

REVISTA BRASILEIRA DE POLÍTICAS PÚBLICAS
BRAZILIAN JOURNAL OF PUBLIC POLICY

**As bases da saúde
lançadas pela Constituição
Federal de 1988: um
sistema de saúde para
todos?**

*The foundations of health
released by the Federal
Constitution of 1988: a
health system for everyone?*

Camilla Japiassu Soares

As bases da saúde lançadas pela Constituição Federal de 1988: um sistema de saúde para todos?

The foundations of health released by the Federal Constitution of 1988: a health system for everyone?

Camilla Japiassu Dorez¹

Resumo

O trabalho procura discutir como se deu no Brasil a construção do sistema de saúde e avaliar a concepção do direito à saúde conforme as bases lançadas pela Constituição Federal de 1988. Para tanto, argumenta-se que a exclusão do sistema de saúde deu-se não apenas na sua própria estrutura, pela forma como eram concebidas as políticas públicas, mas também nas microestruturas, por meio do domínio exercido pelo conhecimento médico, contribuindo para que os cidadãos estivessem mais uma vez submetidos à condição de objeto da tutela estatal. Sustenta-se, ainda, que o sistema de saúde continua a ser um mecanismo de controle e exclusão, não obstante ter assumido uma forma mais sutil após a normatização das diretrizes de igualdade e universalidade no atendimento à saúde pela Carta da República. Como a Administração Pública não consegue lidar com esse problema, ele é exportado para o gabinete dos juízes, para aqueles cidadãos que obtêm esclarecimentos necessários para irem em busca de seus direitos.

Palavras-chave: Sistema de saúde. Controle. Exclusão. Igualdade e universalidade.

Abstract

The work seeks to discuss how was in Brazil the construction of the health system and evaluate the design of the right to health as the foundation released by the Federal Constitution of 1988. To do so, it is argued that the exclusion of health system took place not only in its own structure, by the way were designed public policies, but also in the microstructures, through the area exercised by medical knowledge, contributing so that citizens were once again subjected to the condition of State protection object. It is that the health care system continues to be a control mechanism and deletion, nevertheless have assumed a more subtle after the standardization of guidelines of equality and universality in health care by the Constitution of the Republic. As the Government cannot deal with this problem, it is exported for the judges, for those citizens who obtain clarification needed to go in search of their rights.

Keywords: Health system. Control. Deletion. Equality and universality.

* Artigo recebido em 16/01/2013

Artigo aprovado em 26/02/2013

¹ Advogada da União, lotada no Departamento de Controle Concentrado de Constitucionalidade da Secretaria-Geral de Contencioso da Advocacia-Geral da União. Graduada em Direito pelo Uniceub. Pós-Graduada em Direito pela Fundação Escola Superior do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. Mes-tranda em Políticas Públicas pelo Uniceub.

1 Introdução

O paradigma² do Estado Liberal do século XIX inaugura o constitucionalismo moderno. Com suas bases nas ideias iluministas, segue uma lógica formal centrada na autonomia individual e na intervenção mínima do Estado. Nesse contexto de aparente neutralidade estatal, não há espaço para um direito à saúde, mas apenas a liberdade para adquirir tais serviços.

O fracasso do modelo constitucional liberal levou ao desenvolvimento do Estado Social, identificado com as Constituições do México de 1917 e de Weimar de 1919.³ Esse novo modelo de Estado decorre da premente necessidade de corrigir os abusos que a concepção de igualdade formal permitiu, no intuito de garantir a materialização dos direitos de liberdade e igualdade. Dessa forma, surgem os chamados direitos de segunda dimensão, isto é, os direitos sociais, que demandam uma ação positiva do Estado, mediante a elaboração de políticas públicas prestacionais para a sua satisfação, desviando o foco de análise da esfera legislativa do Estado para a sua esfera executiva.

Nesse contexto, surgem duas concepções antagônicas de direito à saúde, quais sejam: as privatistas e as sanitaristas. As primeiras ligam-se às concepções do Estado Liberal e as segundas, ao de Estado Social. Tais concepções, contudo, fundamentam visões parciais e restritas da saúde, incompatíveis com as próprias bases constitucionais, notadamente a da participação social.

² O conceito de paradigma seria constituído pelas pré-compreensões que integram o pano de fundo da linguagem. De fato, “[...] esse pano-de-fundo compartilhado de silêncio, na verdade, decorre de uma gramática de práticas sociais que realizamos todos os dias sem nos apercebemos dela e que molda o nosso próprio modo de olhar, a um só tempo, aguça e torna precisa a nossa visão de determinados aspectos, cegando-nos a outros, e isso é parte da nossa condição humana” CARVALHO NETTO, Menelick de. A contribuição do Direito Administrativo enfocado da ótica do administrado para uma reflexão acerca dos fundamentos do controle de constitucionalidade das leis no Brasil: um pequeno exercício de Teoria da Constituição. *Fórum administrativo*, Belo Horizonte, ano 1, n. 1, p. 14-15, mar. 2001.

³ O Estado de Bem-Estar (*Welfare State*), Estado Social, ou Estado de Providência pode ser definido como um modelo de Estado que tem por objetivo garantir condições mínimas de alimentação, saúde, habitação, educação, que devem ser assegurados a todos os cidadãos não como benesse estatal, mas como direito político inerente ao ser-cidadão BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. *Dicionário de política*. Brasília: UnB, 2004. v. 2, p. 416.

De fato, ambas implicam numa distorção comum: enxergam o cidadão como cliente do Estado e, consequentemente, do sistema de saúde.

O Estado Democrático de Direito surge como resposta à crescente crise de legitimação do Estado Social, oriunda do aumento exacerbado da atuação estatal, que culminou na redução dos indivíduos à condição de clientes do Estado. Os cidadãos passaram a ser um objeto da tutela estatal. O constitucionalismo social se depura atualmente com diversos desafios relacionados à cidadania, à democracia e à dicotomia público/privado, com o surgimento de novas categorias de direitos que se distanciam dessa antiga oposição. Hoje, portanto, não se fala em direitos negativos e direitos positivos. Há uma imbricação inevitável, visto que todos os direitos pressupõem o custeio de uma estrutura de fiscalização para implementá-los.

É com base nesse modelo de Estado, ainda em construção, que se pretende superar o *déficit* de cidadania evidenciado nos paradigmas do Estado Liberal e do Estado Social e passar a conceber esse direito fundamental como um processo, uma participação efetiva.

Com efeito, a intenção deste estudo é entender como se deu, no Brasil, a construção de um sistema de saúde que, mesmo após a reforma sanitaria na década de 1980, mantém grande parte da população à margem de seus serviços, excluída apesar da diretriz de atendimento universal e igualitário preconizado pela Constituição Federal de 1988, que inovou ao prever a integralidade do sistema, descentralização de sua gestão e participação popular, em seus artigos 196 a 198.

2 O movimento sanitaria e a Constituição Federal de 1988

No fim do regime militar, que perdurou entre as décadas de 1960 e 1980, teve início o movimento sanitaria, que acabou por demonstrar anseios antagônicos à visão privatista que predominava no país.

Com efeito, o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Constituição de 1988, em seu artigo 196, acolheram duas concepções produzidas nos embates pré-constituintes

pelo movimento sanitaria. ⁴ Em primeiro lugar, nota-se que se incorporou a compreensão de que a saúde é produto das relações sociais e econômicas de determinada sociedade, por meio da indicação de que as políticas sociais e econômicas devem concorrer para a redução do risco de doença e de outros agravos. Em segundo lugar, ressalta-se uma diretriz de política pública para a garantia de ações e de serviços atinentes à saúde – acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O movimento sanitaria, que projetou o Sistema Único de Saúde, provocou um deslocamento do poder político e o colocou à disposição das camadas populares que passaram a ter participação institucionalizada. Nessa reforma, houve o reconhecimento de que saúde é expressão das modalidades de organização social e econômica assumidas como dever do Estado.

De fato, a proposta da Reforma Sanitaria coincidiu com a necessidade de expandir a atenção médica, a partir de um modelo de baixo custo para as populações excluídas, especialmente as que viviam nas periferias das cidades e nas zonas rurais.

As novas bases da saúde lançadas na Constituição de 1988 foram um momento ímpar para o desenvolvimento da saúde pública brasileira. Por outro lado, uma Constituição verdadeiramente democrática dispensaria uma parte especialmente dedicada à saúde. Esta estaria incluída nos próprios objetivos e fundamentos do Estado Democrático de Direito, e “[...] apreendida como expres-

são individual e coletiva do sucesso do usufruto equânime das riquezas materiais e intelectuais (ciência e tecnologia), deixaria de ser algo ‘setorial’ para ser o próprio objetivo da nação”⁵

A prestação dos serviços de saúde à população brasileira é materializada por um sistema cujas diretrizes a própria Carta da República define. Tal sistema pode ser financiado pelo Estado ou por particulares. No primeiro caso, temos o SUS, que deve oferecer seus serviços a todos os cidadãos (artigos 196 a 198 da CF). No segundo caso, temos o sistema privado, que funciona de forma suplementar ao SUS (artigo 199 da CF) e cuja oferta de serviços depende de contraprestação pecuniária pelo SUS, pelo usuário ou pelos planos de saúde.

Em vários aspectos, o nosso sistema público de saúde alcançou níveis satisfatórios ou de excelência no atendimento à saúde. No entanto, vários problemas persistem e a exclusão ganhou novos contornos.

O fim dos institutos de previdência, com a implantação do SUS, induziu à criação de uma saúde supletiva, que não está diretamente subordinada ao Estado, surgindo em razão da necessidade do país de estruturar meios de financiar a saúde durante um período de forte industrialização. Esse movimento foi deflagrado no final da década de 1950, notadamente na região do ABC Paulista, região de ampla concentração automobilística. Nesse momento:

[...] por meio de vantagens fiscais, buscando trazer um atrativo para a massa de trabalhadores e um meio de diminuir o absenteísmo, algumas empresas passaram a ter planos de saúde próprios. Como o sistema público não tinha

⁴ O movimento sanitaria surgiu na Itália, rompendo com o sistema mutualista até então vigente, e instituiu a saúde como um direito propriamente dito. Ele propunha a democratização das relações entre a sociedade e o sistema de saúde, como posição política aglutinadora. Defendia, outrossim, quatro pontos doutrinários centrais: “i) concepção de saúde como direito universal de cidadania; ii) a compreensão da determinação da saúde e doença pelas relações econômicas e sociais prevalentes; iii) a responsabilidade do Estado na garantia do direito e a necessidade de criar um sistema público unificado de saúde e de livre acesso a toda a população, superando a antiga dicotomia organizacional e de usuários que adivinha da existência separada dos serviços de saúde pública e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); e iv) a participação e o controle direto, isto é, o controle social deste sistema unificado por representantes da população e das entidades civis da sociedade.” PIOLA, Sérgio Francisco et al. Vinte anos da Constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira? *Políticas sociais: acompanhamento e análise: vinte anos da Constituição Federal*, Brasília, v. 1, n. 17, p. 107, 2009.

⁵ RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Saúde: promessas e limites da Constituição*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 91.

eficiência, a sociedade adotou o modelo como um diferencial.⁶

Ocorreu, entretanto, que a expansão do setor privado se deu à custa da perda de qualidade do setor público, que ainda é a única chance de cura ao alcance da maioria da população, transformando esse direito em objeto de consumo. Portanto, essa espécie de universalização excludente é marcada por estratégias individuais ou corporativas de proteção contra riscos, sendo que os excluídos não têm chance de se assegurarem contra eles, ficando sujeitos às prestações públicas estatais de caráter subsidiário.⁷ Em outras palavras, o setor público foi assumindo paulatinamente um caráter suplementar, “[...] tendo de suprir a ausência do setor privado onde

este não tem interesse por inviabilidade de retorno econômico”.⁸

A valorização dos planos privados em detrimento da qualidade dos serviços públicos de saúde e a gestão da saúde pública submetida a interesses econômicos são apenas algumas das práticas recorrentes que agravam a exclusão da população com menor poder aquisitivo. De outro lado, a transferência para o setor público de procedimentos de alto custo que o sistema privado se recusa a financiar e o abuso do poder econômico dos planos de saúde são outros problemas que expõem à exclusão também as classes mais abastadas, o que indica ser falsa a sensação de segurança que a saúde suplementar oferece.⁹

Destarte, se, antes, parte da população não tinha direito à saúde e era excluída do sistema, hoje ele é aberto a todos. A exclusão tornou-se mais sutil. A universalização do direito à saúde não eliminou a exclusão. Mas não é mais no âmbito do direito que a encontramos, e sim na formulação e na concretização das políticas públicas: na prestação deficiente, na dificuldade de acesso aos serviços mais básicos por grande parte da população, na relação autoritária estabelecida entre o médico e o cidadão, o qual ainda é visto como mero cliente do sistema de saúde, submetido ao conhecimento médico de forma incondicional.

Não obstante a existência de muitos problemas no Sistema Único de Saúde, ele trouxe uma série de resultados positivos. Dentre eles, pode-se citar a redução da mortalidade infantil, tendo em vista o investimento em saneamento básico e em alimentação paralelamente;

⁶ O autor esclarece ainda que os empresários que criaram o segmento o fizeram com o intuito lucrativo. Desse modo, “[...] um dos pressupostos dos planos é que o conjunto de benefícios oferecidos esteja diretamente ligado aos custos com a saúde de cada um dos associados. Creio que raríssimas pessoas têm a noção de que estão se associando a um grupo que terá uma planilha de custeio que variará diretamente na razão dos eventos por ele gerado [...]. Portanto, esses direitos somente são direitos porque pagamos ou iremos pagar por eles em algum momento. Se o roteiro inicial tivesse sido diferente e os planos tivessem nascido já baseados em critérios de qualidade, integralidade e equidade, a população usuária poderia ter mais instrumentos para usufruir desses serviços com melhor entendimento e menos conflitos. Ou seja, faltavam e continuam faltando à sociedade informações essenciais para mediar sua relação com os planos” LOTTENBERG, Claudio. *A saúde brasileira pode dar certo*. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 66-67.

⁷ Dessa forma, “[...] parcelas da população brasileira dispõem atualmente de diferentes vias de acesso a serviços de assistência médica, decorrentes de composições distintas no financiamento, cujos contrastes espelham as mesmas profundas desigualdades que se fazem presentes em inúmeros outros âmbitos da vida social. As duas formas predominantes de acesso colocam, de um lado, os que possuem planos ou seguros privados de saúde, aos quais está garantido igualmente o acesso aos serviços do SUS, e, de outro lado, os que têm acesso exclusivamente aos serviços prestados pelos estabelecimentos e profissionais do SUS [...]. Essa situação de iniquidade social – expressa por condições diferenciadas de atendimento lastreadas em recursos públicos – poderia ser ainda mais agravada se houvesse uma completa separação entre as duas vias de acesso a serviços de saúde, fazendo que o SUS fosse destinado apenas à população carente. Um sistema focalizado nos indivíduos de mais baixa renda tenderia a ser ainda mais frágil, politicamente, nas disputas orçamentárias. Mas o pior efeito adverso dessa opção de separação formal das duas clientela seria a criação de um sistema pobre para os pobres, na contramão dos sistemas universais de saúde que deram certo em outros países” PÍOLA, Sérgio Francisco et al. Vinte anos da Constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira? *Políticas sociais: acompanhamento e análise: vinte anos da Constituição Federal*, Brasília, v. 1, n. 17, p. 159, 2009.

⁸ COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo M. (Org.). *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. 4. ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2001. p. 44.

⁹ CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. *Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/90 e 8.142/90)*. Campinas, SP: Unicamp, 2002. p. 45.

todavia, persistem desigualdades inter-regionais que precisam ser superadas.¹⁰

Ademais, o SUS permitiu o maior acesso da população a medicamentos, tendo havido um crescimento recente da distribuição de insumos excepcionais. Ocorre que, mais uma vez, verifica-se a existência de barreiras geográficas e institucionais ao acesso, pois o recebimento de medicamentos de alto custo tem sido mais significativo nas capitais dos Estados em detrimento dos que residem no interior do país.¹¹

Insta ressaltar igualmente que o sistema de saúde trouxe relevantes avanços no controle de doenças, tendo sido reduzida a incidência da raiva humana e da mortalidade por tuberculose, bem como a erradicação de algumas delas, tais como a varíola e a poliomielite.

Merecem destaque, outrossim, a ampliação e a melhor distribuição de estabelecimentos de saúde no Brasil, tendo sido desconcentrada espacialmente, reduzindo as desigualdades regionais, e promovendo uma maior disponibilidade de profissionais de saúde em todas as regiões do país em razão da expansão e da interiorização da rede de serviços de saúde.

Não se pretende fechar os olhos aos avanços obtidos pelo Sistema Único de Saúde, mas não se pode olvidar que as diretrizes de integridade, de universalidade e de igualdade no atendimento promovido pelo SUS e pela Constituição Federal de 1988 não são usufruídas por todos. Essa suposta inclusão depara-se com epidemias

de dengue, maternidades desativadas, equipamentos de quimioterapia aguardando manutenção, filas nos hospitais, falta de leitos em Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs), abusos dos planos de saúde e desabastecimento das farmácias públicas, entre outros. De fato, esses acontecimentos se tornam notícias de jornal que preocupam cada vez menos, especialmente aos que se consideram incluídos.¹²

3 O saber médico como instrumento de controle sobre a vida e a morte

O controle do Estado sobre a vida se acentua, e ela, que era o próprio fundamento da soberania, torna-se o objeto da política estatal. E, se por um lado a medicina dá substrato ao poder biopolítico sobre os corpos, por outro, “[...] no horizonte biopolítico que caracteriza a modernidade, o médico e o cientista movem-se naquela terra de ninguém onde, outrora, somente o soberano podia penetrar”.¹³ O papel do soberano¹⁴ passa a ser ocupado, de certa forma, pelos cientistas e médicos, que detêm o poder sobre a vida do indivíduo.

Destarte, a vida e a morte devem ser compreendidas não propriamente como conceitos científicos, mas como conceitos políticos, que, enquanto tais, adquirem um significado preciso somente por meio de uma decisão.

¹⁰ Amélia Cohn, ao tratar da deficiência do quadro sanitário brasileiro, ressalta ainda a existência de desigualdades inter-regionais na distribuição das doenças: “Se os dados absolutos já são alarmantes, há que se atentar para o fato de que eles não se distribuem igualmente por toda a população brasileira. O coeficiente de mortalidade infantil, um dos indicadores mais sensíveis para apontar essa relação entre nível de vida e saúde, em 1980 apontava a seguinte diferença, tomadas somente as capitais: São Paulo – 53,9/mil n.v.; Recife – 83,6/mil n.v.; Porto Alegre – 36,3/mil n.v.; Manaus – 77,2/mil n.v. Dados do mesmo ano relativos à renda familiar e esperança de vida ao nascer e probabilidade de morte antes de completar um ano de vida reafirmam essa estreita correlação entre saúde e nível de vida ou, tomados pelo justo ângulo, demonstram a lógica perversa da distribuição social da doença” COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo M. (Org.). *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. 4. ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2001. p. 35.

¹¹ PÍOLA, Sérgio Francisco et al. Vinte anos da Constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira? *Políticas sociais: acompanhamento e análise: vinte anos da Constituição Federal*, Brasília, v. 1, n. 17, p. 133-148, 2009.

¹² CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. *Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/90 e 8.142/90)*. Campinas, SP: Unicamp, 2002. p. 45.

¹³ AGAMBEN, Giorgio. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I*. Belo Horizonte: UFMG, 2002. p. 166.

¹⁴ Nas palavras de Agamben, na biopolítica moderna, soberano “[...] é aquele que decide sobre o valor ou sobre o desvalor da vida enquanto tal. A vida, que, com as declarações dos direitos, tinha sido investida como tal do princípio de soberania, torna-se agora ela mesma o local de uma decisão soberana” AGAMBEN, Giorgio. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I*. Belo Horizonte: UFMG, 2002. p. 149. De fato, o soberano entra em simbiose cada vez mais íntima não só com o médico, mas também com o jurista, com o cientista, com o perito, com o sacerdote.

À valorização da medicina como um conhecimento central do controle biopolítico¹⁵ soma-se a reclusão do saber médico na estrutura dos hospitais, realidade essa que foi constatada por Foucault na Europa e que se repetiu no Brasil.

Com efeito, a partir do final do século XVIII, os hospitais deixaram de representar um local para morrer, destinado aos pobres e administrado por religiosos, para se tornarem espaços voltados para a cura e destinados à formação dos médicos, os quais acabaram assumindo seu controle de forma definitiva.¹⁶

Em outras palavras, a partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura e a distribuição desse espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar.

O hospital ganhou novos contornos a partir do ajuste de dois processos: a alteração da intervenção médica e a disciplinarização do espaço hospitalar. A sociedade disciplinar emergiu em um período denominado por Michel Foucault de ortopedia social, o qual teve origem na França e na Inglaterra em meados do século XVIII e era baseado no controle social, isto é, no controle permanente do comportamento dos indivíduos. Destarte,

[...] é uma forma de poder que se exerce sobre os indivíduos em forma de vigilância individual e contínua, em forma de controle de punição e recompensa e em forma de correção, isto é, de formação e transformação dos indivíduos em função de certas normas.¹⁷

¹⁵ A medicina, à semelhança de outras disciplinas, estava sujeita aos limites da morfologia do modelo científico que triunfava no final do século XVIII. Dessa forma, qualquer teoria ou conceito que não estivesse de acordo com os dogmas dessa razão científica era considerada não científica, portanto não verdadeira. Madel Luz ilustra bem esse regime de legitimação das verdades, o qual se mantém até os dias de hoje: “[...] o modelo racionalista, mecanicista e dualista da racionalidade científica, dominante também na medicina, dificulta ou mesmo impossibilita o reconhecimento de outras ‘verdades’, isto é, de outras teorias e conceitos contrários ao reducionismo da clínica anatomopatológica e da fisiologia mecânica, baseada na química analítica do enciclopedista Lavoisier” LUZ, Madel. T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. São Paulo: HUCITEC, 2012. p. 159-160.

¹⁶ FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2010. p. 103.

¹⁷ FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2010. p. 103

A disciplina implica um registro contínuo, tendo como instrumento fundamental o exame, que constitui em:

[...] vigilância permanente, classificatória, que permite distribuir os indivíduos, julgá-los, medi-los, localizá-los e, por conseguinte, utilizá-los ao máximo. Através do exame, a individualidade torna-se um elemento pertinente para o exercício do poder.¹⁸

E é justamente a introdução de mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que vai possibilitar sua medicalização.

Esse processo de medicalização deu origem às características dos hospitais modernos, que são voltados à saúde do indivíduo em particular e à população em conjunto. Destarte, vislumbra-se a centralização do saber médico e, conseqüentemente, da saúde no espaço hospitalar e “[...] o indivíduo e a população são dados simultaneamente como objetos de saber e alvos de intervenção da medicina, graças à tecnologia hospitalar”.¹⁹ Em outras palavras, “[...] o corpo individual, tanto quanto o ‘corpo social’, coletivo de corpos individuais, é o alvo privilegiado da intervenção médica, o grande laboratório vivo do progresso médico-farmacêutico”.²⁰

Nesse cenário, Ivan Illich assevera que uma das maiores epidemias do nosso tempo é causada pela iatro-

¹⁸ FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2010. p. 107

¹⁹ A disciplinarização do espaço médico implicou na criação de uma medicina individualizante. Com efeito, o indivíduo passou a ser concebido como objeto do saber e da prática dos médicos, mas o registro contínuo de cada paciente vai possibilitar a constatação de fenômenos patológicos comuns a toda a população. FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2010. p. 111.

²⁰ Nessa linha de argumentação Madel Luz conclui que, “[...] a concepção de corpo doente, como corpo individual, objeto de intervenção médica, ajuda a constituir o indivíduo moderno, este átomo de um corpo mais amplo que a razão social ordena. A medicina, elaborando no discurso a categoria, e na prática social – através da clínica – o sujeito paciente, desviante de um quadro geral de normalidade (média), ajuda a constituir o sujeito individual como objeto de ordenação da racionalidade social” LUZ, Madel. T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. São Paulo: HUCITEC, 2012. p. 130.

genia²¹ médica. Segundo o autor, “[...] a sociedade precisa evitar a medicalização da vida, voltar à natureza, aprender a viver com a dor e suportar a morte.”²²

Vislumbra-se um período de proliferação de medicamentos e certa anarquia farmacêutica, dando origem não somente à dependência cada vez maior do indivíduo a esses produtos, como também problemas de saúde decorrentes de efeitos tóxicos colaterais de várias drogas de uso corrente.²³

Verifica-se que as ações e os programas de saúde pública destinados à conscientização da população, a fim de assegurarem a participação de todos na construção do sistema, à medida que se incorporam ao cotidiano da classe menos abastada, não têm ocorrido como condição formativa ou educativa, ficando relegadas simplesmente ao plano informativo.²⁴

Como decorrência da referida constatação, temos que os valores que vêm de fora do ambiente cotidianamente vivenciado pelo agrupamento social instalam-se nele, no geral, pela via normativa e impositiva e, ao invés de se tornarem um mecanismo de aprendizado útil e consciente, reduzem-se ao mero descumprimento ou parcial cumprimento de tarefas impostas pelas regras.

E esse descumprimento, ou cumprimento parcial das prescrições sanitárias, decorre de um conflito entre pontos de vista distintos assumidos pela autoridade e pelo cidadão, na medida em que, para o primeiro, as doenças são institutos abstratos, fonte de lucro e poder profissional; enquanto para o segundo, elas representam a materialização de hábitos arraigados e de circunstâncias alheias à sua vontade, tais como o ambiente laboral,

o trânsito das grandes cidades e a condição financeira de cada um. Nesse sentido, “[...] a prescrição pode ser vista como uma intromissão do objetivo no subjetivo, do impessoal no pessoal, do cognitivo no afetivo, do espaço técnico-experimental no espaço natural.”²⁵

Destarte, essa situação implica na automatização de condutas que obedecem a um planejamento massificado do saber elaborado fora do contexto cultural de origem dos sujeitos objeto das ações, cujo poder, que lhe seria próprio, fica reduzido a um grau mínimo de relevância.²⁶

O profissional da área, ou o profissional responsável pela informação, detém o monopólio do saber e os outros recebem acesso às informações na medida em que é desejável. O detentor da informação se transforma em um fator social próprio, capaz de uma produção artificial de necessidades,²⁷ sobretudo com o recurso da publicidade moderna. Dessa forma, o profissional se torna intangível, e o seu apelo à ciência, irrefutável.

De fato, os pacientes não têm acesso às informações sobre o seu tratamento e devem adquirir os medicamentos indicados na receita médica, a despeito da possibilidade de arcar com tratamentos mais baratos e com remédios genéricos.

A hegemonia torna-se a arma ideal para garantir a imutabilidade das condições de vida e do estado de bem-estar, produzindo um sujeito aprisionado, vítima de um processo de marginalização sociocultural, sem saber e sem poder.

A hierarquizada relação médico-paciente é marcada, pois, pela falta de diálogo. As consequências disso se refletem negativamente no sistema de saúde. De fato, na luta pela autoridade científica, está em jogo o poder de impor uma definição de ciência que mais esteja de acordo com os interesses específicos do agente.

²¹ “Iatrogenia deriva do grego: segundo Littré, *iatrom* era o local onde os médicos da antiguidade guardavam seus instrumentos, praticavam operações, reduziam luxações e fraturas, davam consultas [...] Adveio daí, portanto, a expressão ‘doença iatrogênica’, que significa mais do que a enfermidade causada pelo médico especificamente, mas qualquer alteração patológica provocada em um indivíduo por tratamento errôneo ou inadvertido [...] A doença iatrogênica, enfim, representa a patologia da terapêutica, por mais paradoxal que possa parecer” GARRAFA, Volnei. *Contra o monopólio da saúde: temas para debate*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983. p. 38-39.

²² ILLICH, Ivan. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. p. 57.

²³ MELLO, Carlos Gentile. *Rev. Adm. Pública*, 2012, p. 221-223.

²⁴ LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti (Org.). *Promoção de saúde ou a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2004. p. 61.

²⁵ LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti (Org.). *Promoção de saúde ou a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2004. p. 62.

²⁶ CHAMMÉ, Sebastião Jorge. Intervenção sanitária na saúde e doença. In: CANESQUI, A. M (Org.). *Ciências Sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: HUCITEC: FAPESPE, 2000. p. 274.

²⁷ GARRAFA, Volnei. *Contra o monopólio da saúde: temas para debate*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983. p. 65-66.

A definição mais apropriada será a que lhe permita ocupar legitimamente a posição dominante e a que assegure, aos talentos científicos de que ele é detentor a título pessoal ou institucional, a mais alta posição na hierarquia dos valores científicos.²⁸

Como a Administração Pública não consegue lidar com tais problemas, acaba por exportá-los para o Judiciário.

Para que a sociedade não abra mão da sua liberdade política, especialmente no tocante à formulação de políticas públicas de saúde, Hans-Georg Gadamer²⁹ sugere, por um lado, que a ciência desempenhe seu papel e faça sua desmistificação pelos meios apropriados da informação crítica e da disciplina metódica, e, por outro, que seja retirado da ciência a tarefa de controle de sua aplicação. Esclarece o autor que:

Controlar a aplicação daquele nosso ser-capaz-de-fazer, que é possibilitado cientificamente, não é tarefa da ciência, mas permanece como uma tarefa política. Ao contrário, também, não é tarefa de política, mas de ciência, controlar suas próprias necessidades, investimentos, tempo e dinheiro, etc. Em última análise, essa é a função da crítica científica.³⁰

Essa liberdade do cidadão deve ser especialmente estimulada e assegurada na área da ciência médica, pois tal ciência não lida com a produção de algo artificial, mas antes com o restabelecimento do natural. A noção de saúde está ligada tanto à ciência médica como ao sujeito, à pessoa. Ela é um estado e não algo a ser diagnosticado. O papel da ciência médica, e do médico, não é, portanto, fazer saúde, mas trabalhar para que ela se restabeleça.

Em verdade, a própria formação médica do profissional de saúde parece olvidar-se do fato de que a medicina lida com seres humanos, repletos de história, de costumes e de crenças que, em alguma medida, interfe-

rem no modo com que cada um encara seu tratamento. De fato, “[...] formando técnicos – alguns muito bons e outros nem tanto – especializados em cuidar muito mais de doenças do que de doentes”³¹

Diante dessa relação distante entre médico e paciente, tão-somente a autoridade do médico, que lhe é conferida pelo saber técnico que possui, e cuja aplicação constitui monopólio de sua classe profissional, pode legitimar sua ação.

O que se sugere é que o médico pode dominar sua técnica - a medicina, mas não lhe é dado dominar seu paciente e transformá-lo em um objeto de sua atividade. Deve-se superar o monólogo que costuma dominar as relações médico-paciente em direção ao estabelecimento de um diálogo, o qual pode ser estimulado pela observância a três diretrizes: simplificação, desmonopolização e transferência. A simplificação implica na eliminação do desnecessário, a fim de evitar a obstacularização do trabalho e torná-lo acessível a uma maior parte da população. A desmonopolização, como o próprio nome sugere, refere-se à redistribuição justa do conhecimento. Por fim, a transferência propõe o abandono da centralização nos médicos da prática tecnológica destinada à realização de diagnósticos, como o manuseio de equipamentos, de instrumentos e de materiais permitindo que outros atores participem da cena.³²

Essa nova dinâmica permite que o paciente contribua com seu tratamento e que o médico possa dividir suas responsabilidades e tarefas com outros atores das cenas dos hospitais, bem como evitar eventuais abusos, e não transformar seu paciente em mais um “caso” dentre outros tantos que vivencia em seu cotidiano.³³

4 Os limites do direito à saúde após a Constituição Federal de 1988: novas distorções

Verifica-se que o conceito de saúde sofreu alterações ao longo da história, tendo sido alvo de debates mais intensos no período da Revolução Industrial. De

²⁸ BOURDIEU, Pierre. *Sociologia*. São Paulo: Ática, 1983. p. 128.

²⁹ Nas reflexões de Gadamer acerca da saúde e da ciência médica ficam claros os pressupostos de sua teoria desenvolvida especialmente em *Verdade e Método*, artigo integrante da coletânea *O caráter oculto da saúde*. A ideia central é que, se o problema hermenêutico não se resume ao estudo metodológico das ciências modernas, ainda que essa seja a pretensão da ciência, da mesma forma a saúde não se resume ao método da ciência médica. A partir do ponto de vista hermenêutico, da redefinição da relação sujeito e objeto e da atenção ao papel da tradição, o autor busca definir o que é saúde na relação que se estabelece entre o indivíduo, a sociedade e a ciência médica.

³⁰ GADAMER, Hans-Georg. *O caráter oculto da saúde*. Petrópolis: Vozes, 2006. p. 370.

³¹ LOTTENBERG, Claudio. *A saúde brasileira pode dar certo*. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 80.

³² GARRAFA, Volnei. *Contra o monopólio da saúde: temas para debate*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983. p. 40-41.

³³ GADAMER, Hans-Georg. *O caráter oculto da saúde*. Petrópolis: Vozes, 2006. p. 370-371.

um lado, propugnava-se pela ligação da saúde a fatores alheios ao corpo humano propriamente dito, tais como o meio ambiente, o trabalho, a alimentação e a moradia. De outro lado, defendia-se a estrita correlação entre saúde e ausência de doenças. A descoberta dos germes causadores de doença e o seu subsequente isolamento, que possibilitou o desenvolvimento de remédios específicos, somada ao verdadeiro culto à ciência, predominante no século XX, induziu à disseminação popular do conceito de saúde como ausência de doenças.³⁴

Com efeito, é necessário desvendar os vários sentidos que envolvem o conceito moderno de saúde, o qual se refere tanto à percepção de sua dependência das condições de vida e sua organização social, como à noção de ausência de doenças. Tal amplitude foi aceita pela sociedade que sobreviveu à Segunda Grande Guerra do século XX, como forma de assegurar alguns dos direitos considerados essenciais aos homens, e ficou clara na criação da Organização Mundial de Saúde (OMS) que, no preâmbulo de sua Constituição (1946), assim conceitua: “[...] saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”.

O documento em questão reflete a superação da visão fragmentada e reducionista, baseada na ideia de que saúde deveria ser vista negativamente como ausência de doença, a fim de se alcançar uma visão ampliada sobre o tema, em que a saúde seria um meio para a vida.

A partir do surgimento da medicina social, abandona-se a visão de que a intervenção médica no corpo dos indivíduos ou do coletivo social seria suficiente para o restabelecimento do estado de saúde dos cidadãos, deteriorado pela própria estrutura social. Em última análise, são as condições sociais e econômicas que explicam o surgimento de doenças e, para que haja saúde, é necessário que se mude a sociedade pois, “[...] onde o homem é livre, próspero, educado e democrata, não há doenças”.³⁵

³⁴ Essa corrente de pensamento tem origem nos trabalhos de Descartes, o qual identificava o corpo humano à máquina, em consonância com o pensamento dominante no século XIX, baseado no caráter mecanicista da doença. Nesse sentido, “[...] sob o predomínio da máquina, a sociedade industrial procurou explicar a doença como sendo o defeito na linha de montagem que exigia reparo especializado”. DALLARI, Sueli Gandolfi. *Os Estados brasileiros e o direito à saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1995. p. 18.

³⁵ LUZ, Madel. T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. São Paulo: HUCITEC, 2012. p. 132.

Desse modo, a doença passou a ser compreendida como problema social, determinada em larga medida por condições extrassanitárias, merecendo a atenção de todos, na medida em que afetava o interesse de toda a coletividade e das classes dominantes em particular.³⁶

A saúde depende então, concomitantemente, de características individuais, físicas e psicológicas, mas também do ambiente social e econômico, tanto daquele mais próximo das pessoas, como daquele que condiciona a vida dos Estados.³⁷ Assim, “[...] o caráter atual do direito à saúde resulta das aspirações individuais combinadas à convicção de que o Estado é responsável pela saúde, seja para atender aqueles desejos, seja para cumprir sua finalidade”.³⁸

De uma conceituação meramente biológica, passamos a uma associação legítima dessa realidade com a qualidade de vida do indivíduo, representada pelas condições dignas a que todo cidadão tem direito: envelhecer de forma saudável e confortável, ladeado por condições ambientais compatíveis com sua dignidade e cidadania. Em outras palavras, “[...] considerar o homem e seus problemas fora do contexto social é uma abstração teórica que condiciona profundos erros de interpretação”.³⁹

A saúde é, portanto, algo interior. Um bem-estar oculto que permite que o indivíduo se volte para fora, esqueça-se de sua condição e se abra para a experiência do mundo. É o estar-aí.⁴⁰

Não obstante a sociedade que sobreviveu às Grandes Guerras mundiais ter adotado um novo pacto social, reconhecendo a essencialidade do equilíbrio interno e do homem com o ambiente (bem-estar físico, mental e social)

³⁶ MELLO, Carlos Gentile. *Rev. Adm. Pública*, 2012, p. 15.

³⁷ MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 3. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 47.

³⁸ DALLARI, Sueli Gandolfi. *Os Estados brasileiros e o direito à saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1995. p. 20.

³⁹ MELLO, Carlos Gentile. *Rev. Adm. Pública*, 2012, p. 14

⁴⁰ “É que saúde não é, de maneira alguma, um sentir-se, mas é estar-aí, estar-no-mundo, estar-com-pessoas, sentir-se ativo e prazerosamente satisfeito com as próprias tarefas da vida” GADAMER, Hans-Georg. *O caráter oculto da saúde*. Petrópolis: Vozes, 2006. p. 82.

para a conceituação da saúde, recuperando a experiência anterior da humanidade, ainda predomina na sociedade contemporânea a compreensão de que ter saúde é não estar doente.⁴¹ E por doença entende-se aquela “[...] condição adversa a ser unicamente enfrentada pelo consumo individual ou coletivo de produtos e serviços (tanto de natureza curativa quanto preventiva), crescentemente sofisticados”,⁴² em consonância a uma visão estreitamente biomédica.

A doença passa a ser vista como:

[...] estado oscilante de desvios, em face de uma norma estabelecida pela observação (clínica, de laboratório), que não dispõe de valores ou modos de ser absolutos, mas de maneiras previsíveis de agir e de funcionar, devido às funções a cumprir, num todo orgânico de partes interdependentes.⁴³

A medicina torna-se, por conseguinte, uma ciência das doenças, transformando a questão da vida numa questão metafísica, irrelevante para o conhecimento. Desse modo:

“[...] a observação, a descrição e classificação, mais a busca de ‘causas eficientes’ (explicação em termos de antecedente-consequente) das doenças no corpo humano constituem o objetivo fundamental de conhecimento da medicina moderna”.⁴⁴

Esse fato deve-se à adoção do modelo hospitalocêntrico, o qual é marcado pela crença de que a medicina ideal é aquela fundamentalmente diagnóstica, dependente, por conseguinte, de instrumentos cada vez mais avançados, na medida em que incorpora ao leigo a ideia de que o consumo tecnológico desenfreado será a salvação para todos os males da sociedade.⁴⁵

Destarte, a própria formação cientificista dos profissionais de saúde leva a um comportamento individualista deles, estimulado também pela inexistência de

políticas públicas de saúde adequadas às aspirações da maioria da população à margem dos serviços de saúde.⁴⁶ Ademais, as instituições de ensino perpetuam um aprendizado baseado em livros de função individualizada, sem visão integrada e sinérgica com outros profissionais da área de saúde.

No tocante à distribuição social das doenças no País, evidencia-se atualmente um fenômeno que vem sendo denominado como “transição epidemiológica”, o qual pode ser traduzido como a convivência de doenças infantis e infecto-contagiosas, predominantes nas classes menos abastadas, com doenças crônicas e degenerativas, as quais podem ser atribuídas, em princípio, às elites.⁴⁷ Esse quadro presente no mundo contemporâneo implica em significativo impacto sobre o campo da saúde:

“[...] seja no nível do seu objeto – o processo saúde-enfermidade de indivíduos e coletividades – seja no nível do instrumental teórico metodológico em que se apóiam o conhecer e o fazer sanitário”.⁴⁸

Ademais, as políticas públicas destinadas à assistência médica das camadas menos abastadas da sociedade, geralmente orientadas para o combate às endemias, são caracterizadas pela descontinuidade e pela ineficiência, justamente em razão da concepção estreita e biologicizante da definição de políticas públicas predominante no país.⁴⁹

Sob esse prisma, o discurso e a prática sanitária dominantes, baseados no modelo biomédico, entram em crise, tornando-se incapazes de proporcionar a melhoria da saúde da população e inadequados para a instrumentalização de políticas públicas que resultem em intervenções adequadas.

Nessa linha de argumentação, é importante compreender o significado do direito à saúde estabelecido na Constituição Federal de 1988. Pode-se dizer que o conceito é formado por um núcleo determinado – a ausência

⁴¹ BUCCI, Maria Paula Dallari. O Conceito de Política Pública em Direito. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org.). *Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico*. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 247-266.

⁴² LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti (Org.). *Promoção de saúde ou a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2004. p. 31.

⁴³ LUZ, Madel. T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. São Paulo: HUCITEC, 2012. p. 138.

⁴⁴ LUZ, Madel. T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. São Paulo: HUCITEC, 2012. p. 127-130.

⁴⁵ LOTTENBERG, Claudio. *A saúde brasileira pode dar certo*. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 38

⁴⁶ LOTTENBERG, Claudio. *A saúde brasileira pode dar certo*. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 38

⁴⁷ COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo M. (Org.). *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. 4. ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2001. p. 39.

⁴⁸ CARVALHO, A. I. Da saúde pública às políticas saudáveis: saúde e cidadania na Pós-modernidade. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 104-121, 2006.

⁴⁹ COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo M. (Org.). *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. 4. ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2001. p. 40-41.

manifesta de doença, e por outro indeterminado, qual seja, o bem-estar físico, mental e social.⁵⁰

Destarte, o conceito de saúde é formado por palavras indeterminadas, o que não implica na impossibilidade real de determinação do seu significado. Em verdade, torna-se necessário esclarecer os termos ambíguos, os quais definem o conceito de saúde, para delimitar o campo de incidência das regras jurídicas relacionadas ao tema. Como o próprio legislador não o fez, deve o operador do direito buscar elementos na realidade, no contexto ao qual está submetida a saúde, para alcançar a precisão desse conceito jurídico.⁵¹

Por outro lado, a tradição privatista que dominou as ações de saúde durante décadas não pôde simplesmente ser extirpada dos serviços de saúde. Da mesma forma, os interesses de influentes grupos privados que não foram contemplados na Constituição não abandonaram a cena política e não demorariam a estar novamente influenciando o discurso constitucional e a produção legislativa infraconstitucional.

A participação, em caráter complementar, das instituições privadas do setor no Sistema Único de Saúde, por conseguinte, foi positivada no artigo 197 da Constituição Federal, cabendo ao Poder Público sua fiscalização e controle.⁵²

Com efeito, não se pode negar que algumas das reivindicações da agenda privatista também foram inseridas no texto constitucional. Afinal, a partir dos parâmetros constitucionais, todas as identidades relevantes possuem papel significativo na elaboração de novas diretrizes, pois “[...] as tradições pré-revolucionárias não são completamente erradicadas, mas transformadas e seletivamente incorporadas na nova ordem forjada pelo sujeito constitucional”⁵³.

Várias práticas apontam para uma crescente privatização da saúde pública. No entanto, na nova conjuntura inserida pela Constituição Federal de 1988 não é mais

possível identificar claramente a ação de grupos comprometidos com a defesa de interesses coletivos na área de saúde, destinada à prevenção de doenças e saneamento básico, e outro grupo, comprometido com interesses econômicos, voltado a uma individualização lucrativa do sistema de saúde.⁵⁴

A saúde suplementar ganhou grande projeção no cenário nacional, definindo uma nova exclusão após a Constituição de 1988. O crescimento do setor privado recebeu tratamento legal, por meio da Lei nº 9.961/00, regulamentada pelo Decreto nº 3.327/00, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), além de regulamentar o plano de saúde e o seguro privado de assistência à saúde. A regulamentação e a regulação do setor privado acabaram por reafirmar a segmentação entre o sistema público e o privado, além de realçar as desigualdades latentes e o papel de cliente que os cidadãos desempenhavam nesse cenário.

Ao mesmo tempo em que se verifica uma visão de saúde vinculada aos ideais do Estado Liberal, convive-se atualmente com outras ações que veiculam uma influência das diretrizes que caracterizavam o Estado Social, notadamente a intervenção do Poder Judiciário no sistema público de saúde. As ordens judiciais se direcionam especialmente à concretização do direito à saúde, notadamente na modalidade de serviços curativos, tais como medicamentos de alto custo, cirurgias e internações em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs).

No entanto, a formatação atual dessa intervenção não tem contribuído para a redução da dependência do cidadão em relação ao Estado e, tampouco, tem colaborado para o desenvolvimento do SUS. Ao contrário, da forma como tem ocorrido, as ações judiciais demonstram um potencial para realçar desigualdades, na medida em que a atuação dos magistrados se dirige àqueles que possuem conhecimento dos seus direitos e mobilização suficiente. Os segmentos mais excluídos da sociedade brasileira dificilmente vão à justiça reclamar seus direitos, até porque, pela hipossuficiência cultural, no mais das vezes, nem conhecem esses direitos. Esses segmentos continuam dependentes das políticas universalistas implementa-

⁵⁰ DALLARI, Sueli Gandolfi. *Os Estados brasileiros e o direito à saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1995. p. 30.

⁵¹ DALLARI, Sueli Gandolfi. *Os Estados brasileiros e o direito à saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1995. p. 27.

⁵² COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo M. (Org.). *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. 4. ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2001. p. 50.

⁵³ ROSENFELD, Michel. *A identidade do sujeito constitucional*. Belo Horizonte: Mandamentos, 2003. p. 35.

⁵⁴ CASTRO, Marcus Faro de. Dimensões políticas e sociais do Direito Sanitário Brasileiro. In: ARANHA, Márcio Iório. *Direito sanitário e saúde pública: coletânea de textos*. Brasília: Editora MS, 2003. v. 1, p. 387.

das pelo Poder Executivo. Ademais, a intervenção judicial tem o condão de desvalorizar a participação social no âmbito da saúde.

De fato, com o propósito de realizar o direito à saúde, tanto influências privatistas como visões estatizantes têm interpretado esse direito de forma que podemos considerar incoerente com o paradigma do Estado Democrático de Direito.

5 Considerações finais

O presente estudo pretendeu tão-somente incitar o debate. Até que ponto o sistema de saúde brasileiro serviu, ao mesmo tempo, como instrumento de controle social e de exclusão das camadas marginalizadas da nossa sociedade? Por outro lado, a absorção dos ideais preconizados pelo movimento sanitaria na construção de um direito à saúde com acesso universal e igualitário aos serviços do SUS pela Constituição Federal de 1988 a tornou imune às influências de grupos privados ou interesses estatizantes?

No desenvolvimento deste estudo, deixamos entre mostrar nosso entendimento: a exclusão do sistema de saúde deu-se tanto na sua própria estrutura, pela forma como eram concebidas as políticas públicas, como nas microestruturas, por meio do domínio exercido pelo conhecimento médico. No entanto, tal exclusão que se apresentava de forma nítida antes da criação do Sistema Único de Saúde pela Constituição de 1988 assumiu uma forma mais sutil após a normatização das diretrizes de igualdade e de universalidade no atendimento à saúde. De fato, a suposta inclusão perpetrada pelo SUS ainda é marcada pela existência de milhares de brasileiros que estão à margem dos seus serviços, seja na prestação deficiente e na dificuldade de acesso aos serviços mais básicos por grande parte da população, seja na relação autoritária estabelecida entre o médico e o cidadão, o qual ainda é visto como mero cliente do sistema de saúde.

Nesse contexto de inclusão irreal, no qual é impossível dar atendimento ilimitado a todos, o princípio da equidade exige que os recursos escassos sejam distribuídos de modo a priorizar a redução ou a eliminação de diferenças entre indivíduos, que advêm de fatores evitáveis e injustos. E esse problema é, por conseguinte, exportado para os gabinetes dos juízes.

Destarte, os cidadãos são mais uma vez submetidos à condição de objeto da tutela estatal, em inobservância à participação popular prevista na própria Constituição Federal. A sociedade deve assumir a responsabilidade por suas escolhas, até aquelas mais difíceis, como os casos que envolvem o direito à saúde. Daí será mais legítimo de nossa parte, cidadãos, cobrar de nossos magistrados que, diante do caso concreto, sigam o caminho “[...] que parecer-lhe a direção certa em matéria de princípios políticos, e não uma atração passageira, por proporcionar uma decisão atraente no caso presente”⁵⁵

Referências

- AGAMBEN, Giorgio. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I*. Belo Horizonte: UFMG, 2002.
- BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. *Dicionário de política*. Brasília: UnB, 2004. v. 2.
- BOURDIEU, Pierre. *Sociologia*. São Paulo: Ática, 1983.
- BUCCI, Maria Paula Dallari. O Conceito de Política Pública em Direito. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org.). *Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico*. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 247-266.
- CARVALHO NETTO, Menelick de. A contribuição do Direito Administrativo enfocado da ótica do administrado para uma reflexão acerca dos fundamentos do controle de constitucionalidade das leis no Brasil: um pequeno exercício de Teoria da Constituição. *Fórum administrativo*, Belo Horizonte, ano 1, n. 1, p. 14-15, mar. 2001
- CARVALHO, A. I. Da saúde pública às políticas saudáveis: saúde e cidadania na Pós-modernidade. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 104-121, 2006.
- CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. *Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/90 e 8.142/90)*. Campinas, SP: Unicamp, 2002.
- CASTRO, Marcus Faro de. Dimensões políticas e sociais do Direito Sanitário Brasileiro. In: ARANHA, Márcio Iório. *Direito sanitário e saúde pública: coletânea de textos*. Brasília: Editora MS, 2003. p. 387, v. 1.
- CHAMMÉ, Sebastião Jorge. Intervenção sanitária na saúde e doença. In: CANESQUI, A.M (Org.). *Ciências Sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: HUCITEC: FAPESP, 2000. p. 274.

⁵⁵ DWORKIN, Ronald. *O Império do Direito*. São Paulo: M. Fontes, 2003. p. 150.

- COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo M. (Org.). *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. 4. ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2001.
- DALLARI, Sueli Gandolfi. *Os Estados brasileiros e o direito à saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1995.
- DWORKIN, Ronald. *O Império do Direito*. São Paulo: M. Fontes, 2003.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2010.
- GADAMER, Hans-Georg. *O caráter oculto da saúde*. Petrópolis: Vozes, 2006.
- GARRAFA, Volnei. *Contra o monopólio da saúde: temas para debate*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.
- ILLICH, Ivan. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti (Org.) *Promoção de saúde ou a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2004.
- LOTTENBERG, Claudio. *A saúde brasileira pode dar certo*. São Paulo: Atheneu, 2007.
- LUZ, Madel. T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. São Paulo: HUCITEC, 2012.
- MELLO, C.. Planejamento de saúde e desenvolvimento econômico. **Revista de Administração Pública**, Brasil, 11, nov. 2012. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6140/4756>. Acesso em: 03 Jun. 2013.
- MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 3. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.
- PÍOLA, Sérgio Francisco et al. Vinte anos da Constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira? *Políticas sociais: acompanhamento e análise: vinte anos da Constituição Federal*, Brasília, v. 1, n. 17, p. 97-174, 2009.
- RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Saúde: promessas e limites da Constituição*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
- ROSENFELD, Michel. *A identidade do sujeito constitucional*. Belo Horizonte: Mandamentos, 2003.

**Para publicar na revista Brasileira de Políticas Públicas,
acesse o endereço eletrônico www.publicacoesacademicas.uniceub.br.
Observe as normas de publicação, para facilitar e agilizar o trabalho de edição.**