

O sistema de saúde no Brasil: considerações a partir do sistema de seguridade social

The health system in Brazil: considerations from the social security system

El sistema de salud en Brasil: consideraciones a partir del sistema de seguridad social

Andressa Fracaro Cavalheiro¹ de saúde brasileiro.

RESUMO

O presente trabalho propõe uma análise do sistema de saúde do Brasil a partir do macro sistema da seguridade social brasileira, adotando como referencial teórico os direitos humanos, os direitos fundamentais e os direitos sociais. Ambos os sistemas – seguridade social e saúde – têm suas diretrizes constitucionais apresentadas, demonstrando-se como possuem relação de (necessária) interdependência e complementaridade. Neste contexto, o direito à saúde é identificado como um direito fundamental social, expressamente consagrado pelo texto constitucional vigente como direito de todos, em resposta ao intenso movimento pela reforma sanitária havido no Brasil no final da década de 1970. A reinserção do SUS à Seguridade Social é apresentada como um caminho seguro a seguir diante das dificuldades atuais de efetividade de direitos, não só relativos à saúde, mas também relativos à justiça e bem-estar sociais.

PALAVRAS-CHAVE: Direito à saúde. Macro sistema de seguridade social. Sistema

¹ Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Rede Ibero-americana de Direito Sanitário (RIADS)

ABSTRACT

This paper proposes an analysis of the Brazilian health system _ from the _ Brazilian macro social security system, adopting as a theoretical the human rights, fundamental rights and social rights. Both systems - social security and health - have their constitutional guidelines presented, demonstrating that it does how have relationship of (necessary) interdependence and complementarity. In this context, the right to health is identified as a fundamental social right, expressly consecrated by the current Constitution as _ right of all, in response to the intense movement for health reform occurred in Brazil in the late 1970s. The reinsertion of SUS to Social Security is presented as a safe way the following front of present difficulties of effectiveness of rights, not only for health but also relating justice and social welfare.

KEYWORDS: Right to health. Macro social security system. Brazilian health system.

RESUMÉN: El presente trabajo propone un análisis del sistema de salud de Brasil a partir del macro sistema de la seguridad social brasileña, adoptando como referencial teórico los derechos humanos, los derechos fundamentales y los derechos sociales. Ambos sistemas – seguridad social y salud

– tienen sus directrices constitucionales presentadas, demostrándose como poseen relación de (necesaria) interdependencia y complementariedad. En este contexto, el derecho a la salud es identificado como un derecho fundamental social, expresamente consagrado por el texto constitucional vigente como derecho de todos, en respuesta al intenso movimiento por la reforma sanitaria habido en Brasil a finales de la década de 1970. La reinscripción del SUS a la Seguridad Social es presentada como un camino seguro a continuación delante de las dificultades actuales de efectividad de derechos, no sólo relativos a la salud, pero también relativos a la justicia y solaz sociales.

PALABRAS CLAVE: Derecho a la salud. Macro sistema de seguridad social. Sistema de salud brasileño.

INTRODUÇÃO

Objetiva o presente artigo tecer considerações sobre o sistema de saúde no Brasil a partir do sistema maior ao qual se encontra integrado, qual seja, o sistema de seguridade social brasileiro, disposto na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 – CR/88, em seus artigos 194 e 195.

Para tanto, far-se-á, primeiramente, uma descrição constitucional sobre o sistema de seguridade social para, ato contínuo, demonstrar como, neste sistema, ocorre a proteção social adotada pelo Brasil no que tange ao seu sistema de saúde.

Toda a análise pretendida é feita tendo-se como referencial teórico os direitos humanos, fundamentais e, sobretudo, os sociais, com destaque, logicamente, ao direito à saúde, utilizando-se como método de abordagem o dedutivo, como método de procedimento o analítico e a técnica de pesquisa indireta, por

meio de bibliografia.

Passemos, pois, à análise pretendida.

O sistema de seguridade brasileiro: diretrizes constitucionais

De início é preciso consignar a redação do artigo 193 da CR/88, segundo a qual a ordem social, que tem como base o primado do trabalho, tem um duplo objetivo: o bem-estar e a justiça sociais. É pretendendo cumprir esses objetivos que se instituiu o sistema de seguridade social, a fim de que fossem assegurados os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, o que já garante, em boa medida, bem-estar e justiça sociais.

Convém lembrar que a seguridade social é entendida como um direito humano, tendo o artigo 22, da Declaração de Direitos Humanos¹, expressamente reconhecido que toda pessoa, como membro da sociedade, tem direito à seguridade social, e a obter a satisfação dos direitos econômicos, sociais e culturais, indispensáveis à sua dignidade ao livre desenvolvimento de sua personalidade².

A CR/88, chamada constituição cidadã por um de seus mais fervorosos constituintes – Ulysses Guimarães – é reflexo de uma grande mudança paradigmática que ocorreu no mundo ocidental do século XX: a democracia Constitucional, onde não existe mais a concepção de democracia como onipotência

² Diz textualmente o artigo 22: “Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad. (DECLARAÇÃO, 2008, p. 18) – tradução livre

da maioria e os direitos humanos alcançam o *status* de direitos fundamentais, reconhecidos e garantidos pela lei maior – a Constituição, que é “[um] sistema de reglas, sustanciales y formales, que tiene como destinatários propios a los titulares del poder; um sistema de limites y de vinculación a todo poder.”²

A Constituição, assim, representa o Estado de Direito, já que funda a ordem político-jurídica de um Estado. Mas a Constituição também guarda em si uma espécie de *utopia* de direito positivo, porque “establecen de todos modos, en cuanto derecho sobre el derecho, las perspectivas de transformación del derecho mismo em dirección de la igualdad en los derechos fundamentales.”³

Neste sentido, ao nosso juízo, mais acertado dizer “Estado de Direito” antes de qualquer adjetivo, como *social* ou *democrático*, porque necessário o reconhecimento de que para se viver num Estado social ou democrático é, antes de tudo, necessário viver-se num Estado de Direito³, aqui discordando das terminologias

3 Quer nos parecer que a expressão “Estado Democrático de Direito” tenha criado raízes no afã de ver-se completamente desvinculada do “Estado de Direito” nazista e dos horrores da segunda grande guerra (1939-1945). Entretanto, o fato de ter havido um *desvirtuamento* do sistema legal, de modo a permitir atos nefastos, não retira, em nosso sentir, a essencialidade de se viver num Estado onde a lei, enquanto expressão de soberania popular, vincule tudo e todos, garantidos direitos fundamentais, punindo suas violações e limitando o poder. Em outras palavras, não se está aqui a advogar a tese puramente tecnicista de um “Estado de direito” como qualquer Estado que se estabeleça e funcione através de uma nascente jurídica, mas como um Estado que responde às exigências da democracia e da segurança jurídica; um estado que possui um ordenamento jurídico, com base no qual tanto a jurisdição quanto a administração se achem vinculadas por leis emanadas de um parlamento legítimo, eleito pelo povo soberano; um Estado cujos membros do governo respondam por seus atos e cujos tribunais sejam independentes; um Estado que garantindo os direitos fundamentais de seus cidadãos.

utilizadas por Ferrajoli (como se verá abaixo) e por outros grandes juristas e filósofos.

Para o autor a essência do que chama de *democracia constitucional* – o pacto de convivência baseado na igualdade **em direitos**, o Estado social, mais que liberal, de direito – reside justamente

[...] en el conjunto de limites impuestos por las constituciones a todo poder, que postula en consecuencia una concepción de la democracia como sistema frágil y complejo de separación y equilibrio entre poderes, de límites de forma y sustancia a su ejercicio, de garantía de los derechos fundamentales, de técnicas de control y de reparación contra sus violaciones. Un sistema en el cual la regla de la mayoría y la del mercado valen solamente para aquello que podemos llamar esfera de lo discrecional, circunscrita y condicionada por la esfera de lo que está limitado, constituida justamente por los derechos fundamentales de todos: los derechos de libertad, que ninguna mayoría puede violar, y los derechos sociales – derecho a la salud, a la educación, a la seguridad social y a la subsistencia – que toda mayoría está obligada a satisfacer.⁴

É neste paradigma – de uma limitação constituída pelos direitos fundamentais de todos, os direitos de liberdade e os sociais – que se insere nossa CR/88 e sua ordem social, que objetiva, repise-se, bem-estar e justiça sociais.

O poder público, ao organizar o sistema de seguridade social, que é um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, deve ter em conta os seguintes objetivos: (1) Universalidade da cobertura e do atendimento; (2) uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; (3) seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; (4) irredutibilidade do valor dos benefícios; (5) equidade na forma de participação no custeio; (6) diversidade da base de financiamento e (7) o caráter democrático

e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite com participação dos trabalhadores, dos empregados, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

Esses são objetivos que constam do texto constitucional em seu art. 194 e definem, portanto, como o sistema de seguridade social deveria estar formado. Ainda que o texto constitucional fale em “objetivos”, nos afigura melhor se houvesse utilizado a expressão “diretriz”⁴, porque tal termo refere-se a “modo de organização” significando, neste caso, quais são os parâmetros a serem seguidos pelo Poder Público para a operacionalização da política de seguridade social. Improriedade (ou não) da escolha dos termos utilizados pelo legislador constituinte à parte, destaque-se a “diretriz” da participação da comunidade na gestão da seguridade social e o que se pode entender por um desdobramento do Princípio da Igualdade, traduzida pela preocupação do legislador em garantir que a seguridade social fosse usufruída por todos os membros da sociedade igualmente, sendo igualmente custeada, refletindo o desejo de fazer cumprir o objetivo de bem-estar e justiça sociais, tendo a universalização de acesso, principalmente, causado grande impacto nas áreas de saúde e assistência social.

4 Concorde-se com Massa-Arzabe no sentido de que “[...] o legislador pátrio de políticas sociais utiliza de maneira geral a expressão ‘diretriz’ para estabelecer parâmetros de operacionalização da política, como a descentralização político-administrativa, a participação da sociedade civil organizada, por meio dos conselhos, na formulação das políticas e no controle das ações, a primazia da responsabilidade do Estado na condução da política [...] diretrizes atribuem os eixos operacionais de atuação [administrativa] [...]”. (MASSA-ARZABE, Patrícia Helena. Dimensão jurídica das políticas públicas. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org.). *Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico*. São Paulo : Saraiva, 2006, 65/66)

O sistema de seguridade social também inovou no financiamento, ao alterar suas fontes e vincular o uso dos recursos. Segundo o art. 195 da CR/88 a seguridade social seria financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, mediante recursos provenientes os orçamentos de todos os entes federados, bem como das contribuições sociais dos empregadores, empresas e entidades a ela equiparadas, do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo, entretanto, sobre a aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral da previdência social, sobre a receita de concurso de prognósticos e do importador de bens ou serviços do exterior, entre outros.

Além disso, previu a constituição a possibilidade de lei instituir outras fontes destinadas a garantir a manutenção ou a expansão da seguridade social e, a fim de evitar a quebra do sistema, a constituição determinou que nenhum benefício ou serviço da seguridade social pode ser criado, majorado ou estendido sem que haja correspondente fonte de custeio social.

A “diretriz” da participação da comunidade no sistema de seguridade social está explicitada no parágrafo 2º do mencionado art. 195, que determina seja a proposta de orçamento da seguridade social elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias. Obviamente que a cada área reserva-se a gestão própria de seus recursos, e daí se destaca a necessária integração as ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade no que tange à saúde, previdência e assistência social.

Obviamente que o sistema tem falhas e a realidade brasileira mostra que o bem-estar e a justiça sociais ainda estão longe de estarem erradicadas, porque

[...]muitos dos elementos previstos [no sistema de seguridade social] não foram implementados. Ao contrário, foram até alterados em sua essência, como ocorreu com o financiamento, por meio da não efetivação do orçamento da seguridade, da revinculação de recursos para as distintas áreas e da desvinculação, para outros fins, de parte significativa do orçamento exclusivo da seguridade. A integração setorial também não se concretizou. Foram criadas estruturas apartadas umas das outras, com baixa intersecção e lógicas de funcionamento distintas. Os debates que cercaram as reformas levadas a cabo na previdência social, bem como seus resultados, apesar de algumas medidas de maior equidade na distribuição de benefícios, reforçaram a lógica do seguro, distanciando-a da noção de seguridade e isolando-a das demais áreas de saúde e assistência social. Diversos fatores explicam as limitações à seguridade social como prevista no modelo constitucional, mas é possível afirmar que todos tiveram como pano de fundo os conflitos entre a implementação de um modelo ampliado de seguridade e a adoção de políticas neoliberais a partir da década de 1990.⁵

No mesmo sentido de identificar as dificuldades advindas da adoção de políticas neoliberais está a relatório feito pela “Relatoria integrada da Região da América do Sul”, advindo da I Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social, identificado abaixo, que, ao tratar dos desafios da universalidade nos sistemas de seguridade social, reconhece o predomínio de reformas dos sistemas de seguridade social claramente orientadas por valores liberais e privatizações dos serviços de instituições para favorecer a acumulação global de capital.⁶

Assim, é preciso pensar-se em como solucionar os problemas da seguridade social e quer nos parecer que um primeiro passo

nesta direção seria pensar na seguridade social realmente enquanto um sistema que integra Poder Público e sociedade, formado por três esferas distintas e complementares: saúde, assistência e previdência. Pensar-se nestas áreas separadamente não traz benefícios ao sistema e, ao fim e ao cabo, ainda que aparentemente não se veja, acaba limitando o crescimento e expansão dos setores envolvidos.

A preocupação com o sistema de seguridade social enquanto conjunto é tema atualíssimo e presente na agenda de inúmeros países, tanto que no ano de 2010, entre os dias 01 e 05 de dezembro, realizou-se em Brasília a I Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social, com delegados provenientes de 90 (noventa) países, representando governos, movimentos populares, sociais e sindicais, instituições acadêmicas e agências governamentais.

Dentre os objetivos desta Conferência cite-se (1) o de reconhecer o direito à Seguridade Social como um direito humano; (2) contribuir para o fortalecimento dos sistemas universais; e (3), aportar elementos para a construção de agendas nacionais e uma agenda internacional para a construção de agendas nacionais e uma agenda internacional com a finalidade de viabilizar o desenvolvimento de sistemas universais de Seguridade Social.⁷

O Brasil e os demais países que adotam o sistema de seguridade social universal são exemplos a serem seguidos, ainda que se reconheça a existência de grandes desafios em seu desenvolvimento e ampliação. Neste sentido, uma das propostas desta Conferência foi a necessidade de discutir a seguridade social no marco de um conceito ampliado,

que compreenda não apenas a previdência, mas a assistência social, a saúde e o trabalho, incorporando a segurança alimentar, econômica e ambiental, a educação, a habitação, o acesso à justiça, a terra, à água e a outras ações do gênero.⁸ Note-se que o Brasil, ainda que não completamente, já vislumbrava esse marco ampliado ao considerar não só a previdência, mas também a saúde e a assistência sociais como integrantes do sistema de seguridade.

Feitas tais considerações sobre o sistema de seguridade social, que compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social – conjunta e não isoladamente –, auxiliando, desta maneira, no cumprimento dos objetivos da ordem social de garantir bem-estar e justiça sociais a todos, vejamos como o sistema de saúde se insere neste processo, não sem antes definirmos o que são os direitos fundamentais sociais e, assim, identificarmos, nesta definição, o direito à saúde.

Os direitos fundamentais sociais

A expressão “direitos fundamentais” surgiu, pela primeira vez, na França de 1770, no marco do movimento político e cultural que conduziu à Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789 e, logo, alcançou grande relevo na Alemanha, onde, sob a denominação de *Grundrechte*, articulou-se o sistema de relações entre Estado e indivíduo, como fundamento de toda a ordem jurídica e política. É este seu sentido na *Grundgesetz* de Bonn de 1949.⁹

Acerca dos direitos fundamentais, na

dicção de Alexy, se podem formular teorias das mais variadas espécies: históricas, filosóficas, sociológicas, motivação pela qual, propõe, a partir da Constituição Alemã, uma teoria que chama de “jurídica geral dos direitos fundamentais da Constituição Alemã”, cujo objeto e natureza seriam dados a partir de (1) uma teoria dos direitos fundamentais da Constituição alemã; (2) uma teoria jurídica, e, (3) uma teoria geral. A teoria jurídica em si considerada seria dogmática, ou seja, pela ciência do direito, em sentido estrito e próprio, sendo possível distinguir três dimensões de tal dogmática: uma analítica, que se estende desde análises conceituais, passando por construções jurídicas até o exame da estrutura do próprio sistema jurídico; uma empírica, que tem relação com o conhecimento do direito positivo válido e com a aplicação de premissas empíricas na argumentação jurídica; e a normativa, que vai além do simples estabelecimento daquilo que, na dimensão empírica, é elevado à condição de direito positivo válido, fazendo referência à elucidação e à crítica da práxis jurídica, sobretudo da práxis jurisprudencial.¹⁰

Para Sarlet, que toma como base classificação feita por Vieira de Andrade, é possível configurarem-se três perspectivas de abordagem sobre os direitos fundamentais:

- a) perspectiva filosófica (ou jusnaturalista), a qual cuida do estudo dos direitos fundamentais como direitos de todos os homens, em todos os tempos e lugares;
- b) perspectiva universalista (ou internacionalista), como direitos de todos os homens (ou categorias de homens) em todos os lugares, num certo tempo;
- c) perspectiva estatal (ou constitucional), pela qual os direitos fundamentais são analisados na qualidade de direitos dos homens, num determinado tempo e lugar. Cumpre lembrar, todavia, que a tríade referida [...] não esgota o elenco de perspectivas a partir das quais se pode enfrentar a temática dos direitos fundamentais, já que não se pode desconsiderar a importância das perspectivas

[...] sociológica, histórica, filosófica [...], ética, política e econômica [...].¹¹

Logicamente tais perspectivas relacionam-se de maneira interpenetrante, mas, dado os limites do presente estudo, aborda-se o direito à saúde sob perspectiva estatal, com limitação espacial conformada pela CR/88.

Também a utilização da expressão direito fundamental reflete uma escolha. Posicionamos, aqui, em consonância com Sarlet e boa parte da doutrina, fazendo distinção entre direitos humanos e direitos fundamentais, entendendo por direitos humanos aqueles que possuem relação com o direito internacional, por fazerem referência àquelas posições jurídicas que se reconhecem ao ser humano como tal, independentemente de sua vinculação com uma determinada ordem constitucional e, por isso mesmo, aspirando à validade universal, valendo para todos os povos e em todos os tempos, ou seja, revelando um caráter supranacional. No que se refere aos direitos fundamentais, também de certa forma direitos humanos, já que seu titular é sempre o ser humano, ainda que representado coletivamente, aplicam-se para aqueles direitos do ser humano que são reconhecidos e positivados na esfera do direito constitucional positivo de determinado Estado.¹²

É neste sentido também o entendimento de Luño, para quem:

Los términos ‘derechos humanos’ y ‘derechos fundamentales’ son utilizados, muchas veces, como sinónimos. Sin embargo, no han faltado tentativas doctrinales encaminadas a explicar el respectivo alcance de ambas expresiones. Así, se ha hecho hincapié en la propesión doctrinal y normativa a reservar el término ‘derechos fundamentales’ para designar los derechos positivados a nivel interno, en tanto que la fórmula ‘derechos humanos’ sería la más

usual para denominar los derechos naturales positivados en las declaraciones y convenciones internacionales, así como aquellas exigencias básicas relacionadas con la dignidad, libertad e igualdad de la persona que non han alcanzado un estatuto jurídico-positivo.¹³

Canotilho, da mesma forma, propõe uma distinção entre direitos humanos e fundamentais, baseada em sua origem e em seu significado. Dessa forma, direitos do homem seriam direitos válidos para todos os povos e em todos os tempos (dimensão jusnaturalista-universalista) e direitos fundamentais, os direitos do homem, jurídico-institucionalmente, garantidos e limitados espaço-temporalmente. Portanto, enquanto os direitos do homem arrancam da própria natureza humana (sendo, desse modo, invioláveis, intemporais e universais), os direitos fundamentais são os direitos objetivamente vigentes numa ordem jurídica concreta.¹⁴

O critério de distinção entre direitos fundamentais e direitos humanos é, nesta ótica, o grau de concreção positiva entre eles, do que se pode inferir que os direitos humanos mostram-se, como conceito, mais amplo e impreciso do que o conceito de direitos fundamentais. Em virtude disto, é que frequentemente o termo “direitos humanos” é entendido, ainda de acordo com Luño, como

un conjunto de facultades e instituciones que, en cada momento histórico, concretan las exigencias de la dignidad, la libertad y la igualdad humanas, las cuales deben ser reconocidas positivamente por los ordenamientos jurídicos a nivel nacional e internacional. En tanto que con la noción de los derechos fundamentales se tiende a aludir a aquellos derechos humanos garantizados por el ordenamiento jurídico positivo, en la mayor parte de los casos en su normativa constitucional, y que suelen gozar de una tutela reforzada. [destaques no original].¹⁵

Definidos o que se entende por direitos

fundamentais – aqueles albergados pela ordem constitucional de um Estado – tenham algumas considerações sobre os direitos sociais que emergem como decorrência do surgimento, na virada do século XX, de um novo modelo de Estado: o de Estado do Bem-Estar Social, intimamente relacionado com o processo da Revolução Industrial.

Com a eclosão da Revolução Industrial surgiu, na sociedade, um cidadão até então desconhecido: o trabalhador das fábricas que, revelando um cenário de miserabilidade, demonstrou que os direitos humanos protegidos pela ordem constitucional de então eram incapazes de assegurar a dignidade humana, impossibilitando o efetivo exercício das liberdades e das garantias relacionadas aos direitos civis e políticos. Daí afirmar-se que, do surgimento de novos direitos, chamados sociais, demandam prestações estatais destinadas à garantia de condições mínimas de vida para a população, visando a garantir a participação na vida política, econômica, cultural e social do país.

Esses novos direitos (entre eles, o direito à saúde) guardam estreita relação com o próprio conceito de saúde, na medida em que, a partir da condição de trabalhador, operava-se a mudança conceitual de que a saúde não pode ser considerada simplesmente a ausência de doenças, tendo em vista que é diretamente dependente de variáveis relacionadas ao meio ambiente, ao trabalho, à alimentação e à moradia. Em face desta concepção, outro não podia ser o conceito de saúde que não o relacionado a fatores físicos, mentais e sociais,

como preconizado pela Organização Mundial de Saúde ainda em 1946⁵.

O aparecimento da saúde pública está, portanto, intrinsecamente relacionado à evolução do Estado moderno, encontrando-se, já no início do século XX, instaurada a proteção sanitária como política pública, sendo reforçada com o advento do Estado do Bem Estar Social, em que se faz evidente a interdependência entre condições de saúde e de trabalho, cuja nova concepção, revelada somente a partir dos últimos anos do século vinte, implica a definição de políticas públicas que visem ao seu cuidado, à sua defesa e à sua proteção.

Assim, no chamado Estado do Bem-Estar Social, ocorre a consagração constitucional de novos direitos que, por seu turno, demandam prestações estatais destinadas à garantia de condições mínimas de vida para a população, dentre os quais se destaca o direito à saúde. Esses direitos, chamados sociais, prestacionais, de segunda geração ou dimensão, ou positivos

tienen como principal objeto asegurar la participación en la vida política, económica, cultural y social de las personas individuales, así como de los grupos en los que se integran. Gurvitch los definió, en fórmula que puede considerarse clásica, como ‘derechos de participación de los grupos y de los individuos, derivados de su integración en colectividades y

5 A Constituição da Organização Mundial da Saúde – OMS, adotada pela Conferência Sanitária Internacional, celebrada em Nova Iorque de 19 a 22 de julho de 1946, entrou em vigor em sete de abril de 1948 e trouxe, em seu preâmbulo, um novo conceito de saúde: muito mais amplo, ele reconhece que saúde é mais do que a simples ausência de doenças, mas resultado de condições físicas, mentais e sociais, razão pela qual se asseverou que “*la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*” (Organización Mundial de la Salud (OMS). Constitución de la organización mundial de la salud. Disponível em <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf>. Acesso em 18 jan. 2013)

que garantizan el carácter democrático de éstas'. Esta definición permite advertir los caracteres más salientes de los derechos sociales. Así, pueden entenderse tales derechos, en sentido objetivo, como el conjunto de las normas a través de las cuales el Estado lleva a cabo su función equilibradora de las desigualdades sociales. En tanto que, en sentido subjetivo, pueden entenderse como las facultades de los individuos y de los grupos a participar de los beneficios de la vida social, lo que se traduce en determinados derechos y prestaciones, directas o indirectas, por parte de los poderes públicos.¹⁶

Ainda que Luño e outros autores entendam os direitos sociais como aqueles que visam assegurar a participação na vida política, econômica, cultural e social de um Estado, talvez essa não seja mais uma boa definição, uma definição completa. Ora, a partir da constatação kantiana de que o homem é um fim em si mesmo como é possível não considerar também os direitos sociais como um fim em si mesmos? Como não considerá-los não um meio para atingir um status ou desfrutar de algum bem, mas direitos inerentes à própria condição humana? Advogamos aqui a ideia de os direitos sociais, mais do que simplesmente permitirem o gozo de uma vida política, econômica, cultural e social digna, devem ser garantidos e satisfeitos pela própria condição de dignidade do seres humanos. Não devem ser satisfeitos 'para alguma coisa'; devem ser reconhecidos, garantidos e satisfeitos porque parte indissociável da dignidade humana, por refletirem o ser humano em sua integralidade.

Corroborar este entendimento o pacto firmado por diversos países integrantes da Organização das Nações Unidas – ONU, ainda na década de 1970, acerca dos direitos econômicos, sociais e culturais: o PIDESC, ou Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. De fato, o PIDESC, que entrou em vigor em três de janeiro de 1976,

nos termos da Resolução 2.200 da ONU⁶, cujo terceiro parágrafo de seu preâmbulo reconhece que o ideal do ser humano livre, “liberto do temor e da miséria, não pode ser realizado a menos que se criem condições que permitam a cada um gozar de seus direitos econômicos, sociais e culturais, assim como de seus direitos civis e políticos”.¹⁷

Ao dizer que se devem criar condições que permitam a cada um gozar de seus direitos econômicos, sociais e culturais, assim como de seus direitos civis, reconhece que o gozo dos direitos sociais é um fim em si mesmo e não condição para o gozo dos direitos civis e políticos. Na verdade, trata-se de uma verdadeira indissociabilidade entre os direitos econômicos, sociais e culturais e os direitos civis e políticos, porque

A liberdade individual é ilusória, sem um mínimo de igualdade social; e a igualdade social imposta com o sacrifício dos direitos civis e políticos acaba engendrando, mui rapidamente, novos privilégios econômicos e sociais. É o princípio da solidariedade que constitui o fecho de abóboda de todo o sistema de direitos humanos.¹⁸

Se direitos econômicos, sociais e culturais são indissociáveis dos direitos civis e políticos não há que se falar em na existência de um só para satisfação de outro, porque ambos refletem os mesmos seres humanos. Que fique ressaltado, entretanto, que não se está a negar que o gozo dos direitos sociais permite, de maneira mais satisfatória, o gozo dos direitos civis e políticos, o que se está a negar é que sua satisfação seja, exclusivamente, para possibilitar tal gozo.

6 No Brasil o PIDESC foi aprovado pelo decreto legislativo 226, de 12 de dezembro de 1991 e ratificado pelo Decreto 591, de seis de julho de 1992, com determinação para que fosse executado e cumprido tão inteiramente como, nele, se contém.

Definidos os direitos fundamentais sociais como os reconhecidos e garantidos pela ordem constitucional interna dos Estados, relativos às necessidades econômicas, sociais e culturais dos seres humanos que, mais do que servirem de meio para a satisfação de outros direitos, são considerados um fim em si mesmos, voltemos nossa atenção para o sistema de saúde brasileiro, um sistema universal de acesso, inserido no macro sistema da seguridade social, cujo objetivo não é outro senão oportunizar os meios e condições para a garantia e a satisfação do direito à saúde no Brasil.

A saúde no sistema de seguridade brasileiro: o reconhecimento da saúde como direito fundamental social e o SUS

De um modo geral pode-se dizer que os sistemas de saúde seguem o tipo de proteção social adotado pelos países, destacando-se basicamente três tipos: (1) a seguridade social; (2) o seguro social; e (3), a assistência.

Os sistemas de saúde destinados à toda a população são chamados *universais* e estão presentes nos países que optaram tanto pelo seguro quanto pela seguridade social. Paim aponta a diferença os sistemas de saúde nos seguintes termos:

No primeiro caso [seguridade social], o direito à saúde está vinculado à condição de cidadania, sendo financiado, solidariamente, por toda a sociedade por meio de contribuições e impostos, como ocorre na Inglaterra, Canadá, Cuba e Suécia, entre outros. Nos países com sistema de proteção social baseado no *seguro social*, controlado pelo Estado, também chamado de meritocrático, como por exemplo na Alemanha, França e Suíça, os serviços são garantidos para aqueles que

contribuem com a previdência social, possibilitando àqueles que podem pagar pela assistência médica procurarem atendimento particular. [...] na *assistência*, [...] proporciona-se algum atendimento apenas para aqueles que comprovem a sua condição de pobreza e, portanto, a impossibilidade de compra de serviços no mercado. Nesse tipo de proteção social, parte significativa da população que não pode ter acesso ao sistema de saúde, seja pagando do próprio bolso (desembolso direto), seja mediante *planos de saúde*, fica descoberta. (destaques no original).¹⁹

Estando o sistema de saúde inserido, no caso brasileiro, no sistema maior da seguridade social, não é preciso muito para identificar-se qual o tipo de proteção social adotado pelo Brasil. Entretanto, a proteção social que o Brasil destinou à saúde não foi sempre o caracterizado pela seguridade, implementado no país somente com o advento da CR/88. Antes disso, vigorava o sistema do seguro social e, mais remotamente, o da assistência, por meio dos socorros públicos.

Em linhas gerais, o sistema de saúde brasileiro –, denominado Sistema Único de Saúde [SUS] – vem disciplinado constitucionalmente pelos artigos 196, 197, 198, 199 e 200 da CR/88, e regulamentado pelas Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990 que, juntas, são conhecidas como Lei Orgânica da Saúde. A lei 8.080/90 foi finalmente regulamentada no ano de 2011, por meio do Decreto 7.508, que, entre outras providências, se propõe a tratar da articulação interfederativa do sistema, assunto com tantas especificidades e considerações, que os limites deste trabalho não permitem sejam tratadas.

É sempre indispensável, em nosso sentir, referir como o SUS é resultado de uma ampla movimentação social inserida no processo

de abertura democrática iniciada no Brasil no final da década de 1970 e que culminou com o processo constituinte de 1988. Essa movimentação social em torno da saúde recebe o nome de Movimento de Reforma Sanitária e significa a luta da sociedade para o reconhecimento da saúde como direito, um direito fundamental de todos os membros da sociedade, ou seja, o reconhecimento da saúde como direito fundamental social.

Assim, é somente a partir da CR/88 que, no Brasil, se reconhece a saúde como direito fundamental social de todos, sendo o Sistema Único de Saúde instituído com o fito de coordenar e integrar ações e serviços de saúde nas três esferas governamentais. Nas palavras de Vasconcelos e Pasche,

[...] o SUS é o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política. Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema, de forma complementar, quando contratados para tal fim.²⁰

O SUS vem disciplinado na CR/88 no Título VIII – Da Ordem Social, Capítulo II – Da Seguridade Social, Seção II – Da Saúde, por meio dos artigos 196 a 200. A seção é inaugurada com o reconhecimento expresso de que a saúde é direito de todos e dever do Estado e que sua garantia dar-se-á mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, determinando que a todos seja garantido o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços necessários à promoção, à proteção e à recuperação da saúde.

O constituinte conferiu aos serviços e às ações de saúde o *status* de publicamente relevantes e determinou a competência do Poder Público em dispor sobre a sua regulamentação, a fiscalização e o controle. Em continuidade, estabeleceu que a sua execução deveria ser feita diretamente ou através de terceiros e, ainda, por pessoa física ou jurídica de direito privado, conforme redação do artigo 197.

O artigo 198 da CR/88 assevera que as ações e os serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único organizado mediante as seguintes diretrizes: (1) descentralização, com direção única em cada esfera de governo; (2) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e (3) participação da comunidade.

As pretensões da reforma sanitária, no sentido de que fosse instituído um sistema regionalizado, unificado e descentralizado de ações e serviços de saúde, contando com a universalização de atendimento e cobertura, hierarquização e integralidade, bem como com mecanismos participativos, encontrou eco na Assembleia Constituinte, tendo o Sistema Único de Saúde brasileiro se emoldurado ao que se julgou ser a melhor forma para assegurar saúde a todos, muito porque a proposta inicial do texto constitucional no que respeitava à saúde foi elaborada pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária, que contou com uma farta gama de representantes da sociedade civil organizada e, mais ainda, com profissionais e técnicos em saúde, além de integrantes de vários órgãos governamentais.²¹

A CR/88, no § 1º de seu artigo 198, assevera

que o financiamento do SUS será feito por toda a sociedade, de forma direta e indireta, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. Em 13 de setembro de 2000, com a promulgação da Emenda Constitucional n. 29, instituiu-se a obrigação dos entes federados em aplicar, anualmente, em ações e serviços de saúde, recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais sobre variação do Produto Interno Bruto – PIB (União) ou sobre receita corrente líquida (demais entes), em percentuais que deveriam ser estabelecidos por Lei Complementar reavaliada a cada cinco anos. Somente em 13 de janeiro de 2012, por meio da edição da Lei Complementar 141, a Emenda 29 foi regulamentada.

A espera de quase 12 anos, entretanto, não trouxe alento no que pertine à questão do financiamento do setor. Desde a edição da Emenda 29 as críticas mais eloqüentes eram no sentido da inconstitucionalidade da fórmula apresentada para o investimento de recursos por parte da União, dado que o art. 198, § 3º fala em “receita”, enquanto que a emenda falava em valor empenhado no ano anterior, aplicada variação nominal do PIB (Produto Interno Bruto). A esperança era de que tal falha fosse corrigida com a edição da Lei Complementar, estancando a grave distorção financeira que tal percentual de cálculo ocasionava, porque enquanto Estados, Distrito Federal e Municípios seguiam a determinação constitucional de aplicar uma parte de sua receita corrente líquida, a União, o ente que mais arrecadava, aplicava no setor muito menos do que constitucionalmente se previa.

A Lei Complementar 141 manteve os

mesmos critérios, incorrendo no que muitos consideram uma inconstitucionalidade, dado que, tanto a emenda quanto sua lei regulamentadora, definem de forma diferente o percentual a ser aplicado pela União em ações e serviços de saúde. O fato é que suposta inconstitucionalidade não foi ainda objeto de demanda própria e que a questão do financiamento da saúde pública é considerada ainda bastante problemática. O assunto merece uma análise aprofundada que os limites do presente trabalho, infelizmente, não comportam.

Prosseguindo com as definições constitucionais do SUS, tem-se que a assistência à saúde no Brasil é livre à iniciativa privada, que pode participar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde, sendo vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos, do mesmo modo que é vedada a participação, direta ou indireta, de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, conforme se depreende da leitura do artigo 199 da CR/88. Também restou vedada, pelo mesmo dispositivo, qualquer tipo de comercialização relativa à remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, o processamento e a transfusão de sangue e seus derivados.

Por fim, o artigo 200 da atual Constituição atribuiu ao SUS as seguintes, dentre outras, atribuições: (1) controle e fiscalização de procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participação da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; (2) a execução das ações de vigilância

sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; (3) a ordenação, a formação de recursos humanos na área de saúde; (4) a participação na formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; (5) o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico; (6) a fiscalização e a inspeção de alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como de bebidas e águas para consumo humano; (7) a participação no controle e na fiscalização da produção, do transporte, da guarda e da utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; e (8) a colaboração na proteção do meio ambiente, nele, compreendido o do trabalho.

Rezende e Trindade asseveram que, embora se reconheça que na elaboração do texto constitucional nem sempre foi possível contar com a melhor técnica legislativa ou mesmo com a melhor redação, em virtude da impossibilidade de uma ampla participação dos operadores do direito no processo de elaboração de suas normas, a legitimidade do processo constituinte e do movimento pela reforma sanitária, especificamente no que tange à saúde, constitui-se na melhor garantia da operacionalização de seus ideais, entendidos como princípios e diretrizes.²²

Para tais autores, os princípios constituem-se na origem da concepção de um sistema e nos fundamentos da ação administrativa. Em sua dicção,

arquitetar e sistematizar os princípios do SUS significou construir uma metodologia em que se analisavam os mais variados aspectos das ações e serviços de saúde existentes, tais como a sua concepção, o modelo de gestão adotado, a ideologia dominante para a sua organização. Para

cada situação-problema identificada, do ponto de vista mais geral, adotavam-se ‘expressões’ que davam sentido às principais idéias-força unificadoras dos ideais que fizeram acontecer, em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde e, a estas sínteses, chamavam-se *princípios*. [...] Os debates apontavam para que os princípios e diretrizes do SUS significassem quase ‘por si’, o novo projeto para a política de saúde para o Brasil [...]’ – destaques no original.²³

A Constituição trouxe, expressamente, o que considera as diretrizes do SUS (art. 198) não se reportando, todavia, de forma semelhante no que concerne aos princípios. Entretanto, é possível afirmar que traz princípios não explicitados como tais são (1) o princípio da saúde como direito de todos e dever do Estado (art. 196, primeira parte); (2) o princípio da regionalização e da hierarquização dos serviços e das ações de saúde (art. 198, primeira parte); e (3) o princípio da unicidade do SUS (art. 198, última parte)⁷.

Sobre a relação entre o sistema de saúde brasileiro e o macro sistema de seguridade social, uma crítica merece destaque:

A área de saúde nunca adotou integralmente a noção de seguridade social. Contudo, o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), a consolidação da noção de direito social e a expansão do debate acerca da pobreza e das desigualdades, em tese, favorecem tanto a noção de proteção necessária do Estado a riscos sociais, como o reconhecimento da relação intrínseca entre os diversos problemas sociais e a conseqüente necessidade de integração das distintas áreas. Essas premissas, contudo, não têm estado associadas à institucionalização e ao aprofundamento da seguridade social, mas à expansão de setores distintos, com lógicas e objetivos diversos. Nesse sentido, é preciso atualizar o debate sobre a seguridade e sistematizar propostas que possam servir de base

7 Divergem alguns doutrinadores dessa classificação, entendendo como princípios constitucionais da saúde a universalidade, a equidade e a integralidade. A este respeito, veja-se, por exemplo, COSTA, Elisa Maria Amorim. CARBONE, Maria Herminda. *Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar*. Rio de Janeiro : Rubio, 2004.

aos atores em defesa de sua ampliação. Por outro lado, e mais importante, é necessário reinserir a saúde brasileira à noção de seguridade, que é o que lhe dá consistência para ser mais que um sistema de acesso universal à assistência à saúde: ser um dos pilares de consolidação de uma democracia igualitária.²⁴

Torçamos, pois, para que o sistema de saúde brasileiro, tão bem estruturado legalmente, possa, ao reinserir-se à noção de seguridade social, alcançar a tão almejada efetividade.

CONCLUSÃO

O direito à seguridade social é um direito humano e no Brasil o sistema de seguridade social, inserido no novo paradigma da democracia constitucional, visa cumprir, no que lhe cabe, os objetivos da ordem social que são o bem-estar e a justiça social. Por isso, sua principal diretriz se assenta no seu caráter universal.

Todavia, o sistema de seguridade social, um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, formado pelo tripé previdência, saúde e assistência, não implementou todos os elementos constitucionais previstos, bem como não foi capaz de concretizar uma integração social efetiva. Uma possível solução para o problema, seria, justamente, pensar no sistema de seguridade social de maneira conjunta, e não pensar em seus componentes (previdência, saúde e assistência) de forma isolada.

Os desafios de uma seguridade social universal estão postos e sua adoção ou melhoramento fazem parte da agenda de vários países, como restou configurado na I Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social,

onde a proposta é pensar, justamente, num sistema de Seguridade Social que parta de um marco ampliado, com inclusão de outras áreas como educação e trabalho, por exemplo.

Os direitos sociais, decorrência da revolução industrial e do desenvolvimento do modelo de Estado, foram reconhecidos em vários textos constitucionais, inclusive o brasileiro e, assim, são tidos por fundamentais, gozando de um maior grau de proteção. Ainda que os direitos sociais sejam direitos do tipo prestacionais, já que demandam uma ação positiva do Estado, não podem ser vistos como meio para o exercício de direitos civis e políticos, pois se constituem num fim em si mesmos, e formam, com os direitos civis e políticos, um conjunto indissociável que reflete o homem em sua integralidade.

O Brasil adotou o sistema de seguridade social somente em 1988, de modo que antes disso, o sistema de saúde, constituído como seguro social, deixava uma enorme parcela da população excluída das ações e serviços de saúde que necessitavam. Dentro deste paradigma de seguridade social universal, a Constituição reconheceu ser o direito à saúde um direito de todos e dever do Estado, criando o SUS como forma de tornar este um direito efetivo. O sistema foi criado de acordo com as diretrizes de (1) descentralização, com direção única em cada esfera de governo; (2) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e (3) participação da comunidade.

Entretanto, o cenário atual da saúde brasileira é marcado pela crise estrutural do setor público e sua relação com a fragilidade apresentada na

eficiência e na eficácia da gestão de políticas sociais e econômicas, existindo um fosso entre o direito social à saúde constitucionalmente garantido e a efetiva capacidade de oferta dos serviços públicos a ele associados.

Assim, embora traçado, o caminho de uma efetiva proteção à saúde no Brasil não está pronto. É forçoso reconhecer-se os inúmeros percalços na sua construção e o quanto, em inúmeros momentos, o SUS não atende de maneira adequada e eficiente sua população. De fato, parece haver entraves quase intransponíveis, seja pela falta de recurso, seja pela sua má utilização – culposa ou dolosa –, seja pela má execução de políticas públicas.

Todavia, o sistema de saúde, integrante do macro sistema de seguridade social, apresenta-se estruturado por diretrizes e princípios capazes de propiciar a satisfação e a proteção do direito à saúde no Brasil. Necessário, portanto, pensar-se em mecanismos capazes de assegurar as conquistas sociais inspiradas pelo movimento de Reforma Sanitária e pelos princípios e pelas diretrizes não só do Sistema Único de Saúde, mas do macro Sistema da Seguridade Social. Em nosso sentir, a reinserção do SUS (e dos demais segmentos) à Seguridade Social pode significar um caminho seguro a seguir-se frente às grandes dificuldades atuais dos direitos sociais, notadamente às relacionadas ao direito à saúde.

REFERÊNCIAS

1 Organización de las Naciones. DECLARACIÓN Universal de Derechos Humanos. Disponível em <www2.ohchr.org/spanish/law/ceschr.htm>. Acesso em 20 jan. 2013.

2 FERRAJOLI, Luigi. *Constitucionalismo e garantismo*. Madrid: Tecnos, 2008, p. 26 e 32.

3 FERRAJOLI, Luigi. *Constitucionalismo e garantismo*. Madrid: Tecnos, 2008, p. 33.

4 FERRAJOLI, Luigi. *Constitucionalismo e garantismo*. Madrid: Tecnos, 2008, p. 27.

5 LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; FLEURY, Sonia (Org.) *Seguridade social, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009, p. 7.

6 I CONFERÊNCIA Mundial sobre o Desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social. Disponível em: < <http://www.conselho.saude.gov.br/cm/INDEX.html>> Acesso em 30 de jan. de 2013.

7 I CONFERÊNCIA Mundial sobre o Desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social. Disponível em: < <http://www.conselho.saude.gov.br/cm/INDEX.html>> Acesso em 30 de jan. de 2013.

8 I CONFERÊNCIA Mundial sobre o Desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social. Disponível em: < <http://www.conselho.saude.gov.br/cm/INDEX.html>> Acesso em 30 de jan. de 2013.

9 LUÑO, Antonio-Enrique Pérez. *Derechos humanos, estado de derecho y constitución*. 10. ed. Madrid : Tecnos, 2010, p. 32

10 ALEXY, Robert. *Teoria dos direitos fundamentais*. Tradução de Virgílio Afonso da Silva da 5. ed. alemã – Theorie der Grundrechte, publicada pela Suhrkamp Verlag (2006). São Paulo : Malheiros, 2008, p. 30-35

11 SARLET, Ingo Wolfgang. *A eficácia dos direitos fundamentais*. 8. ed. rev. e atual. Porto Alegre : Livraria do Advogado, 2010, p. 26.

12 SARLET, Ingo Wolfgang. *A eficácia dos direitos fundamentais*. 8. ed. rev. e atual. Porto Alegre : Livraria do Advogado, 2010, p. 35

13 LUÑO, Antonio-Enrique Pérez. *Derechos humanos, estado de derecho y constitución*. 10. ed. Madrid : Tecnos, 2010, p. 35

14 CANOTILHO, J.J. Gomes. *Direito constitucional e teoria da constituição*. 4. ed. Coimbra, Almedina, 2000, p. 387

15 LUÑO, Antonio-Enrique Pérez. *Los derechos fundamentales*. 8. ed. Madrid : Tecnos, 2005, p. 46 (Colección dirigida por Pedro da Veja. Temas clave de la constitucion española)

16 LUÑO, Antonio-Enrique Pérez. *Los derechos fundamentales*. 8. ed. Madrid : Tecnos, 2005, p. 184 (Colección dirigida por Pedro da Veja. Temas clave de la constitucion española)

17 Organização das Nações Unidas. *Pacto internacional de direitos econômicos, sociais e culturais*. Preâmbulo (PIDESC). Disponível em <www.portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/pacto_dir_economicos.htm>. Acesso em 20 jan. 2013.

18 COMPARATO, Fábio Konder. *A afirmação histórica dos direitos humanos*. 5. ed. rev. e atual. São Paulo : Saraiva, 2007, p. 338

19 PAIM, Jairnilson Silva. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009, p. 18-19 (Coleção Temas em Saúde)

20 VASCONCELOS, Cipriano Maia de. PASCHE, Dário Frederico. O sistema único de saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza [et. al.] (Orgs). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo : Hucitec; Rio de Janeiro : Fiocruz, 2012, p. 531

21 REZENDE, Conceição Aparecida Pereira. TRINDADE, Jorge. Manual de atuação jurídica em saúde pública. In: BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. Departamento de gestão da educação na saúde. ARANHA, Márcio Iorio (Org.). *Direito sanitário e saúde*

pública. Brasília : Ministério da Saúde, 2003, p. 59

22 REZENDE, Conceição Aparecida Pereira. TRINDADE, Jorge. Manual de atuação jurídica em saúde pública. In: BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. Departamento de gestão da educação na saúde. ARANHA, Márcio Iorio (Org.). *Direito sanitário e saúde pública*. Brasília : Ministério da Saúde, 2003, p. 59

23 REZENDE, Conceição Aparecida Pereira. TRINDADE, Jorge. Manual de atuação jurídica em saúde pública. In: BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. Departamento de gestão da educação na saúde. ARANHA, Márcio Iorio (Org.). *Direito sanitário e saúde pública*. Brasília : Ministério da Saúde, 2003, p. 60

24 LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; FLEURY, Sonia (Org.) *Seguridade social, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009, p. 8

LEGISLAÇÃO CITADA

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988. Art. 196. Disponível em <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em 26 jan. 2013.

BRASIL. Decreto 591, de 6 de julho de 1992, que, no Brasil, promulga o pacto internacional sobre direitos econômicos, sociais e culturais. Disponível em <www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0591.htm>. Acesso em 20 jan. 2013.

Artigo apresentado em: 26/02/2013

Artigo aprovado em: 20/03//2013

Artigo publicado no sistema em: 02/04/2013