

O DIREITO À SAÚDE COMO UM DOS PRINCIPAIS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE
THE RIGHT TO HEALTH AS ONE OF THE MAIN SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH
EL DERECHO A LA SALUD COMO UNO DE LOS PRINCIPALES DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Michel Perreault¹
Erica Rios de Carvalho²
Fernando P. Cupertino de Barros³

Doi: 10.5902/2179769213854

RESUMO: Neste artigo, que aborda os contextos brasileiro e canadense, o direito à Saúde será examinado como um dos principais determinantes sociais da saúde. Pela Constituição Brasileira de 1988, o Sistema Único de Saúde consagrou a saúde como direito fundamental, porém aceitou a participação do setor privado como complementar ao público. Atualmente, um dos principais problemas é que o setor privado não é complementar ao público, mas com ele encontra-se em total concorrência. Há no Brasil um debate sobre garantia do acesso a saúde como direito fundamental ou ausência de garantia por causa de aportes financeiros além da capacidade de financiamento do setor. À frente da paralisação atual do sistema parece ser um dever para seus profissionais e gestores o desenvolvimento de abordagens operacionais de fiscalização de uma ética que não se limita à Declaração de Consentimento Livre, mas como projeto global de ver o subdesenvolvimento brasileiro como um assunto ético.

Descritores: Direito à saúde; Determinantes sociais da saúde; Acesso universal a serviços de saúde.

ABSTRACT: In this article, which approaches the Brazilian and the Canadian contexts, the right to Health will be examined as one of the main social determinants of Health. According to the 1988 Constitution, the *Sistema Único de Saúde* consecrated health as a fundamental right. However, it allowed the private sector to participate as a complement to the public system. Nowadays, one of the main problems is that the private sector isn't complementary to the public, but competes with it thoroughly. There is a debate in Brazil about the assurance of access to health as a fundamental right or the lack of it because of financial inputs beyond the financing capacity of the sector. Ahead of the current paralization of the system, it seems to be a duty of its professionals and managers to develop operational approaches of surveillance of an ethics that is not limited to the Declaration of Free Consent, but as a global Project to look at the Brazilian underdevelopment as an ethical issue.

Descriptors: Right to health; Social determinants of health; Universal access to health care services.

RESUMEN: En este artículo, que trata de los contextos brasileños y canadienses, el derecho a la salud será examinado como uno de los principales determinantes sociales de la salud.

¹Ph. D. Professor Programa Políticas Sociais e Cidadania, Universidade Católica de Salvador, professor associado Université de Montréal, professor visitante, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal de Rio de Janeiro, 2006-2010. E-mail :michel.perreault@umontreal.ca

²Membro da Ordem dos Advogados do Brasil, mestranda no Programa Políticas Sociais e Cidadania, Universidade Católica de Salvador. E-mail: fernando.cupertino@conass.org.br

³MD, MSc, MA. Professor de Medicina Comunitária, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás. Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília. E-mail:ericariosc@gmail.com

Según la Constitución de Brasil de 1988, el Sistema Único de Salud consagró la salud como un derecho fundamental, pero aceptó la participación del sector privado como complementar al público. En la actualidad, un problema importante es que el sector privado no es complementar al público, pero los dos sectores se encuentran en total competición. Hay un debate en Brasil sobre garantizar el acceso a la salud como un derecho fundamental o la ausencia de garantías, debido a las contribuciones financieras, más allá de la capacidad de financiamiento del sector. Delante de la paralización actual del sistema, parece ser un deber para sus profesionales y gestores el desarrollo de enfoques operacionales de supervisión de una ética que no se limita a la Declaración de Consentimiento Libre, sino como un proyecto global para ver el subdesarrollo brasileño como una cuestión ética.

Descriptor: *Derecho a la Salud; Determinantes Sociales de la salud; Acceso universal a servicios de salud.*

INTRODUÇÃO

Neste artigo, que aborda os contextos brasileiro e canadense, o direito à Saúde será examinado como um dos principais determinantes sociais da Saúde. No Brasil, a criação pela Constituição de 1988 do Sistema Único de Saúde consagrou a saúde como direito fundamental, porém aceitou a participação do setor privado como complementar ao público.¹ Mas atualmente, um dos principais problemas é que, por muitas causas históricas, o setor privado não é complementar ao público, mas com ele encontra-se em total concorrência. Há no Brasil um debate sobre garantia do acesso à saúde como direito fundamental ou ausência de garantia por causa de aportes financeiros além da capacidade de financiamento do setor. Entretanto, no Québec, Canadá, cada vez mais há preocupações sobre as consequências éticas das restrições financeiras do sistema de saúde e serviços sociais. Deve ser então discutido se o direito à saúde pode ser considerado nessas sociedades como um assunto ético.

Gênese do conceito de Determinantes Sociais da Saúde

As diversas definições de Determinantes Sociais da Saúde (DSS) expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde.² No Brasil, a Comissão Nacional Sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) entende que DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A comissão homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Introduce um elemento de intervenção, ao defini-los como sendo os fatores e mecanismos pelos quais as condições sociais afetam a saúde e que potencialmente podem ser alterados pelas ações baseadas em informação e, sobretudo, pelas políticas sociais públicas.³

Poderia ser descrito a lenta construção social do conceito nas diversas fases do estabelecimento da análise científica da saúde e da doença², mas será apenas destacado que o conceito emergiu no Canadá pouco tempo depois da Carta de Ottawa, Canadá, em 1986, que criou as bases do conceito de Promoção da Saúde. Foram cientistas sociais que desenvolveram o conceito de determinantes sociais da saúde, expresso pela primeira vez em 1994, no livro *Why are some people healthy and others not the determinants of the health of populations*.⁴ No início, o conceito foi recebido no Canadá como uma negação

das abordagens comunitárias de Promoção da Saúde, mas rapidamente os dois conceitos apareceram como complementares, podendo a Promoção apoiar-se sobre teorias e pesquisas sociais para melhorar a abordagem com as comunidades.

Finalmente, a OMS aceitou o conceito de DSS em 2005 e permite assim um trabalho mais adequado das ciências humanas e sociais sobre a famosa definição da OMS de 1949, que parecia uma “utopia irrealista” ao propor o conceito de saúde como o pleno estado de bem-estar e não como simples ausência de doença. Hoje, em 2014, essa definição é consenso pleno e é a base tanto da promoção da saúde, como dos determinantes sociais da saúde.

O primeiro autor do artigo, como professor no programa Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica de Salvador da Bahia, desenvolveu uma disciplina sobre Determinantes Sociais da Saúde, do Bem-Estar e da Cidadania na qual apresentou as estruturas sociais, os gêneros, os ciclos de vida, a discriminação cor/raça, a moradia e os serviços de saúde como determinantes privilegiados. O termo “determinantes” sendo usado como fator estruturante dos estados de saúde e doença, e não como determinismo incontornável.

A partir da nova visão da saúde no contexto brasileiro e não canadense, o direito à Saúde será examinado como um dos principais determinantes sociais da saúde. Este artigo representa, assim, uma reviravolta completa das reflexões anteriores que ocorreram no contexto canadense da sociologia da saúde, que mudou profundamente a visão da interação saúde-doença pelo relatório Lalonde⁵, que apresentava a saúde como resultante multifatorial e não como um fruto apenas dos serviços biomédicos. Para os canadenses, e em particular os quebequenses, o direito à saúde era uma realização completa, mas ninguém se interessava por esta questão. O contexto brasileiro apresenta uma situação completamente diferente: o Brasil é uma sociedade avançada que aceita desigualdades enormes no acesso à saúde, de maneira impensável no contexto quebequense, pois os ricos que têm acesso a um sistema privado podem, mesmo assim, utilizar recursos públicos para obter transplantes de órgãos, provavelmente porque estes são caros demais para o setor privado; estabelecer regras implícitas de partos programados como cesarianas para mulheres ricas em maternidades privadas e deixar morrer oficialmente 75 mulheres por 100.000 nascimentos vivos no Brasil o que seria, na verdade, 148 mulheres segundo pesquisas empíricas brasileiras.⁶ No Canadá⁷, tal indicador está no patamar de 9 e, em Québec em particular, de 3 a 4 óbitos maternos a cada 100.000 nascidos vivos, uma proporção considerada insignificante pelas políticas de saúde do Québec.⁸ Como o Brasil permite a existência de uma situação em que mulheres ricas possam abortar de maneira segura, numa situação de impunidade “moral”, enquanto que as pobres falecem ou ficam estéreis após abortos clandestinos?

O direito à saúde pode ser considerado no Brasil, assim como em muitos outros países do mundo, como um dos principais determinantes sociais da saúde por si só. Tal preocupação está chegando ao Québec especialmente em face de uma abordagem neoliberal que considera cada vez mais a saúde como um negócio, um poço financeiro sem fundo, uma coisa ideal que não podemos oferecer a todos, particularmente às pessoas “carentes”, que abusariam, assim, da contribuição financeira das pessoas que trabalham. Os programas de bioética⁹ preocupam-se cada vez mais com as consequências éticas dos contingenciamentos do orçamento da saúde. E pode ser considerado que “**De todos os direitos fundamentais, a saúde é provavelmente o mais crucial, pois condiciona, em larga medida, a capacidade de usufruir de outros direitos e de realizar o pleno potencial de desenvolvimento humano**”.¹⁰

O Sistema Único de Saúde como consagração do direito à saúde

Todos sabem que o artigo 196 da Constituição Brasileira¹ de 1988 preconiza ser a saúde um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Esta constituição¹, que é uma verdadeira pérola em termos de direitos sociais, criou o Sistema Único de Saúde (SUS) em seu artigo 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

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

Como explicar que o Brasil tenha criado este sistema único na América Latina?

Pode-se pensar que o conceito tenha vindo do Canadá para o Brasil através do Chile de Allende: foram inúmeros os médicos e servidores públicos do governo democrático do Presidente Allende que visitaram o Québec até o golpe militar de Pinochet que o Canadá denunciou.

Na luta para sair da ditadura militar, a sociedade civil brasileira adotou um conceito muito semelhante às ideias de Allende, utilizando o modelo padrão da Itália¹¹, enquanto o Chile desenvolveu um sistema privado que se pode chamar de autoritário, sob a dominação do modelo dos EUA.¹²

Seria bom rever hoje essa aliança da sociedade civil e das instâncias políticas no Brasil, mas parece que a história nunca se repete do mesmo jeito. Todavia, poucos sabem que na mesma Constituição¹ o Brasil aceitou a participação de um sistema privado:

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão **participar de forma complementar do sistema único de saúde** segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - **É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.**

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Assim, a Constituição submeteu o setor privado ao controle público.

A privatização da saúde como negação do direito universal à saúde

Segundo os analistas atuais, um dos principais problemas do sistema de saúde brasileiro é que o setor privado não é complementar ao público, mas com ele concorre em tudo, recebendo muitas vezes orçamento público e indo até mesmo à sua procura quando

os gastos são muito altos, como no caso de transplantes de órgãos ou das doenças que necessitam equipamentos muito sofisticados e caros.¹³

É certo que a aplicação da Constituição mudou sobre influência do chamado Pacote de Washington, de 1991, que obrigava os países pobres a adotar o modelo americano de sistema de saúde: neste modelo, a saúde é UM BEM PRIVADO e deve contribuir, mediante lucros, ao desenvolvimento econômico das sociedades.

Mas a saúde pública é um BEM PÚBLICO, porque tudo que não é rentável deve ser oferecido para proteger a população de doenças infecciosas, por exemplo.

Podemos pensar que a saúde pública, neste contexto, é uma proteção gratuita e paga pelos pobres para proteger os ricos dos riscos que eles mesmos assumem. Mas podemos acreditar que a elite mais egoísta do mundo¹⁴ contribuiu fortemente além do pacote de Washington: essa elite é tanto arrogante quanto discriminante, constituindo uma herança da primeira classe que criou o Brasil, utilizando a escravidão para crescer sem limites e conservando seus interesses sob a proteção da classe política que compartilha, com lucro, esse poder.

Antes de qualquer coisa, dentro de sociedades que apresentam enormes desigualdades sociais, como é o caso do Brasil, é importante distinguir os conceitos de equidade em saúde e no consumo de saúde.¹⁵

O primeiro avalia as diferentes chances de extratos populacionais distintos adquirirem morbidade ou mortalidade, enquanto que o conceito de equidade no consumo ou uso dos serviços de saúde analisa as diferentes condições de acesso aos serviços de saúde. Quanto ao conceito de equidade horizontal e vertical, o primeiro defende que indivíduos com iguais necessidades de cuidados com a saúde deveriam ser tratados da mesma forma, enquanto que o princípio de equidade vertical baseia-se no fato de que indivíduos com necessidades diferentes deveriam receber tratamentos diferenciados.

Na Constituição de 1988, a questão de equidade foi tomada como igualdade no acesso aos serviços de saúde, uma vez que garantiu a universalidade da cobertura e do atendimento, com o propósito de fornecer igual oportunidade de acesso aos serviços de saúde para indivíduos com as mesmas necessidades. Entretanto “a sustentabilidade desse sistema depende de aportes financeiros que estão além da capacidade de financiamento do setor, o que faz com que indivíduos com maior poder aquisitivo busquem os serviços privados de saúde como forma de garantir o acesso quando necessário”.^{15:78} Esta afirmação é feita sem nenhuma discussão ou referência científica e consagra assim que apenas os ricos têm direito à saúde e, os outros, não necessariamente, tudo dependendo da capacidade de pagar.

A intenção da Constituição de 1988 está em total discordância com esse pressuposto e que deve estar em debate. Com a redemocratização após a ditadura militar, a Constituição da República de 1988, conhecida como “Constituição Cidadã”, firmou valores, princípios e direitos fundamentais inéditos na sociedade brasileira, aliando-se aos paradigmas celebrados pelo neoconstitucionalismo. Pela primeira vez, a Carta Magna traçou direitos fundamentais de primeira, segunda, terceira e quarta gerações, em suas diversas dimensões, como garantias. Os de primeira geração surgiram no século XVIII e correlacionam-se com a liberdade, visando garantir que o Estado não interfira na esfera de liberdade pessoal dos cidadãos (*non facere*). São exemplos, os direitos políticos. Já os de segunda geração nasceram no século XIX e têm como objetivo prover o máximo de igualdade possível entre as pessoas, por meio de atitudes positivas (*facere*) do Estado, tais como políticas públicas. São exemplos, os direitos sociais e econômicos. Os direitos da terceira geração aparecem no século XX, sob o ideal da fraternidade entre as pessoas e entre o Estado e seus cidadãos, tratando de interesses trans/meta/supraindividuais. Um exemplo é o direito ao meio ambiente equilibrado. Embora se discuta existirem até seis

gerações de direitos fundamentais, a última pacificamente aceita pelos constitucionalistas¹⁶ é a quarta, surgida já no final do século XX, início do século XXI, protegendo direitos que a humanidade passou a ter em virtude dos avanços tecnológicos, tais como direitos biogenéticos, acesso à informação, entre outros.

A doutrina jurídica majoritária entende que todos os direitos dessa natureza são de eficácia imediata, sendo exigíveis de plano, independentemente da elaboração posterior de leis ou regulamentos. Mas não obstante todo o planejamento atual, é fato público e notório que a saúde pública no Brasil não vem sendo capaz de atender à toda população que dela carece.

Artigo¹⁷ publicado em 2012 gera uma reviravolta completa, defendendo a partir de então que, em termos econômicos, a tendência é a sociedade ter que alocar cada vez mais recursos financeiros para custear a saúde, porém tais recursos sempre serão suficientes, desde que bem administrados e manejados pelo Poder Público e pelos cidadãos individualmente. Assim, apesar de a saúde ser um dos ramos de custos sempre crescentes, em paralelo, em outras áreas, a produtividade tem se elevado de forma tão rápida e seu custeio tem caído tanto que a matemática permite que sobrem recursos suficientes para que toda a população tenha acesso à saúde de qualidade.

Em termos jurídicos, estudos¹⁸ apontam para a impossibilidade fática de o Estado jamais vir a ter recursos suficientes para custear a saúde pública integral para toda a sua população, uma vez analisadas as necessidades de investimento em diversas áreas, não só a saúde (tais como educação, transporte, segurança, lazer, entre outras), o PIB nacional e os custos de promover prevenção e tratamento para todas as doenças existentes, para os milhões de habitantes do país.

Por outro lado, autores¹⁹⁻²⁰ frisam a eficácia imediata do direito fundamental à saúde, justificando o ativismo judicial nos processos que visam ao fornecimento de medicamentos e tratamentos em geral. Afinal, se mesmo com a existência de políticas públicas, leis e regulamentos, as necessidades da população não vêm sendo supridas satisfatoriamente, o Poder Judiciário não pode, em respeito ao princípio da sua inafastabilidade, negar-se a apresentar soluções, sempre que provocado.

As consequências da privatização sobre o direito à saúde como determinante social da saúde

Embora exista polêmica, devem ser examinadas as consequências da atual privatização da saúde no Brasil.

Estudo¹⁵ sobre a relação entre desigualdade social e saúde no Brasil, avaliou as necessidades e o consumo dos serviços de saúde, bem como o acesso a seguro de saúde ao longo da distribuição de renda, com dados extraídos da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística levada a campo em 1998. Observou-se na análise das distribuições de renda segundo as diferentes doenças crônicas, que as morbidades mais fáceis de serem percebidas pelos indivíduos (dor de coluna, artrite ou reumatismo) são mais frequentes nos estratos de menor poder aquisitivo, ao passo que doenças que necessitam de um exame para o indivíduo reportar sua presença (câncer, diabetes e hipertensão) seriam mais frequentes à medida que se caminha da base para o topo da distribuição de renda. Nesse caso, a menor proporção de morbidades como câncer, diabetes e hipertensão, nos grupos menos privilegiados, está no fato de esses indivíduos terem reduzida oportunidade de acesso, desconhecendo seu estado de saúde, o que na verdade não significa uma menor probabilidade de adquirir tais afecções, quando comparados aos indivíduos de maior rendimento.

Menores contingentes proporcionais de pessoas que detêm seguro saúde foram observados nos subgrupos populacionais de menor renda. Também foi fácil notar que a fração gasta da renda com plano de saúde diminui ao longo da distribuição de renda, apesar da cobertura de exames e internações apresentar tendência inversa, à medida que se aproxima do topo da distribuição. **Ou seja, os indivíduos socialmente menos privilegiados gastam mais com plano de saúde, embora tenham direito a uma menor cobertura do seguro** (grifo dos autores). É assim que os ricos recebem sempre o melhor, com proporcionalmente menos dinheiro.

Quanto à análise de outros determinantes que não sejam de rendimento, observou-se que o principal determinante para o consumo dos serviços de saúde no Brasil é o indivíduo possuir plano de saúde, o que aumenta suas chances de consumir os serviços em 452%, enquanto que o motivo doença tem importância secundária, uma vez que sua presença contribui para o consumo de serviços de saúde em aproximadamente 155%. Nesse caso, o consumo dos serviços de saúde no Brasil estaria mais relacionado com o acesso aos serviços do que à necessidade de cuidados médicos, ou seja, **estaria mais relacionada a características de oferta dos serviços de saúde do que às características de demanda**. (grifo dos autores). Os outros resultados corroboram essa conclusão, pois se observam chances aumentadas de procurar serviços de saúde à medida que a densidade populacional diminui, o que em parte pode ser explicado pela escassez desses serviços nas áreas rurais e de menor densidade populacional. Mas (...) esse fato não pode ser observado quando a análise é expandida em nível de Unidades da Federação, talvez pelo fato de que estas incorporem outras características além da densidade populacional, **o que faz que o rural seja sempre negligenciado, porque as estatísticas são em geral apresentadas em regiões como Sul, Sudeste, Nordeste etc....** (grifo dos autores). Em suma, as análises das distribuições de renda segundo as medidas de saúde possibilitaram avaliar o acesso a seguro saúde, as necessidades de cuidados médicos e consumo dos serviços de saúde no Brasil, segundo o rendimento do chefe de família. Verificou-se que os indivíduos mais pobres têm pior acesso a seguro, necessitam de maiores cuidados com a saúde, mas consomem menos os serviços, o que acaba por aumentar o quadro de desigualdade dos rendimentos.

Existe certa endogeneidade na equação de rendimentos dos indivíduos, ou seja, **um pior rendimento gera uma saúde mais precária e uma pior saúde, um menor rendimento**. (grifo dos autores). É nesse sentido que políticas de provisão de saúde pública são políticas de combate à pobreza e à desigualdade.

E devem ser consideradas as fraquezas da privatização da saúde que podem dar margem a consequências ainda piores do que o exemplo do sistema privado dos EUA. Segundo as últimas estatísticas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) “médicos deixam planos de saúde para cobrar consulta”. Os baixos valores pagos por planos de saúde aos médicos por consultas e procedimentos estão resultando numa migração destes profissionais das operadoras de saúde para o atendimento particular, segundo autoridades médicas. Os dados apontam que a quantidade de consultas realizadas por planos de saúde caiu 8,5% entre 2011 e 2012, enquanto que o número de beneficiários aumentou de 47,9 milhões para 48,5 milhões no mesmo período.²¹

E é uma vergonha ver propaganda da União declarando investir 40 milhões de reais para diminuir as filas únicas nas clínicas privadas! Não somente o público financia esses planos pela maior renúncia fiscal dos ricos, já que têm direito ao abatimento dos valores pagos a planos de saúde privados quando do recolhimento do Imposto de Renda, mas o governo dá diretamente o dinheiro dos cidadãos com menor poder aquisitivo para sustentar os mais ricos. A renúncia fiscal obtida em razão do pagamento de planos de saúde gastou 16 bilhões de reais em 2011, ou seja, 22,5% do orçamento total em saúde da União. Esse

relatório destaca que as despesas dos planos de saúde representaram, de 2003 a 2011, 40% ou mais de todas despesas em saúde no Brasil.²²

Além de todas as consequências destacadas, faz-se necessário investigar se, na ausência de atendimento ou de fornecimento de medicação, a busca do povo por soluções através do acesso ao Poder Judiciário constitui ou não uma ofensa à isonomia (conceituada aqui como tratamento igual para iguais e desigual para desiguais, ou seja, discriminação positiva para com aqueles menos favorecidos em qualquer âmbito). Isto porque somente uma parcela reduzida da população toma essa iniciativa e, uma vez concedida a tutela pelo juiz de cada caso concreto, o tratamento em questão deixaria de ser fornecido a alguém que já estava na fila para tal, e passaria a quem recebeu a prioridade pelo Poder Judiciário. A judicialização da saúde²³ pode ser uma das mais perniciosas formas de negação do direito à saúde por todos que não têm poder aquisitivo suficiente para processar o sistema de saúde.

CONCLUSÃO

Uma solução judiciária não parece um bom caminho para que o direito à saúde possa ter efeitos positivos sobre a saúde das pessoas, como mostra bem o modelo americano.

O melhor seria melhorar o sistema no sentido de estabelecer, enfim, um verdadeiro sistema único de saúde que controlasse um sistema privado estritamente complementar, como era o objetivo na Constituição de 1988. E bem esclarecer que os Poderes Executivo e Legislativo podem apoiar financeiramente todos os serviços de saúde para toda a população, pois o Brasil tem os recursos necessários: só falta a vontade, pois a capacidade existe.

Todavia, observando-se a vontade política atual nos campos da saúde e da educação, parece claro que isto nunca acontecerá fora de um verdadeiro controle do povo: não obstante todos os avanços na democracia, a governabilidade²⁴ no Brasil é ainda muito mais a de uma plutocracia, ou seja, um governo dos ricos para os ricos, e não a de uma democracia completa. Ela apresenta-se como um Estado democrático social nas leis, mas sua não aplicação concreta está reduzindo o tamanho deste Estado.

Não aplicar as leis tem uma dimensão ética porque ameaça a saúde, que é um direito fundamental nos dias atuais. A morte e morbidades evitáveis dos que não dispõem de poder aquisitivo suficiente e não encontram salvação no SUS por ausência de recursos e de oportunidades, apresentam-se como desafios para uma ética fundada na justiça.

Diante da paralisia atual do sistema de saúde, parece ser um dever que profissionais e gestores da saúde desenvolvam abordagens operacionais de fiscalização de uma ética que não se limite à declaração de consentimento livre e esclarecido. Isso poderia fazer parte de um projeto global de ver o subdesenvolvimento como um assunto ético: “O subdesenvolvimento deixou de ser um problema da economia e passou a ser um assunto da ética. Nenhum indicador econômico define melhor o quadro de pobreza do que o Estado e o tratamento dado às crianças dentro uma sociedade. **Criança abandonada** esta é a definição mais sintética de subdesenvolvimento: abandonada nas ruas, no trabalho ou em escolas sem qualidade e sem atração. **Esta é uma definição ética de pobreza**”.^{14:35}

Todos concordam que o século XVIII foi o século dos direitos fundamentais; o XIX, o dos direitos políticos; o XX, dos direitos sociais, como educação e saúde.

O século XXI poderia ser o século da ética, capaz de assegurar e atualizar os direitos conquistados.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.
2. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS*. 2007;17(1):77-93.
3. Perreault M. Os desafios para as enfermeiras de Québec (Canadá) frente às tendências neoliberais e a globalização. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 1998;2(1):23-33. ISSN: 1414-8145.
4. Evans RG, Barer ML, Marmor TR. Why are some people healthy and others not: the determinants of the health of populations. New York; 1994.
5. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Government of Canada; 1974.
6. WHO Family of International Classification (FIC). Speech of the nestor of WHO-FIC network, Ruy Laurenti, addressed at WHO-FIC Brasilia Meeting. WHO Collaborations Centre for the FIC in the Netherlands; 2013,11(1):6-7.
7. Agence de La santé publique du Canada. Mortalité maternelle au Canada. 2011.
8. Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Politique de périnatalité 2008-2018. Québec: Gouvernement du Québec; 2008.
9. Université de Montreal. Enjeux éthiques liés à la limite des ressources et à ses impacts sur le système de santé. Colloque Annuel; 2013 nov 14-15; Montreal. Montreal: Université de Montreal; 2013 [acesso em 11 de Março de 2014]. Disponível em: <http://www.bioethique.umontreal.ca/colloque/colloque-annuel-2013-programme/>.
10. Rochon J. Prefácio. In: Saúde e cidadania: as experiências do Brasil e do Quebec. Campinas (SP): Saberes; 2010.
11. Campos G, Wagner de S. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: Hucitec; 1992.
12. Perreault M. Prefácio. In: Andreazzi MFS, Tura LFR, editores. Financiamento e gestão do setor saúde: novos modelos. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery; 1999. 225 p.
13. Medici A. Caminhos da saúde no Brasil: é possível uma nova vida? In: 2º Seminário CONASS Debate; 2013 set 25; Brasília (DF).
14. Buarque C. A segunda abolição: a erradicação da pobreza no Brasil. In: Velloso JPR, Albuquerque RC, coordenadores. Pobreza, cidadania e segurança. Rio de Janeiro: José Olympio; 2000. p. 25-84.
15. Neri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2002;18 Supl:77-87.
16. Cunha Júnior D. Curso de direito constitucional. 2ª ed. Salvador: Jus Podivm; 2008.
17. Baumol W. We can have it all: Why health care will still be affordable. 2012 [acesso em 2013 jul 10]. Disponível em: <http://www.irpp.org/en/po/come-together/the-wonk-we-can-have-it-all-why-health-care-will-still-be-affordable/>.
18. Ferraz OLM, Vieira FS. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. 2009 [acesso em 2013 jul 11]. Disponível em:



http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Direito_a_Saude_Recursos_escassos_e_equidade.pdf.

19. Alexy R. Teoria dos direitos fundamentais. 2ª ed. São Paulo: Malheiros; 2011. p. 85-179.
20. Cunha Júnior D. Neoconstitucionalismo e o novo paradigma do Estado Constitucional de Direito: um suporte axiológico para a efetividade dos direitos fundamentais sociais. 2010 [acesso em 2013 abr 14]. Disponível em: <http://www.artigonal.com/doutrina-artigos/neoconstitucionalismo-e-o-novo-paradigma-do-estado-constitucional-de-direitoumsuporte-axiologico-para-a-efetivacao-dos-direitos-fundamentais-sociais-1802344.html>.
21. Alves, Paula Janay (2013) Médicos deixam planos de saúde para cobrar consulta. Consultado o dia 30/06/2014 no <http://atarde.uol.com.br/economia/materias/1533856-medicos-deixam-planos-de-saude-para-cobrar-consulta>.
22. Ocke-Reis CO. Mensuração dos gastos tributários: o caso dos planos de saúde: 2003-2011. Brasília (DF): IPEA; 2013. (Nota técnica; 5).
23. Barroso LR. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. R. Jur. UNIJUS, Uberaba-MG, V.11, n. 15, p.13-38 novembro, 2008.23.
24. Foucault M. Resumos dos cursos do Collège de France. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1997.