planos privados no âmbito dos hospitais públicos e ainda financia a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), agência reguladora das operadoras de planos de saúde?

Que direito à saúde se está a falar, quando as escolhas políticas se direcionam à subjugação do público ao privado, à prevalência dos interesses próprios de poder e posse da nossa eterna oligarquia, hoje disfarçada na figura dos “representantes do povo” (que dessa alcunha restam apenas os seus discursos vazios), impondo aos usuários do SUS a dura realidade de espera e sofrimento? Quais eram mesmo os princípios balizadores de uma política pública de saúde que se coadunasse com a democracia e com a dignidade, esquecidos nos escaninhos daqueles que legitimamente deveriam pô-los em prática? Que independência, autonomia, igualdade, solidariedade está sendo construída a partir dessas políticas públicas desarticuladas, focalizadas e reducionistas? Que condições tem de progredir esses seres humanos que, doentes e desassistidos, já resignados pela espera sem-fim por qualquer direito, enxergam-se sem esperança?

Lembrando as colocações de Píson: “Pero es que estoy convencido de que sin una mínima igualdad material, sin unas mínimas posibilidad de acceso a educación, salud, alimento, etc, no es posible el ejercicio de la libertad individual”²²⁴, é possível afirmar, sem embargo, que as políticas de proteção social intentadas no Brasil, dentre as quais o SUS, estão muito distantes de alcançar a justiça social, em matéria de saúde pública.

²²⁴PÍSON, J.M. apud COUTO, Berenice Rojas. **O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação possível?** 4ed. São Paulo: Cortez, 2010, p. 51.

Se é certo que as investidas políticas em franca oposição aos princípios constitucionais norteadores do sistema público de saúde adotado no Brasil, afastam-se, a cada dia, da plena realização do direito à saúde, também é certo, por outro ângulo, que o modelo biomédico adotado pelo SUS, calcado em práticas como a medicalização excessiva, a desumanização da medicina e a obstinação terapêutica, contribui para a sua insustentabilidade financeira, tendo em vista o alto custo suportado pelo sistema em decorrência dessas práticas, além de fomentar o crescimento da indústria médica e a dependência nacional da indústria farmacêutica estrangeira. Além disso, longe encontra-se de proporcionar a qualidade de vida desejada, conquanto atrelado a uma prática médica meramente curativa e individualista, indiferente a uma gama de cuidados outros que integram o paciente e contribuem para o seu bem-estar. Urge uma guinada no modelo biomédico atual, e a bioética pode ser um caminho.

3.2 Contribuições da Bioética: melhoria para o SUS e para a saúde

Nos idos da década de 1960, uma série de acontecimentos, como o primeiro transplante de coração realizado em 1967, nos Estados Unidos, o avanço das técnicas de reprodução assistida e a manutenção da vida ligada a aparelhos, entre outros, punham em pauta discussões como experimentação com seres humanos, definição de morte e vida, exigindo dos médicos fossem consideradas questões atinentes à ética, e não mais apenas o seu conhecimento científico.

Assim, em 1970, o médico oncologista Van R. Potter cunha o neologismo “bioética”, usando-o, pela primeira vez no seu artigo intitulado “*Bioethics, Science of survival*” e, no ano seguinte, no livro “*Bioethics, bridge to the future*” – Bioética, ponte para o futuro, para quem a bioética

seria uma disciplina necessária para construir uma ponte entre a ciência e as humanidades, especificamente entre as ciências biológicas e sociais e a ética. Uma ponte que uniria os valores éticos aos fatos biológicos, uma ponte necessária em virtude das possíveis consequências desfavoráveis aportadas pelo desenvolvimento biotecnológico sobre a espécie humana e o meio ambiente, como a excessiva poluição e a degradação ambiental.”²²⁵

225FORTES, Paulo Antonio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes Pavone. Bioética e Saúde Pública: entre o individual e o coletivo. In: FORTES, Paulo Antonio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes Pavone. **Bioética e Saúde pública**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2003, p. 12.

Isso porque, a concepção moderna de ciência preservou, ao longo dos séculos, a disjunção entre ética e ciência. Pautada em um postulado de objetividade e racionalidade, com base no domínio das ciências naturais sobre as ciências sociais, a ciência moderna desconsiderava os elementos que não pertenciam ao saber e à prática estritamente científicos, ocasionando um distanciamento entre fato e valor e tornando irrelevante o questionamento acerca do sentido e da finalidade do progresso, dos conhecimentos adquiridos e do seu uso.²²⁶

No entanto, se por um lado os novos avanços científicos e tecnológicos vêm tornando possível o desenvolvimento de novos medicamentos, tratamentos, instrumentos e procedimentos médicos, cujos benefícios à saúde já se fazem sentir, como o alívio da dor, a superação da infertilidade e melhora na qualidade e expectativa de vida, não se pode ignorar, por outro lado, que tais avanços na ciência biomédica trazem consigo uma série de consequências às múltiplas esferas da vida²²⁷, tornando fundamental a reflexão ética acerca das vantagens e dos riscos dos novos conhecimentos, a conformar a ciência com uma noção de responsabilidade. E a essa ciência que acolhe a reflexão ética, Edgar Morin definiu de *ciência com consciência*:

Nessa evolução [da ciência], é preciso que ela comporte o autoconhecimento, ou melhor ainda, a autoconsciência. [...] Precisamos do desenvolvimento de uma sociologia da ciência, precisamos colocar para nós mesmos problemáticas éticas levantadas pelo desenvolvimento incontrolado da ciência, em resumo, devemos interrogar a ciência na sua história, no seu desenvolvimento, no seu devir, sob todos os ângulos possíveis. (...) A ciência é um processo sério demais para ser deixado só nas mãos dos cientistas.²²⁸

Assim, acompanhando o modelo político e econômico típico estadunidense, de recorte marcadamente liberal, com ênfase no livre mercado e no individualismo, institucionalizava-se uma bioética também individualista, restrita à prática da ética médica,

226MULLER, Leticia Ludwig. Esperança e Responsabilidade: os rumos da bioética e do direito diante do progresso da ciência. In: COSTA, Judith; MULLER, Leticia Ludwig. **Bioética e Responsabilidade**. Rio de Janeiro: Forense, p. 27.

227Boaventura de Sousa Santos, em 1985 abria “Um discurso sobre as ciências”, onde expressava um sentimento de desconforto com os tempos atuais, onde as promessas do futuro que ao mesmo tempo prometem uma sociedade liberta de suas carências, parecem prenunciar grandes perigos, como catástrofes ambientais, guerras nucleares. (SANTOS, Boaventura apud MÜLLER, Leticia Ludwig. Esperança e Responsabilidade: os rumos da bioética. In: COSTA, Judith; MÜLLER, Leticia (orgs.). **Bioética e Responsabilidade**. Rio de Janeiro: Forense, p. 26.)

228MORIN, Edgar. **Ciência com Consciência**. Trad. de Maria D. Alexandre e Maria Alice de Sampaio Doria. 16 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014, p. 130-133.

enquanto focada apenas nas relações entre profissionais e usuários dos serviços de saúde. Ou seja, a bioética principialista norte-americana²²⁹, como ficou conhecida, privilegiava o princípio da autonomia do paciente, traduzido, no mais das vezes, por meio do livre convencimento informado, dedicando-se apenas aos desdobramentos decorrentes de áreas que exigiam alguma decisão a respeito da vida, da morte ou do tratamento a que seria submetido o paciente.

Longe da ética da vida (*bios*=vida, *ethos*=ética), a “microética” americana, para usar a expressão cunhada por Leo Pessini, limitava-se à ética clínica.

Todavia, em 1990 surgem diversas iniciativas de crítica à excessiva ênfase à prevalência das concepções individualistas norte-americanas e à quase exclusiva atenção dada às questões relacionadas às tecnologias e às chamadas situações-limite, as quais foram apercebidas, no contexto latino-americano, como insuficientes para responder às inquietudes dos problemas reais enfrentados nesse continente de considerável exclusão social, onde convivem, lado a lado, grandes centros hospitalares de atendimento de última geração, com postos de saúde incapazes de prestar o atendimento básico.²³⁰

Desse modo, o paradigma bioético norte-americano não supria as necessidades coletivas dos países periféricos, atinentes às abismais diferenças na qualidade de vida entre seus cidadãos, fazendo-se premente dedicar-se, antes e prioritariamente, a questões como a universalidade no acesso aos serviços de saúde e distribuição dos escassos recursos, privilegiando a justiça sanitária. A bioética que se gestava na América Latina, portanto, não podia simplesmente ser um reflexo da bioética norte-americana, totalmente alheia às necessidades de seus países, ganhando, tão logo entrou em contato com a cultura local, seus próprios contornos, exatamente como refere Leo Pessini:

A bioética elaborada no mundo desenvolvido na maioria das vezes ignorou as questões básicas que milhões de excluídos enfrentam nesse continente e enfocou outras que para eles são marginais ou simplesmente não existem. Por exemplo, fala-se muito em morrer com dignidade no mundo desenvolvido. Aqui, somos impelidos a proclamar a dignidade humana que garanta primeiramente um

229A bioética nos Estados Unidos assenta-se sobre quatro princípios: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça, com especial ênfase ao princípio que resguarda a autonomia da vontade do paciente, inclusive quando em pauta noções de coletividade e bem comum.

230PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian. **Problemas Atuais de Bioética**. 11 ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2014, p. 13.

viver com dignidade e não simplesmente uma sobrevivência aviltante, antes que um morrer digno. [...] Um sobreviver sofrido garantiria a dignidade no adeus à vida?²³¹

Assim, os problemas bioéticos mais importantes na América Latina são os que se relacionam com a justiça, a equidade e a alocação de recursos na área da saúde, de modo que, ao princípio da autonomia, tão importante na perspectiva norte-americana, deveria justapor-se o princípio de justiça, equidade e solidariedade. Como se vê, a bioética por aqui voltou-se para as questões relacionadas à coletividade, como desigualdades sociais, equidade, alocação de recursos, pobreza, políticas sanitárias, justiça distributiva e saúde pública, pois, nas palavras de Leo Pessini, “na América Latina, a bioética tem o encontro obrigatório com a pobreza e a exclusão social.”²³²

Tendo no horizonte a realização da justiça sanitária, onde o acesso às mínimas condições para uma vida saudável é a todos garantido, proporcionando-lhes a busca constante pela realização do “completo estado de bem-estar físico, mental e social” é que a bioética assume papel de destaque, particularmente no que tange à mudança do paradigma biomédico vigente, o qual afeito a uma prática médica cara e pouco eficaz, colocando em risco, a um só tempo, a saúde financeira do SUS e a saúde da população.

Assim, passa-se a observar, acompanhando Maria Cláudia Brauner,

a necessidade de abandono dos velhos paradigmas arraigados ao conceito de saúde, tanto na esfera diretamente política e social, bem como na esfera individual, baseada no modelo biomédico, estruturado sob a égide de uma concepção reducionista, estritamente biológica e mecanicista, sobretudo medicalizadora e individualista. Tal tendência vem sendo cada vez mais criticada, para reconhecer a necessidade de uma política de saúde mais abrangente, atuante sobre os determinantes sociais de saúde.²³³

E os primeiros passos para transpô-lo dizem, necessariamente, com a humanização da medicina, a desmedicalização da vida, a redução dos excessos e desperdícios na promoção da saúde e a incorporação de práticas integrativas e preventivas, elevando também a qualidade de vida da população como um todo, e não apenas individualmente.

231Ibidem, p. 74

232Ibidem, p. 70.

233BRAUNER, Maria Cláudia; FURLAN, Karina. O Crescente Processo de Medicalização da Vida: a judicialização da saúde. In: SERAU, Marco Aurélio; BRAUNER, Maria Cláudia; COSTA, José Ricardo Caetano. **Direito e Saúde: construindo a Justiça Social**. São Paulo: LTr, 2016, p. 47.

Nesse contexto, como alerta Maria Cláudia Brauner, é importante que o instrumento político-jurídico acompanhe a evolução da ciência a fim de que os direitos fundamentais estejam garantidos e concentrados, antes de tudo, na dignidade da pessoa humana; recorrendo-se à disciplina do Biodireito, como regulador das condutas relacionadas aos temas referentes às intervenções da Ciência na vida e na saúde humana.²³⁴

3.2.1 A desumanização da medicina e a coisificação do paciente

Fala-se em humanização da medicina como o resgate da arte de curar, hoje ofuscada pelo deslumbramento do parque tecnológico ao qual se vê atrelada a prática médica, desconsiderando o paciente em sua integralidade, desdenhando, não raro, de seu sofrimento, seus medos, suas angustias, seu meio social, suas relações pessoais, isolando-o em meio às dúvidas sobre o incerto das doenças.

Jean Bernard, ao se referir à ciência médica, afirma que “a medicina mudou mais nos últimos 50 anos que nos 50 séculos precedentes.”²³⁵ Como consequência desse encadeamento de novos conhecimentos científicos e instrumentais técnicos, passamos de uma medicina menos humana e mais científica, onde impera a adoração da técnica e a desagregação da relação médico-paciente.

Os feitos da tecnociência são notória e abundantemente proclamados pela mídia, e até mesmo endeusados. Deparamo-nos, diuturnamente com ambientes tecnicamente perfeitos, mas sem alma e ternura humana. A pessoa, vulnerabilizada pela doença, deixou de ser o centro das atenções e foi instrumentalizada em função de um determinado fim. Esqueceu-se de que, se as coisas têm preço e podem ser trocadas, alteradas e comercializadas, as pessoas tem *dignidade* e clamam por respeito. A manipulação se faz presente sutilmente e rouba aquilo que é mais precioso à vida do ser humano: a sua dignidade. Entramos num círculo vicioso de sacralização das coisas e coisificação das pessoas, inversão cruel dos valores.²³⁶

Assim, o progresso científico na área da saúde, no intuito de aprofundar o estudo e o tratamento das partes do organismo de forma compartimentada, acabou construindo um

234BRAUNER, M. C. C.; THOMASI, T. Z. Terapia celular humana: bioética, justiça e responsabilidade social na saúde. In: BRAUNER, M. C. C. **Ensaio de biodireito: respeito à vida e aos imperativos da pesquisa científica**. Pelotas: Delfos, 2009. p. 191-210.

235Ibidem, p. 219.

236PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004, p. 02.

modelo biomédico que despreza a relação médico-paciente e os aspectos subjetivos da individualidade enferma, tornando a medicina mecanicista, desumanizada e fragmentada na atenção ao paciente. Para o modelo biomédico vigente, o paciente transformou-se num mero objeto de estudo, individualmente considerado, com suas partes do corpo fragmentadas e isoladamente tratadas, como se o ser humano encerrasse apenas a dimensão biológica, a qual objetiva e tecnicamente tratável (ou não), por algum renomado médico especialista. Todas as demais dimensões que compõe o ser humano, como a psíquica, a emocional, a social e mesmo a espiritual são desprezadas no âmbito da medicina curativa.

E essa desumanização da prática médica, onde assenta-se o atual modelo biomédico, pode ser traduzida, por exemplo, na ausência de comunicação mais profunda entre o médico e o paciente, a qual se dá, na maioria das vezes, apenas unilateralmente, onde o médico limita a sua conversa a prestar informações sobre o estado de saúde do paciente, sem dele nada ouvir, acarretando inúmeros problemas que prejudicam o própria profilaxia, ou o tratamento, como a incapacidade de o médico compreender o sofrimento, os sintomas e as necessidades expressadas pelos pacientes, bem como a falta de compreensão também por parte dos pacientes daquilo que lhes está sendo informado (muitas vezes de forma rápida, técnica e em poucas palavras) e a recorrente não adesão ao tratamento proposto, dada a falta de relação e confiança para com o médico.

No entanto, como bem coloca Gadamer, o tratamento médico ultrapassa as modernas tecnologias, mas exige um ouvido sensível e um olhar observador e cuidador.²³⁷

Assim, um cuidado adequado ao doente procurará garantir ao paciente:

Seja mantido livre da dor tanto quanto possível, de forma que o momento final seja marcado pela dignidade; b) receberá cuidados continuados e não será abandonado ou perderá sua identidade pessoal; c) terá tanto controle quanto possível em relação a decisões relacionadas com o seu tratamento, e permissão de recusar as intervenções terapêuticas que prolongam somente o processo do morrer; d) será ouvido como pessoa nos seus medos, pensamentos, sentimentos, valores e esperanças; e) terá a opção de morrer onde desejar.²³⁸

Imbricado com a noção de humanização da prática médica, dentre outros, encontram-se os cuidados paliativos, onde, diante de um diagnóstico irreversível, da impotência da

237GADAMER, H.J. **O Caráter Oculto da Saúde**. Petrópolis: Vozes, 2006, p.

238PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. Op.cit., p.27.

medicina, curar não é mais o objetivo, mas apenas cuidar do paciente e da família, diminuindo-lhes o sofrimento, típico dos processos de prolongamento da vida, restaurando a dignidade e auxiliando no processo de conviver com a doença incurável e com o processo do morrer.

Esse cuidado ativo ao paciente, cuja enfermidade revela-se difícil, exige considerável conhecimento sobre a condição humana, onde atributos como humildade, paciência, dedicação e atenção fazem-se indispensáveis, como bem conclui Marie Mccoughlan:

Para além da competência técnica profissional, nada e ninguém substitui a pessoa humana como fonte e fator de cura para o doente. Nesta direção, como apontado ao considerar a definição de cuidados paliativos da OMS, torna-se imprescindível o cultivo de três elementos fundamentais no cuidado: a compaixão, a humildade e a honestidade, em contexto e visão multidisciplinares.²³⁹

Assim, a compreensão ética e não apenas técnica do sofrimento humano auxilia à pessoa fragilizada que enfrente positivamente os desafios da sua doença/condição, pois talvez o remédio mais eficaz em termos de cura seja justamente a qualidade do relacionamento mantido entre o paciente, sua família e seus cuidadores.

Sob outro viés, a desumanização da saúde, entendida como a instrumentalização do paciente, mero ser biológico desconectado das perspectivas sociais e emocionais que o completam como um *ser* humano, também contribui para a *mercantilização* da saúde.

É que, seduzidos - médicos e pacientes - pelos avanços da tecnociência, neles depositam todas as suas esperanças de tratamento e cura, desprezando as demais dimensões (emocionais, sociais) que compõe o ser humano, tornando-se, enfim, verdadeiros “compradores/consumidores” do “produto” saúde. Com isso, fortalece-se a indústria médica, com todas as suas falsas premissas e promessas, nas quais, quanto mais caro e raro o médico, mais competente será; quanto mais exames, melhor o diagnóstico; medicamentos importados são melhores que aqueles aqui produzidos e/ou comercializados; e quanto mais remédios, melhor. Nessa esteira, para o modelo biomédico de hoje, prevenção e cuidados com a vida saudável, práticas integrativas e desmedicalização da vida soam como verdadeiros alvites diante do sonho da cura vendido pela indústria médica, guardado em uma tecnologia qualquer, recém descoberta.

239PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. Op.cit., p.180.

Tantos excessos demonstram a enorme dependência da prática médica às tecnologias, onde o mais simples diagnóstico não é alcançado sem que antes tenham sido realizados um rosário de exames, encarecendo o sistema público de saúde, dada a demanda - em boa medida desnecessária -, além de causar enorme prejuízo aos próprios usuários do SUS que, na lógica de seus princípios organizativos, especialmente a unicidade, mantém, por exemplo, em uma mesma fila de espera para a realização de tomografias, pacientes jovens e saudáveis com cefaleia e idosos perdendo peso a olhos vistos. Não raro, tal espera dura anos e, também não raro, perde-se pacientes nesse período.

Embora ainda muito distante de uma medicina mais humana e menos científica, dado o potencial econômico decorrente desse novo campo de fazer riquezas - a indústria médica, alguns exemplos de uma prática médica menos mercadológica e mais humanista ganham destaque e dão esperança àqueles que ainda esperam pela realização do seu direito à saúde, como é o caso da política “*HumanizaSUS*” e do Programa Mais Médicos.

O primeiro, reflete uma Política Nacional de Humanização, lançada em 2003 pelo Ministério da Saúde e que busca uma inovação na promoção da saúde, calcada em alguns princípios como a *transversalidade* (através da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas); *indissociabilidade entre atenção e gestão* (onde trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva) e *protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos* (pois qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens).²⁴⁰

O segundo (Programa Mais Médicos) foi criado em 2013, pelo Ministério da Saúde, a fim de ampliar a quantidade de médicos dedicados ao SUS, especialmente nas regiões periféricas e em grande risco social, que não contam com estruturas de atendimento suficientes e que amargam grande *déficit* de profissionais médicos.²⁴¹ Um estudo realizado por sociólogos e psicólogos vinculados à Universidade Estadual do Ceará e Universidade de

240Informações constantes na página eletrônica da Rede HumanizaSUS, disponível em <http://redehumanizaus.net/politica-nacional-de-humanizacao/> acesso em 30 de set. de 2017.

241Disponível em <http://maismedicos.gov.br/conheca-programa> Acessado em 30 de set. de 2017.

Fortaleza²⁴² avaliou o programa sob a perspectiva da qualidade do atendimento prestado pelos médicos estrangeiros²⁴³ da primeira turma que aportou no Estado.

Como o tema é extenso e controverso, não está em pauta analisar o programa em si, sua (in) dispensabilidade, as críticas e os embates travados entre o governo e as representações de classe, mas tão somente revelar o viés humanista presente na atuação desses profissionais, motivo pelo qual seguem trechos da fala de alguns dos entrevistados pelos autores do estudo²⁴⁴:

Tinha médico, mas a ficha acabava logo e eu trabalhava até as seis horas, aí não tinha tempo de me tratar. Só quando eu tava muito ruim eu faltava no trabalho. Mas eu era atendido. Só que esse médico é melhor porque ele é mais amigo da gente. Eu não tenho vergonha dele.

O doutor conversa com a gente. E eu fico boa com os remédios que ele me dá. Ele é muito engraçado. Ele fala diferente, mas é bonito. Eu gosto dele. O povo aqui tudo gosta dele... Ele pergunta o que a gente comeu, o que a gente faz, se tá dormindo.

É tudo diferente. O outro médico ele acertava as minhas doenças também. Mas esse aqui parece que ele gosta mais de mim. Tem um dia que eu cheguei aqui toda cheia de coceira[...]. Aí eu cheguei aqui toda me coçando, toda papocada de ferida e ele olhou, pegou e conversou. Mas ele pegou e disse que era uma alergia. Aí eu achei bom porque pegou e viu o que era...ele pega na gente, ele gosta da gente.

Essa diferença no tratamento e na proximidade entre paciente e médico deve-se muito ao fato de que o modelo de saúde em Cuba é voltado para a atenção básica, com foco na qualidade de vida, na promoção e na prevenção. Esses profissionais, diferentemente dos brasileiros, são preparados, desde a graduação, para atuar como generalistas na medicina de família, além de terem participado de um programa de educação permanente, em que são acompanhados desde a residência e ao longo da atuação profissional.²⁴⁵

242O estudo deu origem ao artigo intitulado “**Médicos estrangeiros no Brasil: a arte do saber, olhar, escutar e tocar.**”, de autoria de João Bosco Feitosa dos Santos, Regina Heloisa Mattei, Maria das Graças Lessa, Ana Laís Maia e Emanoella Pessoa, Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n4/1984-0470-sausoc-25-04-01003.pdf> Acessado em 30 de set. de 2017.

243Os profissionais cubanos fazem parte de um regime de contratação diferenciado. Enquanto os venezuelanos, espanhóis, argentinos se inscreveram voluntariamente no programa, os cubanos atuam como prestadores de serviços de um pacote oferecido pelo governo de Cuba ao Ministério da Saúde, sob intermediação da OPAS e da OMS. Ibidem, p. 6.

244Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n4/1984-0470-sausoc-25-04-01003.pdf> Acessado em 30 de set. de 2017.

245Ibidem, p. 10.

Os dados obtidos pelo estudo em questão, levando em conta os atendimentos ocorridos no Ceará, no período de 2013 a 2014, com a primeira turma do Programa Mais Médicos, corroboram o benefício ao SUS e à saúde das pessoas, a partir da humanização da prática médica. Como exemplo, a redução em 18,2% de encaminhamentos de pacientes para hospitais; aumento de 39% no número de consultas na atenção básica e 11% para pré-natal.²⁴⁶

3.2.2 A Medicalização da Vida: somos tão doentes?

A indústria farmacêutica já há muito vem sendo considerada um grande negócio e, como toda empresa privada, visa o lucro acima de qualquer coisa, inclusive da saúde dos pacientes/consumidores de remédios. E vem dando certo, pois só em 2016 o mercado mundial do setor movimentou R\$ 85,35 bilhões.²⁴⁷

E nesse assunto, o Brasil é uma potência, ocupando a oitava posição no *ranking* mundial de mercado consumidor de remédios, com projeção para alcançar o quinto lugar em 2021.²⁴⁸ Alarmantes, os números continuam: segundo recomendado pela OMS (Organização Mundial de Saúde) o ideal é que se tenha um ponto de venda de fármacos (farmácia) para cada oito a dez mil habitantes, mas, no Brasil, há em média uma farmácia para cada três mil habitantes, dos quais, apenas 4% pertencem a farmacêuticos. Também recomenda a OMS a disponibilização de cerca de 300 substâncias farmacológicas básicas para tratar as doenças mais comuns nos países desenvolvidos, no entanto, no Brasil, estão disponíveis para venda cerca de 5.200 produtos, com mais de 9.200 apresentações.²⁴⁹

Longe de uma conquista a ser comemorada, o consumo excessivo de fármacos, no Brasil, também integra o paradigma biomédico em vigor, em muito relacionado à carência de informação, cultura e educação dos países periféricos, afirmando-se, sem dificuldade, indústrias que vendem sonhos, como as de medicamentos, exatamente como anunciam. Aliás, a propaganda, especialmente nesse setor, é mesmo a alma do negócio, já que os dados

²⁴⁶Ibidem, p. 08.

²⁴⁷Disponível em <https://www.interfarma.org.br/guia/guia-2017/dados-do-setor> Acessado em 28 de set. de 2017.

²⁴⁸Disponível em <https://www.interfarma.org.br/guia/guia-2017/dados-do-setor> Acessado em 28 de set. de 2017.

²⁴⁹CUSTÓDIO, Bibiana; VARGAS, Scheila Lochas. **Propaganda de Medicamento: medicamento e lucro uma associação pouco saudável.** Monografia apresentada ao Curso de Especialista em Vigilância Sanitária de Medicamentos, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz), 2005, p. 09. Disponível em http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/files/Monografia_Propaganda.pdf acessado em 30 de set. de 2017.

denotam que as indústrias de medicamentos gastam mais em publicidade do que em pesquisa.²⁵⁰

Como bem coloca Maria Cláudia Brauner, a produção de fármacos não é mais regida pelas necessidades humanas, mas pelas necessidades do mercado capitalista, que produz o consumidor antes de produzir o produto, impingindo, também nessa área da saúde, a idolatria ao consumo (mesmo sem precisar, consome-se), reduzindo a qualidade de vida e a saúde a meras oportunidades econômicas para geração de riquezas.

Há, contudo, um enorme agravante: não se está a consumir roupas, sapatos, alimentos ou eletrônicos, mas remédios, repletos de efeitos colaterais, geradores de dependência química (ainda que lícita), falsos promissários de felicidade, rápido emagrecimento, de alcance da beleza, amortecedores de dor e sofrimento (emocionais, inclusive), entre outros tantos “milagres”.

Eis, aí, o círculo vicioso da cultura da medicalização da vida, institucionalizada no Brasil: a indústria farmacêutica, ávida pelo lucro, investe montas de dinheiro na publicidade direcionada a convencer a sociedade (pacientes e médicos) de que o seu produto (remédio) resolverá toda a sorte de problemas que lhe acometem (físico, psíquico, emocional), promovendo o consumo, quase que imediato às descobertas científicas e, por conseguinte, a dependência dos usuários que, na ânsia por mais e mais novos fármacos, estimulam e alimentam os interesses dessa indústria que pouco ou nada se importa com os reais problemas de saúde da população. Uma vez doente, a pessoa torna-se paciente e, logo ali, consumidora/dependente.

A cultura da medicalização, portanto, reflete uma lógica que transforma questões de ordem social, emocional, política e cultural em “distúrbios”, “transtornos”, atribuindo ao indivíduo uma série de dificuldades que o inserem no campo das patologias, dos rótulos, das classificações psiquiátricas.

Não por menos que se vende remédio para tudo e, nas últimas décadas vem chamando a atenção a utilização de metilfenidato, droga controlada, tarja preta, e que pode provocar reações adversas, frequentes e graves, ministrada a crianças e adolescentes por médicos de várias especialidades com a finalidade de melhorar os sintomas de Transtorno de

²⁵⁰Segundo Milton Santos, um remédio teria 1% de medicina e 99% de propaganda. (SANTOS, Milton apud BRAUNER, Maria Cláudia; FURLAN, Karina. O Crescente Processo de Medicalização da Vida: a judicialização da saúde. In: SERAU, Marco Aurélio; BRAUNER, Maria Cláudia; COSTA, José Ricardo Caetano. **Direito e Saúde: construindo a Justiça Social**. São Paulo: LTr, 2016, p. 49.

Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) que teve um aumento de 700 mil caixas vendidas em 2000 para 2 milhões de caixas em 2010. O público alvo são crianças e adolescentes que apresentam dificuldades de leitura, de escrita, cálculo e acompanhamento dos distúrbios escolares. Ou seja, não se questiona a escola, o método ou as condições de aprendizagem e de escolarização, mas busca-se nas crianças as causas das dificuldades e, dá-se um remédio e a vida sai de cena. Atualmente o Brasil é o segundo maior consumidor mundial de metilfenidato.²⁵¹

Assim, segundo a cultura da medicalização, há uma medida para sofrer, para sorrir, para deprimir-se, para lidar com a perda de um ente querido, ou de um(a) namorado (a) na juventude, para reagir diante de algum infortúnio, como o desemprego, notas escolares baixas, a distância e a saudade, enfim, para todas as questões da vida, e em todas as esferas, boas ou más (especialmente estas) há uma medida específica, e tudo o que não se adequar ao padrão comportamental homogêneo criado pela mídia e adotado por aqueles que creem na existência de soluções mágicas, é considerado um distúrbio ou um transtorno qualquer, curado com uma pílula também qualquer. Escamoteiam-se as grandes questões sociais, afetivas, psicológicas que afligem a vida das pessoas.

E as contribuições da bioética, em busca de um novo paradigma biomédico que desmistifique a “fábrica de sonhos” vendida pela cultura da medicalização da vida, volta-se às práticas integrativas e à prevenção, como uma alternativa em direção à redução do consumo de fármacos, prejudiciais à qualidade de vida e ao SUS que, além de arcar com o gasto decorrente da compra regular de medicamentos para distribuição nos postos ou abastecimento de hospitais, suporta também as vultuosas quantias dispendidas em razão do expressivo aumento da judicialização de demandas em busca de remédios, inclusive na indústria internacional, não raro, com preços exorbitantes, em franco prejuízo à sustentabilidade das políticas públicas de saúde.

3.2.3 As práticas integrativas e a importância da educação em saúde

²⁵¹Informações extraídas da campanha “Não à Medicalização da Vida”, promovida pelo Conselho Federal de Psicologia. Disponível em https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno_AF.pdf acesso em 30 de set. de 2017.

As práticas integrativas e complementares são técnicas não biomédicas que visam à assistência e à saúde do indivíduo considerado como um todo indivisível (mente/corpo/espírito) e, contrapondo-se à lógica da medicina curativa e individualista que atualmente orienta o modelo biomédico vigente, as PIC's integram um vasto arsenal de recursos destinados à promoção da saúde sem recorrer às sofisticadas tecnologias e à comprovação científica de seus resultados, por quanto calcada na prática milenar da Medicina Tradicional, cujos métodos de cura pouco ou nada variaram ao longo de milênios, valorizando a interdisciplinaridade e a humanização da prática médica.

Como visto, o paradigma cartesiano biomédico, meramente biologista e calcado em uma medicina curativa dependente da tecnociência, vem se mostrando ineficaz no combate às doenças cotidianas que, não raro, os médicos especialistas, com sua visão e conhecimentos fragmentados não conseguem combater. Além do mais, o custo de uma medicina desse porte vem se mostrando insustentável do ponto de vista financeiro, onerando sobremaneira o SUS, sem alcançar resultados positivos em termos de bem-estar coletivo ou comum, já que, por ser cara, não consegue a todos alcançar, mantendo a prática da seletividade no acesso à saúde, imperiosa em décadas anteriores.

Entra em cena, nessa conjuntura, a Práticas Integrativas e Complementares, popularmente conhecidas como medicina alternativa, com baixo custo e resultados surpreendentes no que tange à melhoria na qualidade de vida a elas aliada. Justamente por tais atributos, é que seu crescimento vem sendo motivo de destaque no setor saúde entre a própria população, impulsiona e estimulada inclusive pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

De fato, a OMS, atenta às questões de segurança e eficácia desses métodos terapêuticos, reconhece o “enfoque holístico da vida, o equilíbrio entre mente, corpo e seu entorno, e a ênfase na saúde”²⁵² acrescentando, ainda, que a Medicina Tradicional adota amplamente a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a gestão de enfermidade como instâncias articuladas. O que reverte em benefício à qualidade de vida e ao próprio SUS, enquanto política pública integral que é.

No Brasil, desde 2006, com a implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC no SUS, através da Portaria MS nº 971 de 03 de maio de 2006, as práticas não convencionais em saúde são promovidas no âmbito da saúde

252(WHO, 2002, p. 23),

pública. Em 2017, novos procedimentos da medicina tradicional vieram integrar o rol de práticas integrativas, totalizando 19, tais como a medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, uso de plantas medicinais e fitoterapia, meditação, quiropraxia, reiki, terapia comunitária integrativa, yoga, entre outros.²⁵³

Segundo o Ministério da Saúde só em 2016, mais de 2 milhões de atendimentos das PICs foram realizados nas Unidades Básicas de Saúde de todo o país, sendo 770 mil de medicina tradicional chinesa, incluindo acupuntura, 85 mil de fitoterapia, 13 mil de homeopatia e 923 mil de outras práticas integrativas que ainda não possuíam código próprio para registro e que passaram a fazer parte do rol no início do ano. Outro fator importante foram os cursos de práticas integrativas e complementares ofertados pelo Ministério da Saúde, de 2014 a 2016, para mais de 17 mil trabalhadores de saúde no País.²⁵⁴

Em breves linhas, fazem parte desses sistemas terapêuticos, as formas simplificadas e não invasivas de tratamento, bem como o consumo de medicamentos oriundos de produtos naturais, e uma proposta ativa de promoção da saúde, onde o paciente é também sujeito participante do processo de cura.

Assim, as medicinas tradicional e complementar, além de promoverem a redução dos custos, têm se mostrado eficazes e investido na promoção da saúde e na educação em saúde, contribuindo para evitar que a doença se instale e/ou que suas consequências sejam graves. A respeito da educação em saúde, importante mencionar a participação ativa do sujeito na qualidade de vida que deseja alcançar, tornando-se responsável pelas suas ações e escolhas prejudiciais à saúde. Ou seja, cobra-se do paciente bons hábitos de vida, através da educação em saúde, promovendo o conhecimento do próprio corpo e de práticas saudáveis, como praticar exercícios, alimentação, evitar uso de bebidas alcoólicas, não fazer uso do cigarro.

Enfim, não é por falta de recursos tecnológicos, médicos e medicamentos que a sociedade vem se interessando pelas práticas integrativas como forma de recuperação da saúde, mas porque deseja afirmar uma outra identidade de cuidado oposta àquela preconizada pelo modelo biomédico preponderante, muitas vezes desumana e meramente racional. É possível que, com sensibilidade, cuidado, atenção, compaixão e humildade, vença-se essa

253Ministério da Saúde. Disponível <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/27929-ministerio-da-saude-inclui-14-novos-procedimentos-na-politica-nacional-de-praticas-integrativas> acesso em 30 de out. de 2017.

254Idem.

barreira abismal que distancia médicos de pacientes, endeusando os primeiros e subjugando estes, como incapazes de participar ativamente das decisões e escolhas que envolvem a sua própria saúde, e estabeleça-se um modelo biomédico mais humano, integral, natural e que possa promover, de fato, a saúde de e para todos.

Longe de esgotar o tema e as questões concernentes à bioética e o seu papel na saúde pública, assim como de apresentar uma solução fechada e definitiva aos problemas relacionados à eficácia do SUS, o objetivo a que se propôs alcançar, com tal abordagem, foi o de destacar algumas contribuições da bioética, através da construção de um novo modelo biomédico calcado, fundamentalmente, na humanização da prática médica, para melhorar não só a qualidade de vida, mas também do próprio SUS. Pois, se é certo que faltam recursos financeiros suficientes para afiançar a plena realização do direito à saúde, também é certo que o atual sistema biomédico contribui, determinadamente, para a derrocada do SUS. E, mais, é possível que mesmo com a aplicação dos recursos devidos e constitucionalmente previstos, pelo poder público, estes sejam insuficientes para atender plenamente o direito à saúde, se mantidos os custos da medicina curativa, individualista e biologista.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil já viveu tempos muito mais difíceis em termos de saúde pública. Foram séculos de omissão estatal e onde o acesso às ações sanitárias e assistência médica era restrito a uma minoria, tendo abandonado a maioria da população aos limites da falta de civilização, colocando-a à mercê da caridade que, desde sempre, guiou o país em termos de formulação de políticas públicas. O caminho foi longo, árduo e contou com o trabalho das mãos de milhares de brasileiros que se engajaram nessa luta, até que se alcançasse o reconhecimento do direito à saúde como essencial, fundamental ao desenvolvimento das outras capacidades inerentes ao homem, sem o qual a dignidade não integra as condições do *ser humano*.

E os avanços não foram apenas jurídico-constitucionais, muito embora a positivação assentada na Constituição Federal de 1988 seja o marco teórico dessa guinada, mas também práticos, sentidos pela população que, com a criação e estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), viu aumentar significativamente a sua qualidade de vida, com a erradicação de inúmeras doenças, elevação das condições sanitárias, implantação de programas e políticas voltadas à prevenção, como a vacinação, e ao tratamento de doenças crônicas, como o HIV-AIDS, além da ampliação do atendimento básico e de alta complexidade, como é o caso dos transplantes de órgãos, tornando-se o maior sistema de saúde público do mundo, enquanto destinado, indistintamente, a todos a que a ele acorrerem.

Foi possível perceber, a partir da trajetória de implantação desse valioso sistema de saúde pública, pelas mãos dos brasileiros, aliada ao sucesso de inúmeros de seus programas e políticas, que se trata de um modelo de saúde pública que tem enorme potencial para dar certo e realizar plenamente o tão sonhado direito universal e integral à saúde, contribuindo para a redução das iniquidades sociais, através da promoção de uma saúde pública eficaz e suficiente para a todos atender.

No entanto, o decorrer do trabalho descortinou que o sucesso do SUS, embora inegável, é fruto de heroica resistência desse sistema às empreendidas políticas que, desde a sua criação, labutam em seu desfavor. Ou seja, trata-se de uma resistência do SUS às políticas que sobejam em discursos e pronunciamentos cheios de promessas que, na prática, não passam de mera retórica, conquanto comprometidos com a realização dos interesses e

privilégios de uma elite que desde sempre norteia as escolhas do país, especialmente em termos de saúde pública.

São décadas de um completo subfinanciamento do setor saúde, de facilitações e fortalecimento das empresas e seguradoras privadas de saúde, de desmonte do patrimônio público através da sua entrega ao setor privado (terceirizado), onde ao SUS foram destinadas apenas as migalhas daquilo que deveria integrá-lo, não apenas em termos de recursos, mas de gestão, fiscalização e adoção de políticas responsáveis e comprometidas com a promoção da saúde sob o viés da universalidade e integralidade.

E não bastasse um passado de pífios investimentos na área da saúde pública, em verdadeiro descompasso ao que se pretendeu avançar nessa área, os encaminhamentos recentes estão prestes a cimentar em definitivo as bases do SUS, através da aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2017 e da proposta de substituição do SUS pela criação de planos de saúde populares. Faltam palavras para descrever o retrocesso que está por vir, especialmente porque ressuscitará o direito à saúde estratificado, com atendimentos diferenciados a depender da clientela.

Essa conjuntura, onde, por um lado, apresenta um direito à saúde como corolário de uma sociedade digna e justa, cujos resultados, quando há comprometimento político, mostram todo o potencial do SUS em realizar a justiça sanitária, por outro, adota políticas que militam em seu completo esvaziamento, leva a algumas reflexões a respeito das motivações que impulsionam o poder público a reiteradamente adotar medidas em desacordo com as necessidades mais caras de seus cidadãos.

Seria apenas a incúria e a ambição desmedida – responsável pelas trocas e os favores ilícitos? Ou uma silenciosa limpeza social, relegando à míngua de serviços de saúde a camada menos produtiva e mais dispendiosa, para usar a concepção neoliberal do individualismo e da culpa social, mostra-se como uma alternativa nem tão esdrúxula assim? Basta lembrar que há poucas décadas o país amargou um dos mais duros e longos regimes ditatoriais da América Latina, que disseminou o medo e ceifou vidas em nome desse mesmo desenvolvimento econômico que ora se impõe primordial na agenda do país. E o papel do direito, protagonista nesse caos político institucionalizado, sobeja em valor, a fim de coibir qualquer medida tendente a reduzir os direitos sociais, especialmente o direito à saúde.

Sob outras nuances, mas também a caminho da justiça sanitária, vê-se entrar em cena os preceitos da bioética como alternativa à melhoria do SUS e da saúde da população, através da edificação de um novo modelo biomédico pautado, fundamentalmente, pela humanização da prática médica, que considera o paciente, seus valores e sua dignidade, acima da própria ciência, pela desmedicalização da vida e adoção de práticas integrativas. Medidas que, em conjunto, não apenas traduzem melhoria à qualidade de vida dos pacientes, mas representam redução de custos ao sistema público de saúde, calcado nos excessos e desperdícios típicos do modelo biomédico biologista e tecnifista que se estabeleceu. Assim, não apenas de recursos precisa o SUS, mas de boa gestão, de política sólida e contínua, assim como de um novo paradigma biomédico, realmente comprometido com a saúde dos pacientes, avesso à mercantilização da prática médica, mas restaurador da verdadeira arte de curar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AGUIAR, Zenaide Neto (org.). **SUS - antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2015.

ARENDT, Hanna. **A Condição Humana**. Tradução: Roberto Raposo. 13 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2016.

AROUCA, Sérgio. **O Dilema Preventivista**. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

BATISTELA, Carlos. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: **O Território e o Processo Saúde-Doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007 (online), Disponível em http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/texto_fiocruz acesso em 28 de set. de 2017.

BIONDI, Aloysio. **O Brasil Privatizado: um balanço do desmonte do Estado**. São Paulo: Geração Editorial, 2014.

BARROS, Renata Chrystina; MASINI, Lucia (Orgs.). **Sociedade e Medicalização**. Campinas: Pontes, 2015.

BASU, Sanjai; STUCKLER, David. Economia Desumana: porque mata a austeridade? Portugal: Bizancio, 2014. Resenha disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001108001&lng=en&nrm=iso, acesso em 25 de set. de 2017.

BRAUNER, Maria Claudia Crespo; PIERRE, Philippe (orgs). **Direitos Humanos, Saúde e Medicina: uma perspectiva internacional**. Rio Grande: Editora da FURG, 2013.

BRAUNER, Maria Cláudia Crespo. **Ensaio de biodireito: respeito à vida e aos imperativos da pesquisa científica**. Pelotas: Delfos, 2009. p. 191-210.

CANOTILHO, Gomes JJ. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. Coimbra, Portugal: Livraria Almedina, 2.ed., 1998.

COMPARATO, Fabio Konder. **A Afirmação Histórica dos Direitos Humano**. 8 ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

COSTA, José Ricardo Caetano. **Previdência: os direitos sociais previdenciários no cenário neoliberal**. Curitiba: Juruá, 2010.

COSTA, José Ricardo Caetano. **Previdência e Neoliberalismo**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

COSTA, José Ricardo Caetano. **A Reforma da Previdência Social e outros Estudos**. Pelotas: Educat, 1999.

COUTO, Berenice Rojas. **O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação possível?** 4ed. São Paulo: Cortez, 2010.

CUSTÓDIO, Bibiana; VARGAS, Scheila Lochas. **Propaganda de Medicamento: medicamento e lucro uma associação pouco saudável**. Monografia apresentada ao Curso de Especialista em Vigilância Sanitária de Medicamentos, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz), 2005, p. 09. Disponível em http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/files/Monografia_Propaganda.pdf acessado em 30 de set. de 2017.

CZERESNIA, Dina; MACIEL, Elvira Maria Godinho; OVIEDO, Rafael Antonio. **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.

DELGADO, Ana Paula Teixeira; CUNHA, Maria Lourdes da. (coords.). **Estudos de Direitos Humanos: Ensaio Interdisciplinares**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2006.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Disponível em http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf Acessado em 29 de set. de 2017.

ENGELHARDT, H. Tistan. **Fundamentos da Bioética**. Tradução: José A. Ceschin. São Paulo: Loyola.

SCOREL Sarah. As bases universitárias. In: **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999, p. 04. Disponível em <http://books.scielo.org/id/qxhc3/pdf/escorel-9788575413616-03.pdf>, acesso em 11/09/2017.

EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.). **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

FELIX, Renan Paes. Porque as Nações Fracassam?, In: **Associação Nacional dos Procuradores da República**, abr. 2016. Disponível em <http://anpr.org.br/artigo/96>, Acesso em 26 jun. 2016.

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Direito Fundamental à Saúde: parâmetros para sua eficácia e efetividade**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2007.

FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone, Orgs. **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo: Loyola/Centro Universitário São Camilo, 2003.

GADAMER, H.J. **O Caráter Oculto da Saúde**. Petrópolis: Vozes, 2006.

GARRAFA, Volnei. Bioética, Saúde e Cidadania. In: **Saúde em Debate**, n.43, junho de 1994.

GONÇALVES, Cláudia Maria Costa. **Assistência Jurídica Pública: Direitos Humanos e Políticas Sociais**. Curitiba: Juruá Editora, 2002.

LIMA, Nísia Trindade; GERCHMAN; EDLER, Flávio Coelho. (orgs.). **Saúde e Democracia – histórias e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LAZZARI, João Batista. **As Fontes de Financiamento do SUS**. São Paulo: LTr, 2003.

MARTÍNEZ, Alejandro Rosillo. **Fundamentação dos Direitos Humanos Desde a Filosofia da Libertação**. Tradutores: Ivone Morcillo Lixa e Lucas Machado Fagundes. Ijuí: Unijuí, 2015.

MORIN, Edgar. **Ciência com Consciência**. 16. ed., Rio de Janeiro, RJ: Bertrand Brasil, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde no Brasil: Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MULLER, Leticia Ludwig. Esperança e Responsabilidade: os rumos da bioética e do direito diante do progresso da ciência. In: costa, Judith; MULLER, Leticia Ludwig. **Bioética e Responsabilidade**. Rio de Janeiro: Forense.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS, o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 1ed. 2016.

O MUNDO DA SAÚDE. Revista Trimestral publicada pelo Centro Universitário São Camilo. São Paulo, SP. Ano 2011, v. 35, n.4.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PEREIRA, Potyara A. P. **Necessidades Humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. 6ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.

PESSINI, Leo e BARCHIFONTAINE, Christian de P. de, **Problemas atuais de Bioética**. 11ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2014. Capítulo II, p. 169-202 e 325-340.

PLANO DIRETOR DA REFORMA DO APARELHO DO ESTADO (PDRAE). Disponível em www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf Acesso em 10 de jun. de 2017.

PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO. Ministério Público Federal. **Nota Técnica 03/2017**, de 27 de março de 2017. Disponível em <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude/sus/nota-tecnica-3-2017-pfdc-mpf>, Acessado em 25 de maio de 2017

PORTAL FIOCRUZ. Disponível em <https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/fiocruz-divulga-carta-pec-241-e-os-impactos-sobre-direitos-sociais-saude-e-vida> Acessado em 25 de set. de 2017.

ROCHA, Julio Cesar de Sá da. **Direito da Saúde: direito sanitário na perspectiva dos interesses difusos e coletivos**. 2ed. São Paulo: Atlas, 2011.

ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. **Manual de Saúde Pública e Coletiva no Brasil**. São Paulo: Atheneu, 2012.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos Direitos Fundamentais**. 2ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SARLET, Ingo Wolfgang e FIGUEIREDO, Mariana Flichtiner: Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988. **Revista de Direito do Consumidor**, nº 67, 2008, p. 125/172. Disponível www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/O_direito_a_saude_nos_20_anos_da_CF_coletanea_TAnia_10_04_09.pdf, em 20/08/2015 Acesso em 02 de out. de 2017.

SARLET, Ingo Wolfgang e TIMM, Luciano Benetti (Orgs.). **Direitos Fundamentais, Orçamento e Reserva do Possível**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.

PESSINI, Leo e BARCHIFONTAINE, Christian de P. de. **Problemas atuais de Bioética**. 11ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2014. Capítulo II, p. 169-202 e 325-340.

SCHONS, Selma Maria. **Assistência Social entre a Ordem e a "des-ordem": mistificação dos direitos sociais e da cidadania**. São Paulo : Cortez, 1999.

SPOSATI, Aldaíza. Mínimos Sociais e Seguridade Social: uma revolução da consciência da cidadania. In: **Serviço Social e Sociedade**, n. 55, ano XVIII – novembro/1997. p.9/37.

SARLET, Ingo W.; LEITE, Geroge Salomão (orgs.). **Direitos Fundamentais e Biotecnologia**. São Paulo: Método, 2008.

SANTOS, João Bosco Feitosa; MATTEI, Regina Heloisa; LESSA, Maria das Graças; MAIA, Ana Laís; PESSOA Emanoella. **Médicos estrangeiros no Brasil: a arte do saber, olhar, escutar e tocar**. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n4/1984-0470-sausoc-25-04-01003.pdf> Acessado em 30 de set. de 2017.

SERAU; BRAUNER; COSTA (orgs.). **Direito e Saúde: Construindo a Justiça Social**. São Paulo: LTr, 2016, p. 159-169.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. In: **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 2007, p. 39. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312007000100003&script=sci_abstract&tlng=pt acesso em 27 de set. de 2017.

SCHWARTZ, Germano. **Direito à Saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001, p. 32.

SCHONARDIE, Elenise Felzke; PILAU, Liton Lanes (orgs.). **Ambiente, Saúde e Comunicação**. Ijuí: Unijuí, 2007.

TASSINARI, Clarissa. **Jurisdição e ativismo judicial: limites da atuação do judiciário**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2013.

WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e Federação na Constituição Brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.