

**CONASS**

---

para entender a gestão do SUS

---

2015

## DIREITO À SAÚDE

### **Artigo**

A SAÚDE COMO DIREITO: O DIFÍCIL CAMINHO DE  
SUA APROPRIAÇÃO PELOS CIDADÃOS

© 2015 – 1ª Edição

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS

É permitida a reprodução parcial ou total deste artigo, desde que citadas a fonte e a autoria.

Este artigo faz parte da publicação *Direito à Saúde*, da coleção *Para Entender a Gestão do SUS – 2015*.

A coleção *Para Entender a Gestão do SUS – 2015* está disponível gratuitamente para *download* no site [www.conass.org.br](http://www.conass.org.br).

**Os artigos publicados traduzem a opinião dos seus autores. Sua publicação obedece ao propósito de estimular o debate e refletir as diversas opiniões e pensamentos.  
Direitos de reprodução cedidos ao CONASS.**

---

**Organização da Coleção**

René Santos

**Coordenação do Livro**

Alethele de Oliveira Santos

**Edição**

Adriane Cruz

Tatiana Rosa

**Revisão Ortográfica**

Sem Fronteira Idiomas

**Projeto Gráfico e Diagramação**

Marcus Carvalho

# A saúde como direito: o difícil caminho de sua apropriação pelos cidadãos

Fernando Passos Cupertino de Barros<sup>1</sup>

**Resumo:** O ensaio procura recapitular os elementos mais necessários à compreensão da saúde como um direito social, remetendo-o à dimensão de direito humano inalienável. Aborda ainda as relações do direito à saúde com os temas pobreza e desigualdade, além de discorrer sobre o porquê do surgimento dos novos sujeitos sociais. Em seguida, traça de modo sintético a evolução histórica dos sistemas universais de saúde, detendo-se mais demoradamente na gênese do Sistema Único de Saúde, seus avanços e os desafios a superar. De modo particular, discorre sobre os fatores que dificultam a apropriação do SUS pelo conjunto dos cidadãos.

## O entendimento da saúde como direito

A saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania, se consideramos que a política de saúde é uma política social. A implicação decorrente é a de que a participação plena dos indivíduos na sociedade política somente se realiza a partir de sua inserção como cidadãos (FLEURY e OUVREY, 2008). Assim, a relação entre direito social e cidadania indica que ambos devem ser compreendidos em numa relação de vínculo com uma cidadania ativa, ou seja, como uma constante luta contra quaisquer constrangimentos que impeçam o seu exercício, assegurando a garantia de uma autonomia plena nas dimensões civis, políticas e sociais (NOGUEIRA e PIRES, 2004).

Todavia, mais que um direito social, há uma tendência cada vez mais perceptível de se considerar o direito à saúde como um direito humano (GARRAFA, OSELKA e DINIZ, 1999). Em 2000, o Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas aprovou o Comentário-Geral #14, que reafirmou a saúde como direito humano fundamental. O texto enfatiza que “o direito à saúde não é para ser entendido como o direito de ser saudável”, mas interpretado como “um direito inclusivo ampliado não somente ao acesso aos cuidados médicos apropriados, mas também, aos determinantes de saúde como o acesso a água potável e saneamento adequado, segurança alimentar, nutrição e moradia, condições ocupacionais e ambientais saudáveis e acesso à informação e educação em saúde, incluindo saúde sexual e reprodutiva”. Ressalta, ainda, o papel importante da participação comunitária “nas decisões relacionadas à saúde, nos níveis comunitários, nacionais e internacionais” e ainda a não discriminação, a disponibilidade, a acessibilidade (física, econômica e de informações), a aceitabilidade (incluindo as questões éticas e culturais apropriadas) e a qualidade dos serviços (incluindo qualidade médica e científica) (UNCESCR, 2000).

Outra dimensão cuja discussão se impõe, diz respeito à contraposição entre o direito individual e o direito coletivo. O primeiro remete à liberdade em variadas situações, como o tipo de tratamento, as relações com o meio ambiente e as condições de trabalho e, ainda, às exigências aos indivíduos face às necessidades coletivas que nos obrigam à submissão às normas jurídicas, como é o caso da vacinação, ao isolamento no caso de algumas doenças infectocontagiosas, à destruição de alimentos impróprios para o consumo etc. A segunda, por sua vez, refere-se à garantia da oferta de cuidados de saúde a todos quantos deles necessitem, em um ideal de igualdade, que por sua vez submete-se à plena noção e alcance do Estado democrático de direito (NOGUEIRA e PIRES, 2004).

## Pobreza, desigualdades e sujeitos sociais

A análise da inserção dos indivíduos nas sociedades modernas ocidentais nas visões weberiana e marxista, uma privilegiando a classificação dos indivíduos por acesso a bens materiais e imateriais, e outra focalizando a inserção dos indivíduos na produção, convergem para um ponto

---

<sup>1</sup> Médico com mestrado em Saúde Coletiva pela UFBA; doutorando em Saúde Coletiva pela UnB; professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás; assessor técnico do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), que presidiu de 2000 a 2003.

Rua 7, 201, apto. 202 – Setor Oeste, Goiânia (GO), CEP 74110-090. Tel. (61) 3222-3000.

[fernandocupertino@gmail.com](mailto:fernandocupertino@gmail.com); [fernando.cupertino@conass.org.br](mailto:fernando.cupertino@conass.org.br)

comum que é o de considerar o trabalho como fator social fundamental para a inserção social, o que explica a coesão social como um valor em si mesmo, ou ainda como força de superação daquelas realidades sociais. Entretanto, nas sociedades contemporâneas, o que ocorre é a ausência do trabalho como fator de inserção social dos indivíduos, e conseqüentemente de explicação das diferenças sociais entre eles. Entra em cena o nível de renda, que tende a pautar a inserção social quase que exclusivamente pela capacidade de os indivíduos, no âmbito do setor privado, mostrarem-se ou não aptos para o provimento de suas necessidades sociais básicas. As diferenças sociais passam, então, a ser definidas em razão dos níveis de renda, e os grupos que percebem um valor mensal abaixo de um determinado valor arbitrariamente definido são classificados como “pobres”. Abaixo deles, haverá ainda os “miseráveis” ou “indigentes”, incapazes de garantir por sua própria conta os níveis mínimos de sobrevivência alimentar (COHN, 2003).

Esse movimento que produz um deslocamento de “classes” para “grupos de renda” enseja a perda das identidades sociais desses sujeitos, que passam a ser objeto de intervenção do Estado por meio de políticas públicas focalizadas sobre esses grupos sem acesso ao consumo de determinados bens e serviços, cujas estatísticas servem de balizamento para a definição das linhas de pobreza. Por outro lado, a perspectiva de desigualdade social leva em conta a posição relativa dos diferentes segmentos sociais entre si, tomando-se por base os distintos gradientes de acesso ao consumo. Neste raciocínio, pobreza e indigência são definidas por parâmetros relativos, possibilitando que se faça a discussão dos caminhos para sua superação, e não somente para o alívio momentâneo das dificuldades desses grupos sociais (MENDONÇA e SOUTO, 2001). Assim, fica patente que a matriz da pobreza é profundamente distinta da matriz da desigualdade social, tanto nas análises sobre a sociedade delas derivadas, quanto às formas de analisar como ela as enfrenta. Disso emerge a importância contemporânea dos sujeitos sociais e o lugar que ocupam na vida em sociedade, o que nos remete à questão dos movimentos sociais e dos segmentos organizados da sociedade que despertam cada vez maior interesse, haja vista que se constituem em novos sujeitos coletivos que atuam politicamente em espaços diferentes daqueles reconhecidos pelo modelo clássico das democracias. Ao mesmo tempo, são sinal e sintoma de conflitos latentes na própria sociedade, na medida em que são capazes de adotar iniciativas que buscam a efetivação dos direitos sociais. Ao fazê-lo, buscam a igualdade de direitos associada ao direito à diferença e, portanto, à justiça social. O direito à saúde, pela importância que tem na vida das pessoas, tem sido obviamente um campo de intensa atuação desses novos sujeitos sociais, tanto no Brasil, quanto em outros países.

## **A efetivação do direito à saúde no Brasil e seus desdobramentos**

Com preocupação nitidamente voltada ao acesso dos cidadãos a tratamentos médicos, nasceram na Europa do pós-guerra os sistemas universais de saúde. Os modelos Beveridge e Bismarck foram fontes de inspiração para a legislação sobre a matéria nos países das Américas, entre os quais o Brasil, com a ambição de garantir, preliminarmente, universalidade e integralidade de acesso aos tratamentos médico-hospitalares. Nem todos os países, como é de conhecimento geral, seguiram tal percurso. Os Estados Unidos da América, especialmente, mantiveram o sistema de cuidados de saúde baseado nos planos privados, inacessíveis a boa parte de sua população, e que foi objeto de alguma correção pela recente reforma do governo Obama (DURANTE, 2013).

Da atuação das Santas Casas de Misericórdia desde os primórdios da colonização portuguesa no século XVI, passando pelo sanitarismo campanhista da República Velha, pela Lei Elói Chaves (1923) e a estruturação do sistema de saúde previdenciário que viria a atingir seu apogeu com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), o Brasil percorreu um longo caminho até chegar à decisão política de insculpir em seu texto constitucional de 1988 a saúde como direito universal. O chamado Movimento da Reforma Sanitária, gestado em plena ditadura militar e, portanto, contrário ao regime, tinha por bandeira de luta a oposição política centrada em uma perspectiva de saúde a ser atingida com o concurso de toda a sociedade. Para tanto, contou com a participação de movimentos populares, sindicatos, universidades, partidos políticos e municípios de índole progressista, culminando com a aprovação pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) de um elenco de propostas entregue aos parlamentares constituintes, que absorveram muitas de suas teses ao definirem a Ordem Social e, dentro dela, a Seguridade Social na

Constituição Federal de 1988. Dois anos mais tarde, as Leis n. 8.080 e n. 8.142 buscaram regulamentar de maneira mais clara o direito constitucional à saúde e o dever do Estado em assegurá-lo por meio de um sistema único de saúde, o SUS (CARVALHO, 2013).

Depois da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde, outros atos normativos foram editados no afã de se obter mecanismos que possibilitassem a celebração de pactos intergovernamentais e a criação de uma lógica de organização da saúde no plano regional, propiciando, assim, a instauração de relações cooperativas e solidárias entre as diferentes esferas de gestão do sistema de saúde, a fim de responder satisfatoriamente às crescentes demandas dos cidadãos por serviços de saúde com maior qualidade e capacidade de resolução. As Noas, o Pacto pela Saúde e o Decreto n. 7.508 de 2011 trabalharam nessa direção.

Entretanto, a exemplo de vários países cuja estrutura jurídica do direito à saúde adota um modelo universalista, também no Brasil os resultados nem sempre corresponderam às expectativas. O SUS, ao longo dos últimos 25 anos, é vítima do subfinanciamento crônico, da falta de investimentos adequados, da difícil repartição das competências entre as instâncias federais, estaduais e municipais, de um modelo assistencial anacrônico e, em alguns casos, da organização deficiente, o que resulta na sua incapacidade em oferecer aos cidadãos brasileiros um elenco de ações e serviços de saúde eficiente e completo. Apesar disso, temos conseguido avançar em termos de esperança de vida e de outros indicadores tais como as mortalidades infantil e materna e as taxas de recém-nascidos com baixo peso ao nascer; no aumento da cobertura dos cuidados pré-natais; na saúde bucal e na redução do tabagismo; entre outros.

## Os desafios a superar

Indiscutivelmente, o maior desafio parece ser o de fazer um sistema universal como o SUS, ser percebido, compreendido e usufruído como tal pela sociedade brasileira. Para isso, o governo não contribui, muito pelo contrário. José Aristodemo Pinotti, professor emérito da USP e da Unicamp, ex-secretário de estado de São Paulo, na Audiência Pública n. 4, já denunciava que os aqueles dirigem o sistema não o utilizam; que o Executivo, o Legislativo e as estatais compraram para si planos de saúde gastando com isso, àquela época e apenas levando-se em conta o governo federal e as estatais, mais de R\$ 10 bilhões por ano; que a falta de ressarcimento ao SUS pelos planos privados de saúde, disciplinado em lei, chegava a R\$ 2 bilhões por ano, com comprovação em repetidas auditorias do Tribunal de Contas da União (PINOTTI, 2009).

Com o passar dos anos, houve uma retirada progressiva da classe média do SUS, sobre o qual exercia algum controle social. Nos últimos anos, com o decantado surgimento da chamada “nova classe média”, assiste-se a um aumento do número de famílias cobertas por planos e seguros privados de saúde, como um ideal de consumo a ser atingido por aqueles que melhoraram seus rendimentos. Os investimentos atuais em planos de saúde privados são de 71% nas classes A/B, 40% na classe C, 15% na classe D e 10% na classe E (BRASIL, 2013). Assim, gradualmente o SUS vai perdendo apoio da sociedade e deixando como lembrança longínqua a proposta de uma política de Estado capaz de sustentar um sistema público de acesso universal, como ocorre, por exemplo, no Canadá, na Inglaterra e em Taiwan, países capitalistas com sistemas de saúde de nítida inspiração socialista e com resultados sabidamente satisfatórios (PINOTTI, 2009).

Outros desafios não menos importantes estão na agenda:

a) **a busca de um financiamento público satisfatório**, uma vez que o SUS tem sofrido redução progressiva dos recursos federais, compensada precariamente pelo aumento das contribuições de estados e municípios. Além disso, o Brasil exibe o incrível paradoxo de ser talvez o único país do mundo que tem uma rede de saúde gratuita e aberta a toda a população – o SUS, e, ao mesmo tempo, vê o mercado (convênios e consultas particulares) movimentar mais dinheiro do que o Estado;

b) **a necessidade de melhorar a qualidade dos serviços de atenção primária em saúde**. Acompanhamento pré-natal de qualidade duvidosa; manejo inadequado de hipertensos e diabéticos; falta de insumos e condições mínimas de trabalho nas unidades básicas de saúde; ausência de processos de trabalho coerentes com os objetivos e com as metas pretendidas; não utilização das informações geradas pelas unidades para o planejamento de suas próprias ações e para a correção de rumos das atividades já implementadas; falta de sistematização metodológica para o

conhecimento das reais necessidades de saúde da população adscrita e para o planejamento de ações efetivas que respondam a tais situações são desafios a serem superados, além da questão da atuação e do papel do próprio agente de saúde, já distantes de seus pressupostos iniciais;

c) **a implementação de um modelo assistencial compatível com a situação demográfica e epidemiológica do país.** Infelizmente, muitas vezes os esforços para a correção do modelo enfrentam obstáculos políticos, tais como a alta rotatividade dos dirigentes e técnicos, a descontinuidade administrativa, a baixa responsabilização dos atores e a assimetria nas relações de poder;

d) **a prática efetiva de uma articulação solidária e cooperativa nas regiões de saúde,** com o apoio das Secretarias Estaduais e do Ministério da Saúde. Isso evitaria duplicidade de ações, desperdícios e potencializaria os esforços em benefício de uma saúde de melhor qualidade a ser oferecida aos cidadãos;

e) **a necessidade de se colocar o cidadão como centro das atenções.** Se por um lado alguns sistemas universais de saúde têm tido um bom desempenho, todos, sem exceção, têm dificuldades em saber se têm sido capazes de responder, eficazmente, às necessidades de saúde da população e às expectativas de seus cidadãos com respeito a como gostariam que funcionassem seus sistemas de saúde; e, por último,

f) **o fortalecimento de um controle social efetivo,** que tenha compreensão da dimensão de seu papel, com capacidade e absoluta isenção para propor e avaliar as políticas de saúde, nos três níveis de gestão, sem se deixar contaminar por interesses corporativos ou por cores ideológicas.

O momento vivido hoje pelo Brasil certamente imporá escolhas a serem feitas pela sociedade e pelo governo. A primeira já esboçou sua reação ao exigir, nas manifestações de junho de 2013, que os serviços públicos tenham a qualidade e a eficácia que deles se espera. Quanto ao segundo, resta saber se se curvará aos imperativos democráticos ou se optará por patrocinar ainda mais a desconstrução do Sistema Único de Saúde.

## Referências

BRASIL. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **Saúde:** para onde vai a nova classe média. Série CONASS Debates, Brasília, 2013.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estud. av.** [on-line], v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142013000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142013000200002&script=sci_arttext)>. Acesso em: 30 out. 2014.

COHN, A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 9-18, 2003.

DURANTE, V. Os cenários incertos do direito à saúde. **Revista de Pesquisa:** cuidado é fundamental [on-line], v. 5, n. 1, jan.-mar. 2013. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=24247&indexSearch=ID>>. Acesso em: 30 out. 2014.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 23-64.

GARRAFA, V.; OSELKA, G.; DINIZ, D. Saúde pública, bioética e equidade. **Revista de Bioética**, v. 5, n. 1, 1999. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/361/462](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/361/462)>. Acesso em: 4 jun. 2014.

MENDONÇA, E.; SOUTO, J. **Pobreza e desigualdade**: repensando pressupostos. Observatório da Cidadania – Relatório 2001/5. Rio de Janeiro, p. 90-99.

NOGUEIRA, V. M. R.; PIRES, D. E. P. Direito à saúde: um convite à reflexão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 753-760, maio-jun. 2004.

PINOTTI, J. A. **A Suprema Corte e a saúde dos brasileiros**. Audiência Pública n. 4 do STF em 7 de maio de 2009. Disponível em: <[http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Fala\\_Dr\\_Pinotti.pdf](http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Fala_Dr_Pinotti.pdf)>. Acesso em: 30 out. 2014.

UN COMMITTEE ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS (UNCESCR), **General Comment n. 14**: the right to the highest attainable standard of health (Art. 12 of the Covenant), 11<sup>th</sup> August 2000, E/C.12/2000/4, Disponível em: <<http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>>. Acesso em: 4 jun. 2014.