

A INCONGRUÊNCIA DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL: DA TEORIA SOCIALISTA À PRÁTICA CAPITALISTA

Marcos Alex Mendes da Silva¹

SILVA, M. A. M. A incongruência do direito à saúde no brasil: da teoria socialista à prática capitalista. **Rev. Ciên. Jur. e Soc.** da UNIPAR. Umarama. v. 11, n. 1, p. 209-222, jan./jun. 2008.

RESUMO: O presente trabalho objetiva fazer uma reflexão teórica sobre o direito à saúde da população, contextualizando historicamente esta garantia, à luz das leis constitucionais e orgânicas do Sistema Único de Saúde, em consonância com a evolução paradigmática do Estado e da sociedade, tendo como pano de fundo a solidariedade que legitima a garantia desse direito social, sem contudo deixar de refletir as dificuldades de sua inserção em um cenário de economia capitalista.

PALAVRAS-CHAVE: direito à saúde, socialismo, capitalismo.

THE INCONGRUITY OF THE RIGHT TO HEALTH IN BRAZIL: FROM THE SOCIALIST THEORY TO THE CAPITALIST PRACTICE

ABSTRACT: This work aims to carry out a theoretical reflection on the population's right to health by contextualizing this guarantee historically in light of the constitutional and organic laws from the Sistema Único de Saúde, in line with the paradigmatic development of the State and society, having solidarity as a background which legitimizes the guarantee of such social right, as well as reflecting on the difficulties of its insertion in a capitalist economic scenario.

KEY WORDS: Right to Health. Socialism. Capitalism.

LA INCONGRUENCIA DEL DERECHO A LA SALUD EN BRASIL: DE LA TEORÍA SOCIALISTA A LA PRÁCTICA CAPITALISTA

RESUMEN: Este trabajo pretende hacer una reflexión teórica sobre el derecho a la salud de la población, contextualizando históricamente esta garantía a la luz de las leyes constitucionales y orgánicas del Sistema Único de Salud, en consonancia con la evolución paradigmática del Estado y de la sociedad, teniendo como trasfondo la solidaridad que legitima la garantía de ese derecho social, sin dejar

¹ Mestre e Especialista em Saúde Coletiva UFJF; Cirurgião-dentista e Professor da Fundação Dom André Arcoverde e da Universidade Severino Sombra. Endereço para correspondência: Rua Leon Mouffron nº 101 – Centro - Valença – RJ 27600-000 - Telefone: (24) 2453 3062 - marcosalexmenDES@uol.com.br

de reflejar las dificultades de su inserción en un escenario de economía capitalista.
PALABRAS CLAVE: derecho a la salud, socialismo, capitalismo.

INTRODUÇÃO

“...As desigualdades flagrantes na situação sanitária dos povos, tanto entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento, quanto no próprio interior dos países, são política, econômica e socialmente inaceitáveis (...)”
(OMS, 1990 apud Minayo, 1999)

A indignação da Organização Mundial de Saúde, pontuada nesta afirmação em 1990, refletia a profunda situação desigual pela qual vinham passando os países nas décadas anteriores, sobretudo no que dizia respeito à saúde, embora algumas iniciativas, a partir da preocupação levantada pelo Canadá, com a situação de vulnerabilidade social, refletindo diretamente na saúde, interligando estas duas áreas como cenário indissociável na conquista da qualidade de vida dos povos, indicador positivo do processo saúde-adoecimento, viessem sendo tomadas, a exemplo da Conferência Internacional de Alma Ata, em 1978, que sinalizou uma mudança paradigmática para a construção do conceito de saúde, a partir de então.

A saúde, entendida em todo seu contexto abrangente, já sendo trabalhada historicamente desde a década de 40, incorporava todos os fatores sócio-econômico-culturais como determinantes e condicionantes do processo de adoecimento e no, Brasil, acompanhava e se refletia de modo tão claro, de acordo com o cenário político que se desenvolvia, que passou inclusive a figurar, décadas adiante, no texto constitucional, ganhando ares de seguridade social.

Esta garantia constitucional possibilitou universalizar e democratizar todo o processo da saúde-seguridade a uma população demográfica e socialmente bastante desigual, configurando a saúde como direito de todos e dever do estado, numa perspectiva alentadora de reduzir altos indicadores de saúde, associados inclusive, a medidores de pobreza, o que, de fato, veio a acontecer, embora, ainda, de forma desigual.

Orgânica e legalmente, o início da década de 90 legitimou a saúde como direito de todos, mediante promulgação das leis orgânicas do SUS, 8080 e 8142, garantindo inclusive participação popular no modelo de gestão do sistema, por mecanismos próprios, mas, fundamentalmente, garantindo por lei o direito à saúde.

O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

O presente trabalho se constitui de uma revisão da literatura disponível, cuja fonte foram: artigos científicos publicados em periódicos de saúde pública; obras literárias de variados autores que discutiram assuntos referentes ao estudo; publicações do Ministério da Saúde, leis e programas, tendo como base de reflexão o texto constitucional aprovado pela assembléia nacional constituinte em 1988.

O acesso à literatura deu-se por meio de leitura direta das referidas obras impressas e por meio de consulta aos banco de dados eletrônicos, como <http://bases.bireme.br> e <http://www.lex.com.br>, sendo este último de legislação jurídica, do qual foram colhidas as informações científicas necessárias à presente discussão.

Para se compreender como evoluir a atenção à saúde disponibilizada para a população como sociedade civil, portadora de direitos e de deveres, é preciso acompanhar historicamente a evolução do papel do Estado como cuidador, ou mesmo legitimador dos direitos desta população. Compreende-se, este direito, pela ótica da dignidade da pessoa humana por meio da solidariedade, tão bem sinalizada pelo Estado Democrático de Direito (COAN, 2007).

Solidariedade esta, entendida como ação capaz de ajudar, sem contudo estabelecer uma relação de dependência entre cuidador e cuidado, anulando o segundo em benefício da transcendência do primeiro, como nos afirmou Caponi (2000), diferenciando ainda solidariedade de caridade compassiva, em que a primeira se torna ação não alienante, não escravizante, interdependente. O que Santos (2000) acrescenta, quando define solidariedade como sendo uma característica de um cenário, com o Estado crescentemente empenhado em exercer uma regulação redistributiva na sociedade, considerando a autonomia individual como possibilidade de produzir indivíduos fortes e, sobretudo cidadãos.

Embora, como o próprio Santos (2000) também afirmara, o consumismo, decorrente da hegemonia capitalista, impediu, no Brasil, o estabelecimento da figura do cidadão, aniquilando-a, desvirtuando o foco das classes alta e média, que se recusaram a sê-las e dos pobres que jamais puderam ser. As classes médias foram condicionadas a só quererem privilégios e não direitos, ainda conforme o autor.

Coan (2007) salientou a importância do constitucionalismo, neste processo evolutivo, legitimado pela tradição jurídica, como limitador e controlador do poder executivo, o que permitiu a consolidação de um Estado que fosse democrático e garantidor dos direitos dos cidadãos. Isso fez com que o constitucionalismo passasse a ser entendido como dispositivo formal desta consolidação democrática no Estado Moderno, o que explica a necessidade da incorporação da

garantia do direito, antes de tudo, como lei constitucional.

A despeito da evolução histórica do Estado, inicialmente Absolutista, com suas raízes fincadas no século XVI, com poderes ilimitados e garantidos por ordem divina, passando pelo Estado Liberal, perpetrado pela Revolução francesa, caracterizado pelo Estado mínimo de liberdades individuais, predominando o individualismo nas ações de saúde, até chegar ao Estado Social de Direito que incorporou o bem-estar social como responsabilidade do poder público, assegurado a todo cidadão, quando o Estado passou a ser um prestador de serviços, e a saúde deixou de ser um produto comprado, ou ato de caridade, e passou a ser um direito do cidadão, o Brasil alicerçou as bases da saúde pública, considerando um Estado provedor, em bases relacionais com a sociedade, de forma democrática, fundamentado na cidadania e no princípio da dignidade humana, respaldado pela Carta Magna de direito inalienável - o que caracteriza um Estado Democrático de Direito (COAN, 2007).

Esta trajetória do papel do Estado, ora detentor de poderes ilimitados, ora tolhido por leis sociais, configura, para a área da saúde, uma nova conceituação do processo saúde-adoecimento, uma vez direito garantido por lei. De uma conceituação meramente biológica, passamos a uma associação legítima desta realidade com a qualidade de vida do indivíduo, representado 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, como afirmaram Lima, Gerschman & Edler et. al. (2005). Desta forma, a saúde, com características e roupagem de seguridade social, está intrinsecamente associada à segurança pública, sendo esta também tomada como responsabilidade do Estado (federal, estadual e municipal) (COAN, 2007).

Uma conceituação moderna de saúde, segundo Dallari (1988), resultou de duas correntes: uma que buscava em grupos marginais e de condições de vida miseráveis a explicação do adoecimento, condicionado por estes fatores, e a outra, que tinha nos germes causadores de doenças, seu agente etiológico único, estando esta corrente associada à saúde meramente como ausência de doença.

Esta corrente não demorou muito a ser alijada com o passar do tempo, face à transformação ideológica pela qual passou o conceito de saúde, ganhando contornos legítimos de seguridade social, atrelado ao nascimento de um Estado de bem estar social.

No preâmbulo da Constituição Federal de 1946, no pós guerra, já tínhamos um conceito de saúde configurada como “bem estar físico, mental e social e não apenas ausência de doenças”, o que, em termos estruturais, resgatava uma compreensão da saúde proposta por Hipócrates², e apontava para a necessidade

² Filósofo grego que viveu no século IV a.C. e afirmava existir influência das cidades e do modo de vida de seus habitantes sobre sua saúde.

de mudança no modelo assistencial hegemônico (DALLARI, 1988), caracterizando, já naquele momento, a legitimação do processo de transformação que se seguiria na conceituação da saúde, passando de uma proposta abstrata, ou privilégio de poucos, a uma possibilidade mais real de se conquistar.

Transformação esta, que a OMS veio enfatizar por meio dos aspectos sociais incorporados à atenção primária à saúde, assunto proposto ao mundo na Declaração de Alma Ata, em 1978, alicerçado em valores e crenças comunitários associados ao exercício da atenção principal, (MARTINEZ-SANCHES & ROS, 2006).

Da conceituação da saúde em 1948, à proposta promocional de Alma Ata, em 1978, as referidas autoras justificam a transição conceitual neste período de 30 anos, pela incorporação das ciências sociais à sua significação, dada a abstração do conceito de saúde inicialmente proposto, beirando a utopia, por ser um estado estático – ou se tem ou não se tem saúde. O que ficou demonstrado por alguns estudos empíricos, demonstrando a saúde enquanto valor representativo, segundo diferentes grupos sociais avaliados, embora feita em países desenvolvidos inicialmente, remete a saúde a alguns significados próximos às suas realidades.

Pesquisas posteriores, relatadas aqui por Martinez-Sanches & Ros (2006), relacionavam o conceito de saúde às escolhas pessoais e ao estilo de vida, representação predominante na classe social alta; já a saúde associada a um valor a ser buscado, conquistado, foi o relato representativo da classe média; e a saúde associada a uma necessidade, ficou demonstrada como relato das classes social e economicamente menos favorecidas, compatível com o trabalho cotidianamente realizado, necessário a seu sustento. Esses resultados mostravam a coerência entre concepção de saúde e o meio em que as pessoas viviam.

A saúde como direito passa a ser discutida mundialmente a partir da “Declaração dos Direitos Humanos”, aprovada em 1948 pela Assembléia Geral das Nações Unidas, que, em seu artigo 25, afirma: “ ... todas as pessoas têm direito a um padrão de vida adequado à saúde e bem estar próprios e de sua família, particularmente alimentação, moradia, vestimentas e assistência médica e necessários serviços sociais, direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outra falta de meios de sobrevivência em circunstâncias fora de seu controle.” (DALLARI et al., 1996).

A concepção do direito à saúde como condições de vida e bem estar social constitui o chamado Direito Social, que ultrapassa a visão da oferta dos serviços de saúde, e que está intimamente associado à dignidade humana (AIMBERE, 2006), e é a que passa a figurar no cenário brasileiro, a partir de sua legitimação, decorrente de uma estrutura de Estado Democrático de Direito, com a Constituição Federal cidadã de 1988 (DALLARI et al., 1996).

Por essa premissa, a Constituição brasileira estabelece a pessoa humana como o sujeito de Direito legitimador de todo o ordenamento jurídico, ou seja, a pessoa humana é o valor máximo da República, independentemente de quaisquer características que os diferenciem, afastando-se com isso qualquer convicção calcada nos preceitos dos Estados Totalitários, que têm por base o pressuposto de que os seres humanos são encarados como supérfluos, e com grau de importância escalonados mediante suas condições sócio-econômicas (AIMBERE, 2006).

Logo, a idéia de dignidade humana deve ser buscada em função de um Direito Natural, posto tratar-se de um direito comum a todos e ligado à própria origem da humanidade, representando um padrão geral, indistinto, ainda segundo o referido autor.

Dallari (1988) diferenciou o direito à saúde na perspectiva individual, que privilegia a liberdade em sua mais ampla acepção, enquanto direito subjetivo e inerente a todo cidadão; e na perspectiva social, que privilegia a igualdade, com garantia das mesmas medidas de proteção e iguais cuidados de recuperação da saúde para todo o povo. Desta forma, somente a comunidade seria capaz de definir a amplitude do conceito de sua saúde e delimitar o alcance da liberdade e o da igualdade que, interagindo com o desenvolvimento do Estado, fundamentariam seu direito à saúde.

Não se desconsideram, assim, as diferenças regionais que predominam em um país com variados contrastes, convivendo em um mesmo território diferentes modos de adoecer e morrer (MINAYO, 1999).

Nogueira & Pires (2004), ao analisar o direito à saúde na perspectiva sócio-histórica, afirmaram que este direito deixou de ser visto como uma decorrência dos ideais humanitários de solidariedade somente (da moralidade ética, de justiça social e da necessidade básica associada à sobrevivência), para ser visto como uma exigência dos processos de acumulação de capital, mecanismo próprio dos sistemas capitalistas. Dessa forma, o direito à saúde ganha contornos mercantilistas, fazendo-se necessário pela ótica de quem o dá e não de quem o recebe, lógica evidente dos mercados capitalistas, convivendo com as premissas ideológicas de um Estado de bem estar social, o que carece de algumas explicações razoáveis da convivência teoricamente conflitiva.

Mas, o simples fato de a Constituição Federal Brasileira, em seu Título I, consagrar como um de seus princípios fundamentais a dignidade da pessoa humana, não pode levar-nos à conclusão de que a dignidade tenha, em razão disso, assegurado seu devido respeito e proteção no ordenamento jurídico (AIMBERE, 2006).

A Constituição Federal assegura a todos os cidadãos, brasileiros ou residentes no País, esse direito, sobretudo à saúde. Direito garantido pelo Poder Público nas esferas federal, estadual e municipal, por meio de políticas voltadas

para diminuir o risco de doenças e que possibilitem a implementação de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2003). Cabe, sobretudo ao Poder Legislativo, a elaboração de leis, inclusive as orçamentárias, que assegurem a implantação dessas ações; e ao Poder Executivo, por meio da definição de prioridades e da escolha dos meios, a sua realização (BRASIL, 2006a).

A mesma constituição assegura a saúde como bem jurídico e direito social, outorgando-lhe uma proteção jurídica especial - o Ministério Público brasileiro, anteriormente defensor do Estado, como defensor dos interesses do povo, com autonomia, independência e poder para tal, assegurando as características legítimas de um Estado Democrático de Direito, em que instituições fortes precisam existir para garantir os interesses da sociedade, sob o jugo da lei (BRASIL, 2006a).

O papel do Ministério Público passa a ser, doutrinariamente o de ajudar a legitimação dos interesses do cidadão na garantia de seus direitos, definido da seguinte forma no texto constitucional:

zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias à sua garantia (BRASIL, 1988).

Apesar do papel inovador do Ministério Público, o despreparo técnico na área de saúde acaba levando as decisões para o campo do Direito Penal, o que faz, muitas vezes, que a punição de gestores que fazem mau uso do sistema, não assegure o direito à saúde àqueles que dele necessitem (BRASIL, 2006a), criando assim uma lacuna entre o que normativamente se constitui como regra, não se refletindo em benefício para o usuário do sistema brasileiro de saúde.

Ainda que a instituição formal do Sistema Único de Saúde tenha se dado na Constituição Federal de 1988, suas origens remontam há muito mais tempo, a partir da crise do modelo médico assistencial privatista que se hegemonizou na segunda metade do século XX, induzido pelo processo da industrialização brasileira. Sua configuração veio assegurar o delineamento de um arcabouço legal sanitário, associado ao arcabouço político (desenvolvimento da política pública de saúde), visando satisfazer o interesse público (garantir o Direito à Saúde) (CAMPOS, 2006).

Em seu artigo, Alth (2006) afirmou que, uma vez definida pela Constituição a saúde como um direito fundamental e atribuído ao Estado o dever de promoção, proteção e recuperação da saúde, o Direito brasileiro iniciou um acelerado processo renovador, consolidando-se como Direito Sanitário, enraizado em bases jurídicas, ao definir princípios, objetivos e diretrizes, para que o Direito

à saúde fosse uma realidade nacional.

As mudanças políticas e econômicas que se deram nos anos 1970 e 1980 determinaram o esgotamento do modelo sanitário tecnicista. Essa crise e o processo de redemocratização do país determinaram novos rumos nas políticas públicas e fizeram surgir, na arena sanitária, sujeitos sociais que propunham um modelo alternativo de atenção à saúde (BRASIL, 2006).

O ambiente constitucional era de forte rejeição à centralização imposta, autoritariamente, pelo regime militar. Por isso, associou-se descentralização com democratização, e ampliaram-se os direitos sociais da cidadania, integrando-se, sob o conceito de seguridade social, a proteção de direitos individuais (previdência) à proteção de direitos coletivos (saúde e assistência social). Esse processo se fez por meio da descentralização de competências e de receitas tributárias para Estados e municípios. Na Saúde houve, naquele momento, uma clara preferência pela municipalização, que viria como resposta aos anseios da reforma sanitária brasileira (BRASIL, 2006).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, quando foram lançadas as bases doutrinárias de um novo sistema público de saúde, teve desdobramentos imediatos num conjunto de trabalhos técnicos desenvolvidos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária, que serviriam de base à elaboração da Seção da Saúde da Constituição Federal de 1988. O relatório final da conferência colocou três grandes referenciais para a reforma sanitária brasileira: um conceito amplo de saúde; a saúde como direito da cidadania e dever do Estado; a instituição de um sistema único de saúde, organizado pelos princípios da universalidade, integralidade, da descentralização e da participação comunitária (BRASIL, 2006).

O SUS, assim constituído, portador da aspiração da universalidade do acesso populacional e da integralidade da atenção, revela-se importante cenário de exercício dos direitos universais, apresentando instâncias de deliberação democrática, de caráter de negociação e participativo, no qual a concretização desses direitos torna-se viável (NASCIMENTO, 2006), por meio dos conselhos e conferências de saúde, espaços abertos legitimamente para essas ações democráticas (BRASIL, 1990a).

Estudos de Machado (2006), em Porto Alegre, demonstraram claramente a importância dos Conselhos de Saúde na formulação e acompanhamento das políticas públicas de saúde, permitindo-lhes novas estratégias na luta pela garantia do direito à saúde. O MP configura-se como importante parceiro dos usuários nessa disputa, em que o princípio da integralidade aparece como recurso legal almejado, encaminhado freqüentemente pelos usuários ao Ministério, no intuito de garantir seu direito à saúde.

Com o passar do tempo, embora toda a legislação apontasse para o aces-

so às ações de saúde, no seu mais ampliado conceito, como garantia do Estado, o discurso da prática mostrou uma situação diferente, em que a busca desse direito muitas vezes precisou ser coletivamente reivindicada, e assim, o Estado (DALLARI et al., 1996), provedor, passa a ser compreendido como poder hierárquico superior que, embora não precisasse, deve ser constantemente pressionado pela sociedade civil organizada, politicamente constituída, para ter seus direitos garantidos, utilizando-se, para tanto, dos canais institucionalizados.

Os autores ainda informaram que os direitos não garantidos pelo poder Executivo, passam a ser assegurados pelo poder legislativo, que reúne os representantes do povo, e por fim, na insuficiência do legislativo, esta garantia do direito à saúde será salvaguardada por meio do poder judiciário, devidamente requisitado. Refaz-se aqui a lógica dos poderes nacionais na proteção do cidadão, característica fundamental dos Estados modernos, de direito social.

Embora, ao revés, o Poder Judiciário venha encontrando grandes dificuldades em proteger e efetivar a dignidade da pessoa humana e os direitos fundamentais por ela consagrados, principalmente quando a garantia desses direitos guarda relação com as minorias sociais (AIMBERE, 2006).

O autor ainda assinala que não se pode deixar de reconhecer como elemento complicador à efetivação desses direitos a omissão do Poder Legislativo, que insiste em ignorar, e, com isso, deixa de positivar os novos fenômenos sociais que efetivamente se tornam uma realidade incontestável no seio de nossa sociedade.

E, com isso, Bahia (2005) mostrou que no Brasil a insuficiência na garantia do direito à saúde pelo Estado, permite conviver, harmoniosamente, um expressivo mercado de serviços e empresas suplementares de planos de saúde privadas, em constante tensão com o sistema público universal de atenção à saúde. O resultado deste conflito tem sido o aumento efetivo das desigualdades sociais, o que coloca em risco o caráter universal do SUS, descaracterizando o caráter provedor a que o Estado se propõe.

É a expressão da resistência da saúde privada em se colocar de forma complementar às ações públicas de saúde, claramente definida como diretriz do sistema, na Lei Orgânica 8080 de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o SUS, caracterizando tensões financeiras em um sistema de economia capitalista (BRASIL, 1990).

O CONFLITO DAS IDÉIAS QUE PERPASSAM POR CONFLITOS DE INTERESSES – A INCONGRUÊNCIA ESTABELECIDADA

Cabe aqui elencar alguns conflitos que emergem a partir da contribuição de alguns autores sobre a implantação e sobrevivência da saúde como direito

universal de todo cidadão, legitimado por leis federais.

O primeiro ponto em questão diz respeito à trajetória do comportamento do Estado brasileiro frente às necessidades da população, no que diz respeito à saúde. No Brasil, como afirmou Coan (2007), a transposição de um estado liberal para um estado democrático de direito suplantou a etapa do estado social de direito, chegando assim a uma visão enviesada e distorcida de como ter esses direitos garantidos legitimamente. Faz-se necessário, desta forma, a participação popular efetiva na busca destes direitos, embora nem sempre preparada para essa função, como tão bem afirmaram Bahia (2005), Nascimento (2006) e Brasil (1990a).

O questionamento que surge em face desta situação é se torna necessária a luta heróica da população para ter seus direitos à saúde garantidos, ou se a Constituição Federal e as Leis Orgânicas do SUS por si só não garantiriam esses direitos. Ou ainda, se a falta de acesso das pessoas a essas informações, automaticamente não as excluiria dessa população constituída de direito. Ou ainda, se a suficiência do poder executivo enquanto garantidor, não pouparia as ações do legislativo e do judiciário como coadjuvante do usuário na garantia do direito.

E se assim se faz, a raiz do questionamento está em entender os nós críticos da insolvência gerencial e gestora do poder executivo no Brasil.

Como fator complicador, como explicar a insuficiência do poder judiciário, afirmado por Aimbere (2006), na garantia do direito à saúde, quando da ineficiência das outras instâncias federativas em garanti-lo? A quem recorrer, quando o poder judiciário mostra-se incapaz e funciona como estratégia última para proteção do usuário, embora Machado (2006) tenha assegurado o MP como importante aliado destes na conquista de seus direitos?

Um segundo ponto a ser discutido diz respeito à afirmação de Nogueira & Pires (2004), da apropriação do sistema capitalista do dever de garantir o direito à saúde, decorrente do processo de acúmulo de capital, invertendo totalmente a lógica humanitária em torno deste direito.

Como conviver com uma lógica de pensamento socialista, do direito à saúde garantido por um Estado democrático, tendo a saúde se tornado refém da lógica capitalista, financeiramente rentável, entendida nacionalmente como valor de mercado, e muitas vezes corroborado pelos gestores de saúde?

Por fim, como conceber um sistema de saúde universalista, constituído à lógica da solidariedade, se materializar em meio a uma sociedade genuinamente capitalista, em que a garantia do direito à saúde passa a ser privilégio de poucos, e não valor universal.

Com isso, não estariam nossos cidadãos mais interessados em valores materiais individuais, decorrente do consumismo implícito na economia capitalista, como afirmou Santos (2000), do que em valores morais coletivos, que

respaldem uma conduta cidadã, ceifando-lhes o foco real de uma redistribuição socialista?

Para os ideais capitalistas, quanto maior a participação do Estado na economia, menor seu crescimento, uma vez que este, enquanto órgão produtivo, mostra-se pouco eficaz, fato esse que corrobora as afirmativas neoliberais que apontam as privatizações como solução para uma economia estagnada, conflitando com os pressupostos sociais de nossa constituição cidadã. E com isso, como configurar um sistema de bem estar social, em que predomina o lucro das ações, e esse o engessa?

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Para tantas indagações, baseado nos relatos dos referidos autores, encontram-se poucas respostas, ou seja, a prática do sistema parece decompor os conceitos historicamente construídos.

A interpretação possível para o comportamento do Estado brasileiro, democrático por constituição, frente aos desafios do setor saúde, encontra fundamento na constituição cultural de seus gestores, acostumados durante décadas a fazer de suas funções, extensão de seus anseios próprios, que transcendem os interesses coletivos.

Em função disso, parece provável que os direitos à saúde, garantidos por lei, a todos os cidadãos, sejam tão pouco divulgados, quando não omitidos, necessitando que a população, heroicamente, precise lutar para ter esse cuidado assegurado. Associado a isso, nós temos toda questão histórica e cultural de uma sociedade tolhida e controlada por interesses particulares minoritários.

A materialização do SUS como sistema público universal, garantidor desses direitos, implicará definir que opção valorativa a sociedade brasileira irá tomar para o seu desenvolvimento econômico e social. Essa opção talvez não tenha sido feita, ainda, de forma definitiva. Das normas operacionais, transitando pelas normas da assistência, até chegarmos ao Pacto pela Saúde, que extrapola a discussão da saúde para além dos limites setoriais, o dever de compartilhar projeto e ações alavanca entes federados e comunidade, colocando-os em patamares semelhantes de responsabilidades, cada qual a seu modo.

Torna-se necessário fazermos um resgate do SUS historicamente construído: Universal, Humanizado e de Qualidade, tornando-se plenamente factível e necessário para garantir o direito à saúde, diferenciando-o do SUS existente, enfraquecido pelo valor do capital imputado às suas ações.

A efetivação da saúde como direito universal – ou seja, de todos – é um desafio que só pode ser alcançado por meio de políticas sociais e econômicas que reduzam as desigualdades sociais em nosso País, assegurando a cidadania e o

fortalecimento da democracia.

A evolução do estado brasileiro, ora mais liberal, ora mais solidário, transitando por pólos aparentemente opostos, mas interligados, molda a estrutura societária em que vivemos, mas não contribui positivamente para o alcance de sua autonomia, tão necessário em um Estado Democrático de Direito.

Por fim, cabe a afirmação de que o direito universal à saúde no Brasil resulta de uma bandeira de luta, encabeçada por uma elite pensante, em benefício de toda a massa, mas distante de um movimento genuinamente feito pela própria massa, resguardando, assim, um caráter ainda verticalizado de transcender princípios.

REFERÊNCIAS

AIMBERE, F. T. **Direito e valor**: o valor da pessoa humana, 2006. Disponível em:

<<http://sisnet.aduaneiras.com.br/lex/doutrinas/arquivos/2012065.pdf>>. Acesso em: 25 maio, 2007.

ALTH, F. M. A. **Teoria geral do direito sanitário brasileiro**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. 2006. 458 f. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/cys/id:442278>>. Acesso em: 2 jun. 2007.

BAHIA, L. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: **Saúde e Democracia**: histórias e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 407-450.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS**: avanços e desafios. Brasília: CONASS, 2006. 164 p.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Questões atuais de direito sanitário**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 202 p. (Série E. Legislação de Saúde).

_____. _____. Fundo Nacional de Saúde. **Gestão financeira do Sistema Único de Saúde**: manual básico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 66 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Institui o Sistema Único de

Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 set. 1990.

_____. (a). Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação comunitária da gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 29 dez. 1990.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa, promulgada em 5 de outubro de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

CAMPOS, S. L. F. A responsabilidade na gestão da saúde pública. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. 2006. 86 f. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/cys/>>. Acesso em: 2 jun. 2007.

COAN, A. **A efetivação do direito à saúde à luz do princípio da dignidade da pessoa humana**: contributo da hermenêutica filosófica. 2007. Disponível em: <http://www.lex.com.br/noticias/doutrinas/titulo_doutrina.asp?modelo_doutrinaid=1&blncolaborador=1>. Acesso em: 12 maio, 2007.

DALLARI, S. G. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. **Cad. de Saúde Publ.** Rio de Janeiro, v.12, n. 4, p. 531-540, out./dez. 1996.

DALLARI, S. G. O direito à saúde. **Rev Saúde Públ.** São Paulo, v. 22, n. 1, p. 57-63, 1988.

LIMA, N. T. et al. **Saúde e democracia**: histórias e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 504 p.

MACHADO, F. R. S. Direito à saúde, integralidade e participação: um estudo sobre as relações entre sociedade e ministério público na experiência de Porto Alegre. Tese (Doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. 2006. 94 f. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/cys/id:442161>>. Acesso em: 3 jun. 2007.

MARTINEZ-SANCHES, E.; ROS, M. Os significados da saúde e a saúde como um valor. In: ROS, M.; GOUVEIA, V. V. **Psicologia social dos valores humanos**: desenvolvimentos teóricos, metodológicos e aplicados. Tradução Olga Cafalocchio. São Paulo: Senac, 2006.

MINAYO, M. C. S. **Os muitos Brasis**: saúde e população na década de 80. 12. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999. 356 p.

NASCIMENTO, P. R. Espaços de deliberação democrática no SUS e discussão sobre a universalidade de direitos. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. 2006. 174 f. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/cys/?id:442262>>. Acesso em: 2 jun. 2007.

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

SANTOS, M. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 2000. 175 p.