

Novas perspectivas do direito à saúde no Brasil sob o olhar de O Direito Achado na Rua

New perspectives on the right of health in Brazil under the outlook of 'The Law Found on the Streets'

Raquel Aparecida Rodrigues Feliciano Lopes*
Renata Filgueira Costa**

Resumo

O presente artigo intenta contextualizar brevemente a saúde pública no Brasil, a partir dos anos 1900 até a promulgação da Constituição Federal de 1988 e instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990. A partir da análise histórica, foram delineados alguns dos enormes desafios na permanência de políticas públicas voltadas para a saúde, em especial no contexto dos governos de orientação liberal. Em um cenário de supressão e diminuição de direitos sociais e da dificuldade de praticar o controle e a participação social, idealizar soluções sob novas perspectivas de efetivar direitos, positivados ou não, é fundamental.

Palavras-chave: Direitos Humanos, Saúde Pública no Brasil, Controle e Participação Social, O Direito Achado na Rua.

Abstract

This article discusses some perspectives on the right of health and presents the Brazilian health system, since the beginning of the 20th century until the promulgation of the current Constitution, in the year of 1988, and the creation of the Unified Health System (SUS), the national health service in 1990. From a historical perspective, some efforts and challenges to keep permanent health policies were outlined, especially in governments with liberal-minded orientation. In a scenario where social rights are being suppressed or decreased, and there are difficulties in exercising social control and participation, idealizing solutions under new perspectives, established or not in the legal system, is fundamental.

Como citar este artigo:

COSTA, Renata Filgueira;
LOPES, Raquel Aparecida
Rodrigues Feliciano. Novas
perspectivas do direito à
saúde no Brasil sob o olhar
de O Direito Achado na
Rua. Revista da Defensoria
Pública do Distrito Federal,
Brasília, v. 1, n. 2, set. 2019,
p.81/110.

* Graduada em Direito pela Universidade de Brasília (UnB, 1988); pós-graduada em Ordem Jurídica e Ministério Público pela Fundação Escola Superior do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (FESMPDFT, 2000); aluna especial do Programa de Pós-Graduação em Direito (PPGD/UnB); Promotora de Justiça do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT).

** Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública da Faculdade UnB Planaltina (PPGP/FUP) – Mestrado Profissional em Gestão Pública; graduada em Letras Português do Brasil como Segunda Língua (UnB, 2002); Letras Português (UnB, 2005) e Direito (UniCeub, 2008), com pós-graduação pela Fundação Escola Superior do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios – FESMPDFT (Ordem Jurídica e Ministério Público, 2011). É servidora da Universidade de Brasília.

Data da submissão:

23/07/2019

Data da aprovação:

30/10/2019

Keywords: Human Rights, Unified Health System, Social Control and Participation in Health, The Law Found on the Streets.

Introdução

A saúde pública no Brasil despontou como prioridade de governo, no contexto brasileiro, no início dos anos 1900, devido à economia cafeeira, na região Sudeste, impulsionando o desenvolvimento e acúmulo de capitais e, posteriormente, a industrialização do país.

Nesse cenário crescente de integração produtiva entre os trabalhadores urbanos, rurais e imigrantes, a promoção de melhorias das condições sanitárias se tornava fundamental, revestindo-se, inclusive, do caráter de política pública. Com isso, foram inúmeros e crescentes os debates a respeito da saúde pública, intensificados os estudos sobre a relação saúde e riqueza e doença e pobreza (CENEBCRA, [S.d.]).

O surgimento do regime ditatorial no Brasil, entre os anos 1964-1985, também influenciou sobremaneira a política de saúde que se pensava para o país em desenvolvimento¹. O governo, fortemente centralizador, consolidou a assistência com a possibilidade de compra de serviços assistenciais do setor privado. Trabalhadores urbanos, obrigados a contribuir com o novo sistema, favoreceram o aumento no volume de contribuições (e beneficiários, consequentemente).

Ao unificar o sistema previdenciário, com o Instituto de Previdência Social (INPS), no final da década de 1960, “o governo militar se viu na obrigação de incorporar os benefícios já instituídos fora das aposentadorias e pensões” (POLIGNANO, 2019, p. 15), como, por exemplo, a assistência médica, ofertada pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs).

Todavia, destaca Marcus Vinícius Polignano (2019, p. 15), com o aumento expressivo no número de contribuintes (e beneficiários), “era impossível ao sistema médico previdenciário existente atender a toda essa população”. Restava, então, o impasse de onde alocar os recursos públicos que serviriam para atender às necessidades dos usuários e à ampliação do sistema. A opção foi “direcioná-los para a iniciativa privada, com o objetivo de cooptar o apoio de setores importantes e influentes dentro da sociedade e da economia” (POLIGNANO, 2009).

Dessa forma, foram celebrados contratos e convênios com a iniciativa privada, fornecendo-se a respectiva remuneração pelos serviços prestados, propiciando aos prestadores possibilidade de capitalização e, ao mesmo tempo, provocando “um efeito cascata com o aumento no consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares, formando um complexo sistema médico-industrial”, nas palavras de Polignano (2019, p. 15).

Os recursos foram ficando escassos diante da demanda, tornando impraticável a manutenção do sistema de saúde como fora idealizado, havendo sensível aumento nos custos operacionais. O modelo proposto pelos militares entrou em crise.

Já nos idos de 1985, com o fim do Regime Militar, eclodiram diversos movimentos sociais, inclusive na área da saúde, os quais buscavam assegurar acesso democrático aos serviços de saúde. Esses movimentos organizados passam, finalmente, a ter

¹ Marcelo Douglas de Figueiredo Torres (2004, p. 152) observa que “[...] o desenvolvimento industrial brasileiro sempre foi amplamente subsidiado, capitaneado e controlado pelo Estado”. Nesse sentido, aprofundando essa tendência histórica, “o regime militar de 1964 assume o desenvolvimento do capitalismo, das relações de mercado e a maior participação do Brasil no comércio internacional como tarefas prioritárias a serem alcançadas e incentivadas pelos seus governos”. Segundo o autor, os militares entendiam que o Brasil não estava preparado para a democracia, “pois esse regime político exige níveis elevados de incorporação social e econômica que só o desenvolvimento do capitalismo pode propiciar, como sugeria a experiência das democracias europeias e norte-americana”.

maior presença nos conselhos de gestão², inclusive na área de saúde.

Novos marcos institucionais surgiram³, fortalecendo políticas descentralizadas e que, mais tarde, consolidariam o Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990. Os debates⁴ ocorridos até 1988 resultaram no reconhecimento da universalidade do direito à saúde, inserida no bojo do texto constitucional (arts. 196-200). Assim, o direito à saúde tem sua relevância inserta na Carta Maior, quando é traduzido como “direito de todos e dever do Estado” (art. 196).

No século XXI, o direito à saúde é reconhecido não somente na Constituição Federal brasileira, mas também, por exemplo, pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), pelo Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966), como um direito humano, inalienável de toda pessoa e como um valor social, sendo fruto de um processo de intensas lutas sociais.

O reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado fez surgir um Sistema Único de Saúde no Brasil, que compreende esse direito como universal e apto a garantir a todos, indistintamente, cuidados assistenciais e de atenção integral, abrangendo, além da prevenção, os tratamentos necessários ao restabelecimento da saúde, sempre tendo como objetivo a melhoria na qualidade de vida do ser humano.

Por ser um direito oneroso, necessita da participação do Estado para garantir sua efetividade, sendo a escassez de recursos, sobretudo em um período tido como de austeridade nos gastos públicos⁵, um grande entrave para sua efetivação dentro da amplitude em que foi concebido. Nesse contexto, a definição das políticas públicas de interesse da população ganha especial relevo, sobretudo quando os recursos são insuficientes para a satisfação mínima de todas as necessidades que surgem nessa área.

A participação popular na fiscalização e gestão dos recursos mostra-se, portanto, essencial para dar substância a um modelo de democracia participativa, em que o cidadão é chamado a se envolver tanto no processo de definição de políticas públicas quanto no de eleição de prioridades, e em que a busca pela transparência exigirá que seus representantes prestem contas de seus atos e de suas decisões.

Aliás, o direito à saúde, no Brasil, por meio de políticas públicas, é resultado de um processo de luta dos sujeitos sociais nos espaços públicos onde se formam opiniões e surgem direitos – a rua, em sentido metafórico (SOUZA JUNIOR, 2015) –, de modo a torná-lo um direito social positivado e reconhecido por todos de forma ampla. Em uma realidade em que há um moto-contínuo de surgimento de novas necessidades,

² No caso da saúde, existe o Conselho de Saúde, que é órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de governo (Lei nº 8.142/1990 e Resolução CNS nº 453/2012). Fazem parte da estrutura das secretarias de saúde dos municípios, dos estados e do Governo Federal. Segundo a Resolução CNS nº 453/2012, Terceira Diretriz: “a participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por representantes de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do conselho, em reunião plenária. Nos municípios onde não existem entidades, instituições e movimentos organizados em número suficiente para compor o conselho, a eleição da representação será realizada em plenária no município, promovida pelo Conselho Municipal de maneira ampla e democrática”.

³ A exemplo da criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) (1932); da implantação do Instituto de Previdência Social (INPS) (1967); do movimento da Reforma Sanitária (década de 1970); da consolidação do Ministério da Previdência e Assistência Social (1974); da instituição do Sistema Nacional de Saúde (1975); da estruturação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) (1978); da implementação do Programa de Ações Integradas de Saúde (Pais) (1982); da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), entre outros.

⁴ O termo “debates” empregado neste artigo refere-se, substancialmente, à Reforma Sanitária – que nasce na ditadura com a intenção de promover “mudanças e transformações necessárias na área da saúde” (FIOCRUZ, [S.d.]), com vistas a promover melhores condições de vida – e a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, já no processo de redemocratização do Brasil, “a qual lançou as bases da reforma sanitária e do SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde) (POLIGNANO, 2019)”. “A VIII CNS é exemplo dessa mobilização, envolvimento e participação, ao ponto de a mesma ser considerada uma das mais importantes realizadas no Brasil e decisiva na implantação da Reforma Sanitária Brasileira e do SUS” (STEDILE; GUIMARÃES; FERLA; FREIRE, 2015, p. 2960).

⁵ Sobre o tema da austeridade nos gastos públicos, vide seção 4 – *Desafios observados na permanência de políticas públicas voltadas para a saúde: identificação de coletividades em risco*.

a concretização da solidariedade estatal evidenciará o protagonismo das movimentações sociais em torno da construção de ideais como os de universalidade, integralidade e equidade, provocando o surgimento de novas sociabilidades e exigindo o fortalecimento do conceito de cidadania ativa.

Assim, o projeto teórico de O Direito Achado na Rua, por guardar raízes em um humanismo histórico e, também, por priorizar as conquistas dos movimentos sociais, ou seja, por conferir eco às vozes que, sozinhas, não produziram a expressão necessária a garantir o reconhecimento e consolidação de direitos humanos tão essenciais, sobretudo dos espoliados, terá grande valia na definição dos espaços políticos nos quais se desenvolverão as práticas emancipatórias que exsurgirão da gama de direitos que giram em torno dessa matriz.

Merecerão destaque, nesse texto, alguns que, no presente momento histórico, em razão do panorama político e econômico que se delineia e onde há uma tentativa evidente de limitação das responsabilidades estatais diante dos cidadãos, estão em ataque evidente ou iminente e onde há a necessidade de fortalecimento dos sujeitos coletivos para que possam, como diz Marilena Chauí, “dar a si mesmos a Lei” (SOUZA JUNIOR, 2019), ou seja, para que sejam cidadãos ativos e, como tais, sejam capazes de criar direitos e participar da direção da sociedade e do Estado. Nesse contexto, não há dúvida de que será necessário assumir posturas positivas no sentido de corporificar o SUS como conquista nacional e cenário a partir do qual surgirão novas subjetividades comprometidas com as práticas de produção da saúde, em todas as suas vertentes.

Contextualização das Políticas Públicas em saúde no Brasil

Contextualizar políticas públicas e políticas sociais no cenário brasileiro exige que se faça uma leitura de aspecto histórico-político. Nossa história está permeada pelo costume político “mais ou menos presente no Brasil depois de 1830” (VIEIRA, 1997, p. 13) de realizar reformas constitucionais. A temática tornou-se obrigatória na República, a partir de 1920: “Reforma constitucional em 1926, Revolução Constitucionalista em 1932 e Constituições de 1934, de 1937 (outorgada), de 1946, de 1967, de 1969 (outorgada com o Ato Institucional nº 5) e de 1988” (VIEIRA, 1997, p. 13).

O costume diz muito até os dias de hoje sobre a necessidade de realizar constantes e atrasadas atualizações no texto constitucional vigente. A dificuldade parece recair na exigência diuturna da classe dirigente em alterar as regras já instituídas, porque essa classe reivindica regras que lhe sejam sempre favoráveis, “justificando-se com a necessidade de manter a estabilidade ou o crescimento do país” (VIEIRA, 1997, p. 13).

Nesse contexto, tendo como pressuposto que as políticas públicas concretizam direitos humanos das coletividades e/ou direitos sociais constitucionalmente garantidos e protegidos pelo Estado e que as políticas sociais proporcionam a realização daqueles direitos, sob o prisma da participação social, num olhar mais raso sobre o tema, entendemos que existem marcos históricos que desvendam e permitem compreender o que atualmente existe no Brasil em termos de políticas construídas e voltadas para a área de saúde.

Assim, no intuito de elucidar os fatos, temos como linha do tempo até 1990, ocasião de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), alguns marcos que elegemos como imprescindíveis à compreensão do sistema de saúde atual.

A instituição estatal de uma estrutura na área de saúde teve início, segundo o que

se observa da literatura, nos anos 1900, acelerando-se nas décadas posteriores, ocorrendo, concomitantemente, a diferenciação do que se conhece como saúde pública e medicina previdenciária (CENEBA, [S.d.]).

Denizi Oliveira Reis, Eliane Cardoso de Araújo e Luiz Carlos de Oliveira Cecílio explicitam que, já em 1923, num contexto de industrialização e acelerada urbanização, são criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) – iniciativa dos trabalhadores à época com vistas a garantir pensão em casos de acidente, afastamento ou mesmo aposentadoria. Dizem os autores que, com as CAPs, “surtem as primeiras discussões sobre a necessidade de se atender à demanda dos trabalhadores. Nasce nesse momento complexas relações entre os setores público e privado que persistirão no futuro Sistema Único de Saúde” (REIS; ARAUJO; CECÍLIO, [S.d.], p. 4).

Adentrando a Era Vargas, entre 1930-1945, nota-se que o início da industrialização no Brasil promoveu mudanças na estrutura estatal, expandindo o sistema econômico vigente.

Dentre as inúmeras mudanças, especificamente na área de saúde e previdência, temos, em 1932, a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que são a resposta do Estado “às lutas e reivindicações dos trabalhadores no contexto de consolidação dos processos de industrialização e urbanização brasileiros” (REIS; ARAUJO; CECÍLIO, [S.d.], p. 4). Nesse período, a assistência médica acentua-se na prestação de serviços pelo setor privado.

Em 1934, promulgada a Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 16 de julho de 1934, institui-se uma política social de massas que na constituição se configura no capítulo sobre a ordem econômica e social (POLIGNANO, 2019).

Em 1937, outorgada a Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 10 de novembro de 1937 (conhecida como Polaca), esta tinha forte caráter centralizador exercido pelo presidente da República (período ditatorial). Foi na vigência desta Carta que, em 1939, regulamenta-se a Justiça do Trabalho e, em 1943, é criada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), que passa a reger as relações trabalhistas, especialmente em razão do momento desenvolvimentista do Brasil.

O mercado de trabalho começa a formar-se mesclando trabalhadores urbanos e rurais, e também imigrantes. Nesse contexto, entendeu-se como sensível a melhoria das condições sanitárias, sendo necessária a criação de políticas públicas efetivas que controlassem as endemias.

Outro marco que influenciou sobremaneira a saúde no Brasil diz respeito ao Regime Militar (1964-1985).

O “Movimento de 1964” contava com aparato político forte. Era interesse da burguesia a internacionalização da economia e das finanças brasileiras. Afirma Polignano (2019, p. 13) que “houve o fortalecimento do executivo e o esvaziamento do legislativo. Criaram-se atos institucionais, principalmente o de nº 5 de 1968, que limitavam as liberdades individuais e constitucionais”.

Dado o longo período de ditadura, o governo à época, em busca de legitimação perante a sociedade, viu-se obrigado a implementar algumas políticas sociais.

Nesse cenário de conflitos e supressão de liberdades, foi implantado, em 1967, o Instituto de Previdência Social (INPS), “reunindo seis institutos de aposentadorias e pensões” (POLIGNANO, 2019, p. 14).

A importância do INPS reside justamente na consolidação da assistência com a possibilidade de “compra de serviços assistenciais do setor privado, concretizando o modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista e médico-centrado, que terá uma forte presença no futuro SUS” (REIS; ARAUJO; CECÍLIO, [S.d.], p. 5).

Interessante notar que a medida obrigava todo trabalhador com carteira assinada – trabalhadores urbanos – a contribuir com o novo sistema, havendo enorme captação de recursos financeiros. Todavia, esse aumento no volume de contribuições (e beneficiários, conseqüentemente) impossibilitou ao sistema médico previdenciário atender a todas as demandas (POLIGNANO, 2019).

A opção do governo ditatorial, então, foi direcionar os recursos públicos para a iniciativa privada. A complexidade da demanda no âmbito do INPS “acabou levando a criação de uma estrutura própria administrativa, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) em 1978” (POLIGNANO, 2019, p. 15). Este órgão sobreviveu até a criação do SUS, em 1990 (REIS; ARAUJO; CECÍLIO, [S.d.]).

Ressalte-se que, nesse período, mais precisamente em 1974, foi instituído o Ministério da Previdência e Assistência Social, “que passa a ser o grande órgão governamental prestador da assistência médica – basicamente à custa de compra de serviços médico-hospitalares e especializados do setor privado” (REIS; ARAUJO; CECÍLIO, [S.d.], p. 5).

Em 1975, outras ações foram realizadas, como a criação do Sistema Nacional de Saúde, estabelecendo o campo de atuação da saúde no âmbito dos setores público e privado. Segundo Polignano (2019, p. 16), “O documento reconhece e oficializa a dicotomia da questão da saúde, afirmando que a medicina curativa seria de competência do Ministério da Previdência, e a medicina preventiva de responsabilidade do Ministério da Saúde”.

O que se observou, ainda segundo Polignano (2019), foi que o governo destinou poucos recursos ao Ministério da Saúde (órgão criado em 1953, no segundo mandato de Getúlio Vargas), tornando a Pasta incapaz de desenvolver as ações de saúde pública propostas, “o que significou na prática uma clara opção pela medicina curativa, que era mais cara e que, no entanto, contava com recursos garantidos através da contribuição dos trabalhadores para o INPS” (POLIGNANO, 2019, p. 16). Assim, o Ministério da Saúde, que seria responsável pelas políticas de saúde, se torna então mero órgão burocrato-normativo (POLIGNANO, 2019).

Ainda no Regime Militar, em 1982, foi criado o Programa de Ações Integradas de Saúde (Pais) “que dava particular ênfase à Atenção Primária, sendo a rede ambulatorial pensada como a ‘porta de entrada’ do sistema. Visava à integração das instituições públicas da saúde mantidas pelas diferentes esferas de governo, em rede regionalizada e hierarquizada” (REIS; ARAUJO; CECÍLIO, [S.d.], p. 6). Essa integração se realizava mediante convênios trilaterais: Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social e Secretarias de Estado de Saúde. O objetivo era racionalizar o uso dos recursos públicos.

Em 1985, o “Movimento das Diretas Já”⁶ anunciava o fim do Regime Militar e a eclosão de diversos movimentos sociais, inclusive na área da saúde. Nesse sentido, houve a criação das associações dos secretários de saúde estaduais (Conass) ou municipais (Conasems), bem como grande mobilização nacional “por ocasião da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), a qual lançou as bases da reforma sanitária e do SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde)” (POLIGNANO, 2019, p. 21).

O SUDS marca um importante momento na administração pública brasileira, pois, “pela primeira vez, o Governo Federal começou a repassar recursos para os estados

⁶ “As mudanças no cenário político despertam em 1983 um movimento por eleições diretas para presidente da República, o qual ganha força com a apresentação pelo deputado Dante de Oliveira, PMDB-MT, de uma emenda constitucional com idêntico objetivo. O movimento, que ficaria conhecido como ‘Diretas Já’, cresce espetacularmente em 1984 e empolga a população, com a realização de comícios em diversas cidades contando com a presença de artistas e lideranças políticas e a participação de multidões nunca antes vistas no Brasil”. Apesar das manifestações, a Emenda foi derrotada no congresso Nacional em abril de 1984. “Três meses depois, a Frente Liberal, uma dissidência do PDS, faz um acordo com o PMDB mediante o qual o senador José Sarney (ex-PDS) é indicado candidato a vice-presidente na chapa de Tancredo Neves (PMDB) à presidência da República. Nascia aí a Aliança Democrática, que em 15 de janeiro de 1985 derrotaria o PDS na eleição no Colégio Eleitoral, obtendo 480 votos de um total de 686. Entretanto, Tancredo Neves não chega a assumir a presidência. No dia 14 de março, na véspera da posse, ele adoece e é hospitalizado, vindo a falecer após 38 dias de internação. Assim, José Sarney torna-se o presidente da República, cargo que exercerá por cinco anos, até 15 de março de 1990”. Informações extraídas do Portal da Câmara dos Deputados (BRASIL, [S.d.]).

e municípios ampliarem suas redes de serviços, renunciando a municipalização que viria com o SUS” (REIS; ARAUJO; CECÍLIO, [S.d.], p. 7).

Já a VIII Conferência Nacional de Saúde “consagrou uma concepção ampliada de saúde e o princípio da saúde como direito universal e como dever do Estado, atributos que seriam plenamente incorporados na Constituição de 1988” (REIS; ARAUJO; CECÍLIO, [S.d.], p. 6).

As propostas debatidas na VIII CNS, com intensa participação da população, foram contempladas tanto no plano constitucional (CF/1988) como nas Leis Orgânicas da Saúde (Leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990) (REIS; ARAUJO; CECÍLIO, [S.d.]).

Importante frisar que a VII CNS, realizada em 1986, foi palco de discussões a respeito de saúde pública – promoção, proteção e recuperação (REIS; ARAUJO; CECÍLIO, [S.d.]) –, baseadas no movimento da Reforma Sanitária, a qual nasceu ainda no contexto da ditadura, por volta de 1970. Essa expressão foi usada para se referir “ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população” (FIOCRUZ, [S.d.]).

As propostas da Reforma resultaram na universalidade do direito à saúde – previsto na CF/88 e com a instituição do SUS.

Em 1988, foi então promulgada a Constituição Cidadã, estabelecendo a saúde como “Direito de todos e dever do Estado”. O tema está inserto no Título VIII – Da Ordem Social; Capítulo II – Da Seguridade Social; Seção II – Da Saúde, arts. 196-200, destacando-se:

Art. 196. A saúde é 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 o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 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. [...]

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.

[...]

Art. 200. Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I- controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II- executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III- ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV- participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V- incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 85, de 2015)

VI- fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII- participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII- colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Por fim, ao que interessa para este estudo, em 1990, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” (BRASIL, 1990a), e da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” (BRASIL, 1990b).

Analisando os fatos, e na perspectiva alcançada por Polignano (2019), o setor médico-privado, durante o Regime Militar, se beneficiou de expressiva quantidade de recursos públicos e financiamentos subsidiados, o que permitiu seu crescimento⁷.

Instalada a crise no setor público⁸, já em meados da década de 1970, percebeu-se que outros meios deveriam ser criados no contexto da prestação de serviços de saúde. Dessa forma, o setor privado “direcionou o seu modelo de atenção médica para parcelas da população, classe média e categorias de assalariados, procurando através da poupança desses setores sociais organizar uma nova base estrutural”

⁷ Segundo a pesquisadora Ligia Bahia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, “O governo militar foi super importante para a privatização em todas as áreas. Na saúde, [...] médicos do trabalho faziam suas empresinhas. Com o regime militar, eles se tornam capitalistas no sentido literal do termo: saem do esquema de autofinanciamento e passam a tomar empréstimos e créditos do governo”, porque a mentalidade da época era: “quanto mais empresas o Brasil tivesse, melhor. [...] mais empresas, mais mercado, equivaliam à modernização” (MATHIAS, 2018). Maira Mathias (2018) esclarece que as demandas eram garantidas pelo Estado, porque o Inamps (antigo INPS) “operava basicamente através de convênios com a rede privada ao invés de investir na ampliação e qualidade da rede própria de serviços”. Os militares criaram o Fundo de Apoio à Assistência Social (FAS) para financiar a construção de hospitais, e o Inamps pagava a assistência médica. Assim, eram duas saídas de recurso público: uma para a construção de hospitais e outra para a contratação de hospitais que seriam construídos para prestar o serviço para a Previdência, relata o entrevistado médico sanitário Nelson Rodrigues dos Santos (MATHIAS, 2018). O artigo destaca ainda que 70% dos recursos da linha de crédito destinada a financiar a ampliação e compra de equipamentos ficaram concentrados em hospitais particulares.

⁸ O modelo econômico pensado na ditadura entra em crise, porque o cenário mundial também entra em colapso, em razão da decadência do sistema monetário internacional aliada à crise do petróleo. “A população com baixos salários, contidos pela política econômica e pela repressão, passou a conviver com o desemprego” (POLIGNANO, 2019, p. 17) e suas consequências nefastas, que impactaram sensivelmente a saúde: mortalidade infantil; aumento dos custos da medicina curativa; diminuição na arrecadação do sistema previdenciário (havendo redução de receitas), entre outros (POLIGNANO, 2019). Ademais, como salienta Mathias (2018), como a maior parte dos recursos do Governo Federal “estavam na Previdência e fluíam para o setor privado” e o Ministério da Saúde “não tinha orçamento praticamente”, a atenção à saúde pública demandou dos atores políticos a criação de outros meios de prestação de serviço.

(POLIGNANO, 2019, p. 21).

É então com a Constituição de 1988 que as políticas sociais passam a ter visibilidade e acolhimento “nos campos da educação [...], da saúde, da assistência, da previdência social, do trabalho, do lazer, da maternidade [...]. O capítulo II do título II (Dos Direitos e Garantias Fundamentais) alude aos direitos sociais pertencentes à Constituição de 1988” (VIEIRA, 1997, p. 14).

Todavia, por mais antagônico que assim o pareça, destaca Evaldo Amaro Vieira, a partir de 1988, a política social – tendo como ápice a Carta Magna – surge em um período que o autor chama de “política social sem direitos sociais” (1997, p. 14). Ora, importa destacar que os governos buscam bases sociais para se manter “e aceitam seletivamente as reivindicações e até pressões da sociedade” (VIEIRA, 1997, p. 13).

Nesse cenário, o que se percebe é que os direitos insertos no texto constitucional são pouco praticados e/ou mantidos e outros sequer regulamentados – situação esta mais evidente em governos que se assumem liberais. Na lição de Vieira (1997, p. 14), “Esses ataques aos direitos sociais – em nome de algo que se pode intitular de ‘neoliberalismo tardio’, em nome da ‘modernização’ ou simplesmente em nome de nada – alimentam-se, no campo da política social, de falsas polêmicas”.

Políticas sociais alcunhadas de neoliberais redundam, de forma geral, na supressão ou diminuição dos direitos sociais, uma vez que vinculam diretamente o nível de vida à relação mercadológica vigente ou mesmo criam exigências infundáveis para gozo de benefícios básicos ou mínimos de sobrevivência.

Na visão de Polignano (2019, p. 26), essa opção neoliberal, com vistas à hegemonia no campo econômico, “procura rever o papel do Estado e o seu peso na economia nacional, propondo a sua redução para o chamado estado mínimo, inclusive na área social, ampliando os espaços nos quais a regulação se fará pelo mercado capitalista”. Na prática, o que se percebe da realidade é que a redução de gastos, na forma como praticada no Brasil, atinge todos os setores, especialmente saúde e educação.

Nesse sentido, o presente artigo roga ao leitor atenção especial às consequências políticas e econômicas e que reivindicam supressão de direitos sociais. A intervenção do Estado, na vigência de governos acentuadamente liberais, revelou negligência com direitos sucessiva e arduamente conquistados.

Dessa forma, considerando o quadro geral de desemprego⁹ no Brasil, entendemos que a intervenção estatal é necessária sim, mas para reverter a situação de penúria e fome¹⁰ pela qual tantos brasileiros ainda passam. O Estado, ao contrário de negar, diminuir ou suprimir direitos, deve concretizar os direitos sociais insertos na Constituição Federal de 1988.

Saúde Pública no Brasil com a promulgação da CF/1988: A criação do Sistema Único de Saúde (SUS)

O nascimento do Sistema Único de Saúde (SUS) com a Constituição de 1988 e, posteriormente, sua regulamentação com a publicação das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990 – conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde –, demonstra a necessidade e importância da concepção de um sistema diferenciado e voltado para a gestão da saúde pública.

⁹ O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgou em 30/8/2019 dados relativos à taxa de desemprego no Brasil. Segundo o Portal G1 de notícias, a taxa de desemprego está em 11,8%, atingindo 12,6 milhões de pessoas (ALVARENGA; SILVEIRA, 2019).

¹⁰ O relatório anual sobre a fome no mundo, divulgado pela Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO), apresentado em julho de 2019, aponta que a parcela de desnutridos no Brasil caiu, mas se estima algo em torno de cinco milhões de pessoas desnutridas no país (ZANINI, 2019).

O texto constitucional resgata, de certa forma e guardadas as devidas proporções, considerados os contextos político-sociais do Brasil, “o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania. Esta visão refletia o momento político por que passava a sociedade brasileira, recém-saída de uma ditadura militar [...]” (POLIGNANO, 2019, p. 22).

Atualmente, o Ministério da Saúde é o gestor nacional, “responsável [entre outros] pela estratégia nacional do SUS, seu planejamento, controle, avaliação e auditoria, bem como pela promoção da sua descentralização” (CENEBCA, [S.d.]). Estados, Distrito Federal e municípios também têm participação ativa nas políticas relacionadas ao SUS, em destaque as previstas na Lei nº 8.080/1990 e normativos editados pelo próprio Ministério da Saúde.

O modelo do SUS é democrático em termos de assistência e concede protagonismo a todos os entes da Federação, motivo por que a importância das Leis Orgânicas de Saúde no contexto público nacional.

Os níveis de saúde (primário, secundário e terciário¹¹) passam então a ser concebidos de forma abrangente (art. 3º, Lei nº 8.080/1990): “Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”.

Ainda conforme normativo de instituição, constitui o SUS “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (art. 4º), podendo a iniciativa privada participar, em caráter complementar, do Sistema Único de Saúde.

A Lei nº 8.080/1990 determina ainda os objetivos e campos de abrangência, bem como os princípios e diretrizes, que servem de alicerce à interpretação e aplicação das ações e serviços públicos de saúde e serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS.

Relativamente aos princípios e diretrizes, destacam-se: universalidade; integralidade de assistência; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde; direito à informação; divulgação de informação quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; participação da comunidade; descentralização político-administrativa; organização de atendimento ao público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras. Esta última diretriz foi objeto de redação dada pela Lei nº 13.427/2017, portanto recente.

Nota-se, dessa forma, que os princípios trazidos no bojo da lei traduzem anseios muito caros ao Direito, como justiça social, democratização do acesso, dignidade da pessoa humana, controle e participação popular.

No que toca aos recursos, a Lei nº 8.080/1990 menciona, em seu art. 31, que o orçamento da seguridade social destinará ao SUS recursos necessários à realização de suas finalidades – o que, ante a realidade, está longe de se concretizar de forma efetiva.

Outras fontes de recurso também encontram previsão legal: serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde; ajuda, contribuições, doações e

¹¹ A oferta de saúde passou a ser a nível Primário, Secundário e Terciário, com alguns hospitais já se enquadrando como de nível Quaternário. Classificam-se como de Nível Primário, as Unidades Básicas de Saúde, ou Postos de Saúde, onde se configura a porta de entrada do Sistema Único de Saúde. Como Nível Secundário, estão as clínicas e Unidades de Pronto Atendimento, bem como hospitais escolas. Nos níveis Terciários, hospitais de grande porte, sejam mantidos pelo Estado seja pela rede privada. Informações adaptadas e disponíveis em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/fisioterapia/niveis-de-atencao-a-saude-no-brasil/33011>. Acesso em: 22 jun. 2019.

donativos; alienações patrimoniais e rendimentos de capital; taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do SUS e rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

Ato contínuo à edição da Lei nº 8.080/1990, surge a Lei nº 8.142/1990, dispondo sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Da segunda legislação citada ressaí a importância da instituição dos Conselhos de Saúde e dos Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

Relativamente à Lei nº 8.142/1990, Leonardo Barbosa Rolim, Rachel de Sá Barreto Luna Callou Cruz e Karla Jimena Araújo de Jesus Sampaio (2013) destacam que esse modelo de participação popular e controle social no SUS é considerado uma das formas mais avançadas de democracia, pois revela uma nova relação entre Estado e sociedade, porque são vislumbrados os anseios da sociedade, a qual conhece de perto as necessidades de suas comunidades.

Montado o arcabouço jurídico, e tendo a compreensão de que o SUS se torna, então, a tradução do que o texto constitucional impunha – saúde como direito de todos e dever do Estado – fato é que o SUS sempre sofreu com a instabilidade institucional e a desarticulação política instalada em cada governo. O SUS, aliás, é fruto de uma construção história importante – como já delineado – e passou por inúmeros desafios, avanços e recuos.

A garantia universal ao acesso da população a cuidados médicos, considerando saúde, na definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social, “é, no momento irreal, ultrapassada e unilateral” (SEGRE; FERRAZ, 1997, p. 539). A expressão “perfeito bem-estar”, segundo os autores, é utópica e nossa sociedade está intimamente relacionada à boa vontade dos governantes em criar políticas sociais que efetivamente atendam os que mais precisam.

Nesse sentido, Polignano (2019, p. 24) pontua que, “Independente da origem política e da respeitabilidade, os ministros da saúde [...] foram transformados em reféns das indefinições e rupturas que sempre colocaram à deriva as instituições de saúde do Brasil”. O pano de fundo da argumentação é sempre a escassez de recursos, o que rechaça qualquer tentativa de cumprir a promessa constitucional.

Apesar de toda a problemática que cerca a atuação do SUS, defende Polignano (2019, p. 24-25) que o nível de atenção primária apresentou progressos significativos no setor público, “mas enfrenta problemas graves com o setor privado, que detém a maioria dos serviços de complexidade e referência a nível secundário e terciário. Estes setores não se interessam em integrar o modelo atualmente vigente em virtude da baixa remuneração paga pelos procedimentos médicos executados”, inviabilizando a proposta de hierarquia dos serviços.

Assim, para viabilizar o que se encontra no art. 3º, Lei nº 8.080/1990, para que o cidadão tenha uma vida produtiva e razoavelmente saudável, é inquestionável a promoção de políticas de saúde, entre outras, que, “para além da universalidade, garantam a equidade, a integralidade e a qualidade do cuidado em saúde prestado”. Afinal, é consenso que “bons indicadores de saúde dependem de um conjunto de políticas econômicas e sociais mais amplas (emprego, moradia, saneamento, boa alimentação, educação, segurança etc.)” (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, [S.d.], p. 3).

Nos dias atuais, os desafios da saúde pública no Brasil envolvem questões complexas, como, por exemplo, o fornecimento de medicamentos de alto custo; cirurgias de redesignação de sexo; atenção e cuidados às vítimas de violência doméstica; campanhas contra a violência obstétrica; atendimento especializado à população de

lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT¹²); riscos sanitários, entre tantos outros relevantes temas que, muitas vezes, não são considerados prioritários na agenda dos governantes, apesar de afetarem diretamente a dignidade da pessoa humana e sua emancipação por direitos.

A saúde achada na rua

A Declaração Universal dos Direitos Humanos estabelece, em seu artigo XXV, que todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle. Ela estabelece, de igual sorte, que mãe e filho têm direito a cuidados especiais e gozarão de proteção social.

Vê-se, portanto, que o texto abrange uma ampla gama de direitos e se adequa à visão, traçada por Franklin Roosevelt¹³, das quatro liberdades humanas essenciais: a liberdade de expressão, a liberdade de adorar a Deus à sua maneira, o direito de viver livre de necessidades e livre de medo. Roosevelt fez esse discurso cerca de um ano antes da declaração de guerra dos Estados Unidos ao Japão. O conteúdo evidencia a visão do então presidente de estender para o mundo os valores e ideais americanos de liberdades individuais, estando elas resumidas nessas quatro liberdades expostas. O *Four Freedom Speech* (1941) traduzia a esperança de Roosevelt de que o mundo do pós-guerra fosse diferente e, de certa forma, trouxe uma justificativa para a participação militar americana da Segunda Guerra.

No contexto brasileiro, o direito à saúde é uma conquista do movimento de Reforma Sanitária, que nasceu em um cenário de enfrentamento à ditadura, no início da década de 1970. Nesse movimento, intentou-se a realização de reformas estruturais, que foram além da necessidade de reformulação do sistema e atingiram todo o setor de saúde, em busca de melhorias das condições de vida para toda a população.

Essas propostas resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, hoje inscrito na Constituição de 1988, e na criação do Sistema Único de Saúde. Formatou-se, então, um sistema que buscava garantir a todos, ricos e pobres, o direito a um atendimento e tratamento integral e totalmente gratuito. Esse reconhecimento, no entanto, não trouxe, de imediato, os resultados almejados pela população. A busca pela concretização dessa gama de direitos é um movimento ainda tormentoso, que esbarra na vontade estatal, uma vez que, para a sua efetivação, depende de um aporte financeiro compatível com as inúmeras demandas que surgem a cada dia, sendo fácil se afirmar que se trata de um dos direitos humanos mais onerosos.

O direito à saúde, por depender da alocação de recursos públicos para atendimento dessas necessidades, encontra sempre entraves nas limitações e contingenciamentos impostos pelo Estado e, obviamente, está sujeito às vontades políticas de ocasião, nem sempre alinhadas com as demandas sociais e, sobretudo, com o atendimento das camadas mais pobres da população, que não podem valer-se de vias alternativas

¹² A sigla LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais) aqui destacada respalda-se nas publicações oficiais do Governo Federal, a exemplo de referências concernentes a decretos e Conferências Nacionais de Políticas Públicas de Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT).

¹³ Em um momento em que o nazismo dominava a Europa, o presidente Franklin Delano Roosevelt fez ao Congresso americano um apelo para levantar recursos e para que fosse autorizada a emissão de títulos do Tesouro que preparassem os Estados Unidos para a Segunda Guerra Mundial. Conhecido como *The Four Freedom Speech*, o discurso se tornou célebre ao incluir as quatro liberdades (a liberdade de expressão, a liberdade de adorar a Deus à sua maneira, o direito de viver livre de necessidades e livre de medo) como a base do mundo que se pretendia construir quando as tiranias fossem derrotadas na guerra que seria travada. As declarações do então presidente consubstanciaram-se, enfim, em um importante instrumento de mobilização econômica e patriotismo e formaram a base da Declaração Universal dos Direitos Humanos e outros tratados internacionais sobre o tema (www.fdrfourfreedompark.org).

como o atendimento na rede privada de saúde.

Diante de tantas omissões estatais, os embates que surgem dessas lacunas acabam por se tornar um campo fértil para a observação de espaços políticos nos quais se desenvolverão práticas sociais enunciadoras de direitos, provocando, a partir daí, o surgimento do sujeito coletivo de direitos, aquele “capaz de elaborar um projeto político de transformação social e elaborar a sua representação teórica como sujeito coletivo de direito” (SOUSA JUNIOR, 2015, p. 137).

Assim, nas reflexões quanto aos desafios para concretização do direito à saúde, mostra-se essencial pensar o direito de uma forma emancipatória, com a observação da rua como palco onde se dará o encontro entre o direito positivo e os fatos sociais que ele pretende regular e conhecer.

Nessa linha de intelecção, a forma de pensar introduzida pelo Direito Achado na Rua, ao conferir especial relevo aos movimentos sociais e suas práticas instituintes de direitos, irá se mostrar uma ferramenta importantíssima para garantir a criação e efetivação de direitos humanos, sendo aqueles afetos à saúde alguns dos mais importantes. Aliás, a existência de *Derechos Humanos Instituyentes* é abordada, de forma bastante eficiente, por David Sánchez Rubio (2014), professor da Universidade de Sevilla e Universidade Pablo Olavide e um dos grandes defensores da Teoria Crítica dos Direitos Humanos. Para ele, a reivindicação é uma das mais importantes formas de se criar direitos humanos. Poder-se-ia exigir um direito negado, mas já reconhecido no ordenamento jurídico, ou haver a reivindicação de um direito novo, que pode surgir da afronta ou preconceito dirigido a um ser humano particular ou a um grupo ou coletivo de seres humanos, produzido por um ato concreto e determinado ou pela relação desigual de poder (RUBIO, 2014).

Nesse sentido, a definição e implementação de políticas públicas, por mais ligadas que estejam às competências dos poderes Legislativo e Executivo, apresentam grande repercussão na atuação do poder Judiciário, que, diante da impossibilidade do Estado de conferir efetividade aos mandamentos constitucionais, se vê inundado de ações que buscam garantir o acesso dos cidadãos a esse direito fundamental, sendo a aplicação desse arcabouço teórico uma forma muito legítima de auxiliar o juiz e os demais envolvidos a adotarem soluções dentro de critérios razoáveis e que guardem consonância com as necessidades reais da população.

O incremento na busca de remédios de alto custo, por exemplo, levou o Tribunal Regional Federal da 1ª Região¹⁴ a criar duas varas federais com competência para julgar concentradamente casos relacionados à saúde (medicações de alto custo, UTI, entre outros assuntos).

Assim, mostra-se importante a análise da posição do juiz e dos profissionais das ciências jurídicas diante da necessidade de compreensão desses conflitos e demandas que emergem das movimentações sociais, com o surgimento, em consequência, de novos sujeitos de direito, assim como do pluralismo jurídico que também requer reconhecimento. A superação da mentalidade engessada, em que o juiz é visto somente como um escravo da lei e, conseqüentemente, de sua interpretação obviamente limitada pelo momento de sua produção, é necessária para fazer frente a essas novas necessidades sociais.

Em um momento em que o Estado é corriqueiramente chamado a suprir lacunas nas prestações de serviço e na definição de políticas públicas de interesse real da população, instituições como Ministério Público e Defensoria Pública serão

¹⁴ No Brasil, em 3 de maio de 2017, o Tribunal Regional Federal da 1ª Região (TRF1) aprovou a especialização da 3ª e da 21ª Varas da Seção Judiciária do Distrito Federal (SJDF) em Saúde Pública. As varas contarão com Juizado Especial Federal (JEF) adjunto àquelas unidades com competência exclusiva em matéria de saúde pública. Passaram a ser tratados nesses novos Juízos questões como internação hospitalar, fornecimento de medicamentos, contratos de planos de saúde, serviços hospitalares e, no que for cabível, direitos de consumidor. A Resolução Presi 12, da Presidência daquela Corte, atende à Resolução nº 238/2016 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que determina aos tribunais federais e estaduais que promovam, nos locais onde houver mais de uma vara de fazenda pública, a citada especialização, efetuando-se as devidas compensações na distribuição de feitos.

consideradas importantes parceiras da sociedade na busca de participação na gestão desse setor, seja na definição de demandas e interesses coletivos, seja na fiscalização da aplicação dos recursos públicos destinados à área ou, ainda, na utilização de mecanismos judiciais de cobrança, implementação e responsabilização de agentes públicos pela má-gestão ou pelas ausências percebidas.

Também a sociedade, por meio de seus movimentos, é sempre chamada a se envolver, pois é na vida cotidiana, nas relações que se estabelecem diariamente, que surgem as necessidades e que se determinam os espaços jurídicos onde se desenvolvem as práticas sociais que enunciam direitos. Essas movimentações sociais têm como objetivo a ampliação do político, a transformação de práticas dominantes, o aumento da cidadania e a inserção na política de atores sociais excluídos (SANTOS; AVRITZER, 2002, p. 53).

Desafios observados na permanência de Políticas Públicas voltadas para a saúde: identificação de coletividades em risco

A Lei nº 8.080/1990 regulamenta o SUS, deixando claro que ele é o responsável por garantir o acesso pleno de toda a população à saúde. Em sua concepção teórica, trata-se de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde através dos quais o Estado se desincumbe dessa obrigação.

O Sistema Único de Saúde é entendido como um direito social com *status* constitucional e regido pelos princípios da universalidade, igualdade, integralidade, participação popular, assim como o da defesa da saúde como um direito humano. Tem caráter federativo, pois determina que a União, os estados e os municípios atuem, de forma autônoma e nos limites do seu território, para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

O Sistema Único de Saúde nasce, pois, trazendo um novo conceito do processo saúde-doença e abriga os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade para o conjunto das ações em saúde que compreendem um ciclo completo e integrado, que vai desde a gestação e por toda vida, e que abrange ações de promoção à saúde, sempre com foco em qualidade de vida¹⁵.

De acordo com o princípio da universalidade, entende-se que os serviços públicos devem ser colocados à disposição da população de forma gratuita, não importando a nacionalidade, classe social, prescindindo-se da prova de que tenha contribuído para o Fundo Nacional de Saúde. Logo, compreende-se que, nesse contexto, o atendimento ao público, em todos os níveis de assistência, tem que ser realizado de forma abrangente e de maneira obrigatória a todas as pessoas, sem qualquer tipo de discriminação, sendo vedada, em todas as hipóteses, a cobrança em dinheiro pelos serviços prestados.

A Constituição de 1988 tornou a saúde um direito de todos e dever do Estado. Antes dela, somente as pessoas com vínculo formal de trabalho ou aquelas vinculadas à previdência social tinham acesso à cobertura. As demais pessoas tinham que pagar pelos serviços prestados.

O SUS, portanto, ainda hoje é um processo em construção, pois reflete uma permanente e constante tensão entre as necessidades da população e o dever do Estado. Esse palco de conflitos incessantes é campo de atuação do direito, nem sempre positivado, e reflete os projetos da sociedade como fruto das forças sociais que estão em luta permanente.

¹⁵ Informações disponíveis em: <https://saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 28 jun. 2019.

É fato que o SUS, por sua abrangência, vem sofrendo em razão do subfinanciamento. O Relatório de Aspecto da Saúde Fiscal no Brasil, publicado em 2018, pelo Tesouro Nacional, divulgou que “segundo dados do Banco Mundial, os gastos públicos com saúde no Brasil equivaleram a 3,8% do PIB, o que colocou o país no 64º percentil da distribuição mundial (considerando 183 países), ligeiramente superior à média da América Latina e Caribe, de 3,6%. Os países desenvolvidos, por sua vez, aplicam proporcionalmente mais recursos em saúde (em média, 6,5% do PIB), embora também atendam uma população com estrutura etária mais envelhecida relativamente ao caso brasileiro” (BRASIL, 2018).

Portanto, a compatibilização entre o direito à universalidade da cobertura contrapõe-se frontalmente à limitação dos recursos públicos colocados à disposição pelo Estado. Como ajustar, portanto, essas necessidades e estabelecer a eleição de prioridades quando em jogo está o próprio direito à vida? Fala-se que a melhor forma de dar efetividade a este princípio é a criação e a adoção de políticas públicas que garantam a inclusão e o atendimento ao maior número possível de pessoas, sendo a distribuição do orçamento e a eleição de prioridades uma das questões mais problemáticas a serem enfrentadas.

Nesse espinhoso e árido terreno, surgem situações interessantes como a obrigação de fornecimento de medicação de alto custo não disponível na listagem do Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional do Ministério da Saúde e de medicamentos ainda não registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Sobre o assunto, tramitam no Supremo Tribunal Federal os Recursos Extraordinários de números 56.6471-RN e 65.7718-MG, com repercussão geral já reconhecida.

Neles, os estados do Rio Grande do Norte e Minas Gerais utilizam o argumento da reserva do possível, ou seja, o de que não se mostra razoável comprometer toda a operacionalidade do sistema com o dispêndio de recursos que poderiam melhorar a qualidade do atendimento prestado à população para custear um tratamento que favorecerá a poucos. Esse argumento é usualmente utilizado para mitigar a atuação do Estado na efetivação de direitos sociais fundamentais, dando prioridade ao direito de uma maioria em detrimento de um interesse tido como privado.

No julgamento iniciado em 14 de setembro de 2016, o ministro relator Marco Aurélio de Mello proferiu voto entendendo que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida por políticas sociais e econômicas. Segundo ele, o direito à saúde é um bem vinculado à dignidade do homem e que o direito a um mínimo existencial é um direito fundamental do cidadão, estando o fornecimento de medicação ligado a essas condições básicas de dignidade. Por fim, o ministro compreendeu que o registro do produto na Anvisa é um condicionamento para a industrialização, comercialização e importação dos medicamentos¹⁶.

O julgamento se estendeu até 2019. Em maio de 2019, o plenário decidiu pela obrigatoriedade de fornecimento e exigência do registro na Anvisa para distribuição à população, salvo nos casos identificados como doenças raras, em que seria permitida a distribuição de medicamentos não registrados. Também se definiu que estaria liberada a distribuição de drogas sem licença se a Anvisa extrapolasse o prazo de um ano para remédios comuns e 120 dias para os destinados a tratamento de doenças raras. Por maioria de votos, reafirmou-se o entendimento de que existe obrigação solidária entre os entes federados no dever de prestar assistência à população. Assim, o entendimento do Supremo Tribunal Federal deverá ser o de que, diante da inação do Estado, a distribuição gratuita de medicamentos para várias doenças crônicas está dentro dessa perspectiva da saúde como direito universal¹⁷.

Outra questão que merece destaque é a de que o país vive um contexto de demandas crescentes por parte da população. O Relatório de Aspecto da Saúde Fiscal no

¹⁶ Informações disponíveis em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=325411&caixaBusca=N>. Acesso em: 26 jun. 2019.

¹⁷ Informação disponível em: www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=411857&caixaBusca=N. Acesso em: 23 jun. 2019.

Brasil aponta que o aumento dos custos dos serviços de saúde ocorreu acima da inflação. Além disso, a população brasileira encontra-se em um processo de envelhecimento. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) projeta que os idosos, em 2027, corresponderão a 12,3% da população brasileira. Hoje, tal patamar estaria na casa dos 8%. Tais circunstâncias pressionam a elevação dos gastos com saúde em um momento em que muito se fala em ajuste das contas governamentais (BRASIL, 2018).

A Emenda Constitucional nº 95, aprovada em 2016, dentro de uma política dita de austeridade adotada pelo governo de Michel Temer (31 de agosto de 2016 – 1º de janeiro de 2019), instituiu um regime fiscal que determinou que, em 2017, as despesas primárias teriam como limite as despesas consolidadas no ano anterior, corrigidas em 7,2%. A partir do ano seguinte, vigoraria esse limite com o acréscimo somente dos índices de inflação acumulados nos 12 meses anteriores, provocando um congelamento dessas despesas, com a sua diminuição em relação ao PIB ou em termos *per capita* por 20 anos.

Nesse contexto, o Observatório da Austeridade Econômica no Brasil publicou na Comissão de Direitos Humanos do Senado o relatório “Austeridade e Retrocesso – Impactos da Política Fiscal no Brasil”¹⁸, que traz um diagnóstico muito claro sobre a relação entre o orçamento público e as garantias dos direitos sociais, tudo em contraposição ao impacto distributivo da política fiscal no país.

Tal documento traz previsões sobre as consequências que a política de cortes em setores sensíveis de interesse da população irá trazer, com prejuízo visível à busca de um desenvolvimento justo e inclusivo. Ele cita que um dos resultados mais graves, provavelmente, será o aumento da mortalidade infantil. Nesse contexto, a Fiocruz divulgou em seu portal na internet estudo que aponta que limites de gastos que afetam Bolsa Família e Estratégia de Saúde da Família¹⁹, dois importantes programas que objetivam a redução de desigualdades e o atendimento da população mais carente, tendem a provocar um aumento de até 8,6% nos índices de mortalidade até o ano de 2030 (RASELLA *et al.*, 2018).

Outra consequência grave é o retorno do Brasil ao mapa da fome da Organização das Nações Unidas (ONU), que arrola os países em que mais de 5% da população ingere menos calorias diárias do que o recomendado, ou seja, vive em estado de subnutrição. A *Actionaid* Brasil indica que, de 2015 a 2017, o país retornou ao patamar de 12 anos atrás em número de pessoas em situação de extrema pobreza (DOMENICI, 2018). Isso se deve, em grande parte, ao abandono de políticas sociais, sobretudo

¹⁸ Informação disponível em: http://brasildebate.com.br/wp-content/uploads/DOC-AUSTERIDADE_doc3-_L9.pdf. Acesso em: 23 jun. 2019.

¹⁹ O Bolsa Família é “um programa que contribui para o combate à pobreza e à desigualdade no Brasil”, criado em outubro de 2003, cujos três eixos principais são: complemento da renda; acesso a direitos (educação, saúde, assistência social); articulação com outras ações. Está previsto na Lei nº 10.836/2004 e está regulamentado pelo Decreto nº 5.209/2004 e outras normas. Informações disponíveis no Portal do Ministério da Cidadania: <http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/o-que-e>. Acesso em: 25 out. 2019.

Já o Estratégia da Saúde da Família é uma iniciativa do Ministério da Saúde (ESF) e “busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação e o uso de tabaco. Com atenção integral, equânime e contínua, a ESF se fortalece como uma porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Informações disponíveis em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia>. Acesso em: 25 out. 2019.

Em um estudo publicado na Revista *The Lancet*, da Academia Americana de Pediatria, pesquisadores da Fiocruz e do Instituto de Saúde de Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) demonstraram que há um impacto direto de programas sociais de transferência de renda, como o Bolsa Família, e de atenção básica à saúde primária, como o Estratégia de Saúde da Família, na redução das taxas de mortalidade infantil no Brasil. Segundo eles, o país, nos últimos 15 anos, experimentou uma notável diminuição nesses índices e que isso se deve à redução de problemas associados à pobreza, tais como a desnutrição, a diarreia e doenças e infecções respiratórias (RASELLA *et al.*, 2013).

Em trabalho publicado pela revista científica PLOS MEDICINE, pesquisadores da Imperial College London, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e da Universidade Federal da Bahia (UFBA) conseguiram relacionar estatisticamente os efeitos projetados da crise econômica à pobreza e os impactos que o encerramento desses dois importantes programas governamentais teria nas taxas de mortalidade infantil no país. A pesquisa revelou que essas medidas, tidas como de austeridade, podem ocasionar um aumento de 8,6% na taxa de mortalidade infantil até 2030. Segundo os estudiosos, esses programas foram responsáveis pela redução de 20 mil mortes evitáveis na infância e por uma diminuição expressiva no número de hospitalizações de crianças quando comparados com os índices vigentes durante o período de austeridade econômica. Evidências demonstram que o programa Bolsa Família melhora a quantidade e a qualidade dos alimentos fornecidos às crianças em regiões pobres do país. Além disso, o Estratégia de Saúde da Família incrementa o acesso ao acompanhamento pré-natal para mulheres grávidas, assim como a programas de vacinação e a uma rotina de acompanhamento médico regular, através do aumento do atendimento em nível básico nas unidades de saúde e, também, em atendimentos domiciliares, em municípios com baixos índices de desenvolvimento humano (IDH). Como consequência, eles findam por contribuir para a diminuição das desigualdades sociais no Brasil (RASELLA *et al.*, 2018).

aquelas destinadas à redução de desigualdades, assim como ao combate ao desemprego.

Também merece destaque a piora sensível no atendimento básico de saúde colocado à disposição da população. Essa estruturação do atendimento nesse nível é importante porque permite a racionalização, por parte do SUS, dos recursos disponíveis, fazendo a integração entre as suas ações em todos os níveis. Nesse contexto, a desestruturação do programa Mais Médicos²⁰ trouxe consequências graves para os municípios. O objetivo do programa era, precipuamente, levar atendimento médico às áreas desatendidas do país, sobretudo as mais vulneráveis e distantes, que tinham dificuldades em reter profissionais.

Após a saída dos médicos cubanos, ocorrida no início da atual gestão, calcula-se que cerca de 28 milhões de brasileiros tenham sido afetados (DARLINGTON; CASADO, 2019). Apesar da divulgação de que as vagas haviam sido rapidamente preenchidas por profissionais brasileiros²¹, o fato é que as dificuldades existentes para o desenvolvimento das suas atividades fizeram com que milhares de profissionais desistissem rapidamente de seus postos, deixando centenas de municípios desassistidos.

Um outro desafio muito importante no momento é o de formular uma agenda referente à saúde diante da indefinição do atual governo em estabelecer uma política clara para essa área. O país sofre em virtude da ausência de um programa estruturado, que contemple medidas de urgência para combater as crises no SUS, que padece e define com o estrangulamento das receitas. Não é demais lembrar que 75% da população brasileira depende do atendimento proporcionado pelo SUS e que o país tem uma tripla carga a ser enfrentada, pois convive com doenças infecciosas próprias dos países mais pobres, doenças crônicas do mundo desenvolvido e, ainda, deve contar com a necessidade de dar o tratamento digno às vítimas de violência, que alcança ainda índices alarmantes em território nacional (MENDES, 2010).

Outro sujeito coletivo de direitos a demandar atenção é o da população indígena. As organizações sociais envolvidas na defesa dos direitos dessas comunidades alegam que há um movimento silencioso para acabar com a saúde indígena. No início do corrente ano, foi anunciado que a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) passaria a ser uma pasta dentro da Secretaria de Atenção Básica, impondo, com isso, uma municipalização e estadualização do atendimento aos povos indígenas. Com isso, entre outros prejuízos, essa extinção ocasionaria uma descontinuação em importantes programas de atenção básica à saúde, como, por exemplo, as ações para garantir saneamento básico àqueles povos. A mobilização da sociedade civil, sobretudo dos próprios índios, que protestaram em todo o país, fez, no entanto, que o governo recuasse nessa intenção.

²⁰ O programa Mais Médicos, criado em 2013, é parte do esforço do Governo Federal, “com apoio de estados e municípios, para a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)”, e que “busca resolver a questão emergencial do atendimento básico ao cidadão, mas também cria condições para continuar a garantir um atendimento qualificado no futuro para aqueles que acessam cotidianamente o SUS”. O programa se soma a outras ações e iniciativas que intentam o fortalecimento da Atenção Básica do país, que é a porta de entrada preferencial do SUS. Informações disponíveis em: <http://www.maismedicos.gov.br/conheca-programa>. Acesso em: 25 out. 2019.

Em 1º de agosto do corrente ano, o presidente Jair Bolsonaro editou a Medida Provisória nº 890/2019, que lançou o programa Médicos pelo Brasil, com a intenção de substituir o Mais Médicos, criado em 2013, pelo governo de Dilma Rousseff. O objetivo do novo programa continua sendo a oferta de serviços médicos em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade, além de buscar fortalecer a formação de médicos em Medicina de Família e Comunidade. Estima-se que sejam ofertadas cerca de 18 mil vagas, sendo que destas, 13 mil sejam destinadas a preenchimento de vagas em municípios de difícil provimento. Serão consideradas como prioritárias as áreas rurais remotas, adjacentes e intermediárias, comunidades ribeirinhas e fluviais e os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Os municípios que quiserem participar do programa deverão assinar Termo de Adesão e deverão deixá-lo quando ocorrer uma melhora nos indicadores de desempenho no cuidado à saúde da população, uma vez que a prioridade do Médicos pelo Brasil é levar profissionais para áreas carentes. Segundo o professor Heleno Corrêa Filho, médico, diretor do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e professor da Universidade de Brasília (UnB), o programa corrige defeitos do programa anterior, quando apresenta proposta de melhorias na formação médica. No entanto, tem o aspecto negativo de restringir a população assistida e áreas populacionais, bem como traz a proposta de criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), que seria, para ele, uma forma de desmonte do Sistema Único de Saúde, o SUS, uma vez que abriria a possibilidade de atendimento de convênios em hospitais públicos, circunstância que poderia criar uma priorização de atendimento àquelas pessoas que tivessem condições de pagar pelo atendimento. Para ele, “criar agências é uma maneira de tirar do domínio público e do controle social qualquer iniciativa em relação à saúde pública” (IHU, 2019).

²¹ A exemplo das notícias veiculadas em: <https://oglobo.globo.com/brasil/mais-medicos-apos-saida-de-cubanos-42-das-cidades-tem-vagas-abertas-23694511> e <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45211-brasileiros-ocupam-todas-as-vagas-de-cubanos-no-mais-medicos>. Acesso em: 11 jul. 2019.

Mais uma questão tormentosa a ser enfrentada diz respeito ao atendimento de saúde integral à comunidade LGBT. Em 1º de dezembro de 2011, foi instituída, por meio da Portaria nº 2.836, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Segundo o portal do Ministério da Saúde, a iniciativa tem como objetivo valorizar a saúde como direito humano de cidadania e ressaltar que tal população tem direito a receber atendimento livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude da orientação ou identidade de gênero.

Essa política está em consonância com os preceitos constitucionais, com a Carta dos Usuários do Sistema Único de Saúde, assim como com o Programa Brasil sem Homofobia, que foi coordenado pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República e compõe, hoje, o Programa Nacional de Direitos Humanos (TAVARES, 2016).

Entre os objetivos específicos dessa política estão a garantia de utilização do nome social a travestis e transexuais, a prevenção de novos casos de cânceres de mama e colo de útero em mulheres lésbicas e bissexuais, assim como de câncer de próstata entre gays, homens bissexuais, travestis e transexuais, ampliando o tratamento contra essas doenças. Além disso, é necessário o atendimento a demandas específicas desta população, que carece, muitas vezes, de se submeter a processos de readaptação do corpo físico às suas identidades de gênero, como é o caso dos transexuais, que, não raras vezes, necessitam passar pela cirurgia de transgenitalização.

Não é demais lembrar que essa coletividade sofre com o estigma e preconceito por parte da sociedade em geral, e particularmente na área da saúde, que acaba por impedir que essas pessoas tenham acesso a serviços abrangentes e de qualidade. Tal realidade demanda investimentos nas áreas de enfrentamento à discriminação e preconceito e combate à violência, o que exige ações de natureza educativa a serem realizadas, de forma sistemática, em diversos segmentos da sociedade, sendo a saúde um dos que mais necessita dessa atenção.

Discute-se muito, em um cenário de tendência à perda de direitos, qual seria o papel ocupado por esse sujeito coletivo nas prioridades governamentais e de instituição de políticas públicas. A Medida Provisória nº 870 (BRASIL, 2019b), primeira assinada pelo atual presidente, retirou as ações destinadas à garantia de direitos dessa coletividade da Política Nacional de Direitos Humanos. Essa postura encontra, aparentemente, alinhamento com as posições políticas adotadas pelo atual governo, deixando evidente que as ações destinadas à proteção e diminuição do preconceito em relação à comunidade LGBT não parecem ser prioridades na gestão atual. Obviamente, em um contexto de perdas progressivas, esse grupo tende a ser um dos mais atingidos.

Nessa seara, as instituições democráticas, sobretudo o Poder Judiciário, têm sido grandes aliadas na luta pela garantia de direitos, atuando na omissão dos demais poderes. Tanto é assim que, em 24 de junho de 2019, foi publicada a Portaria nº 1.370, no Diário Oficial da União, que autorizou a inclusão na tabela de procedimentos formalmente realizados pelo SUS o tratamento e a cirurgia de transgenitalização para homens transexuais, ou seja, aqueles que nasceram biologicamente mulheres, mas se identificam psicologicamente como o gênero masculino. Esses procedimentos, contudo, só podem ser oferecidos àqueles que solicitaram atendimento por meio de ação judicial, o que significa uma grande dificuldade imposta para o acesso ao tratamento. O texto cita que o procedimento de vaginectomia e metoidioplastia com vistas à transgenitalização feminina para a masculina deve ser realizado em pessoas com decisão judicial, impondo essa obrigação ao Estado (BRASIL, 2019e).

Mais uma questão a merecer atenção é a saúde mental. Com a edição da Lei nº 10.216/2001, buscou-se proteger e garantir os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Foi assegurado, por tal diploma legislativo, aos portadores de transtornos mentais, o acesso ao melhor tratamento, bem como a um tratamento

digno, que inclui a inserção na família, no trabalho e na comunidade. O art. 3º, por exemplo, diz que é responsabilidade do Estado o desenvolvimento de políticas públicas de saúde mental, com a assistência e promoção de ações aos portadores de transtornos mentais, em estabelecimentos de saúde mental, com a devida participação da família e da sociedade. Já os arts. 4º e 6º, dessa mesma lei, preveem que só ocorrerá a internação quando os demais recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

Hoje, esse acompanhamento extra-hospitalar é feito, no Distrito Federal, pelos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), instituições destinadas a acolher pacientes em sofrimento mental, realizando o acolhimento, não só deles, mas também da família, a fim de realizar o atendimento integral, com uma oferta de tratamento compatível com a dignidade da pessoa humana.

Ocorre que, não raras vezes, esse acompanhamento não é feito efetivamente, uma vez que o aparelhamento não é suficiente para prestar atendimento adequado, sobretudo domiciliar, às famílias, que são as principais responsáveis pelos cuidados com a pessoa em sofrimento mental. Essas questões findam por provocar um grau de desagregação elevado no próprio núcleo familiar, sobretudo quando estão agravadas por um contexto de vulnerabilidade social. Tal prestação deficiente não favorece o fortalecimento dos vínculos familiares, nem capacita esse grupo a exercer a cidadania – sobretudo tendo valorizada as suas potencialidades – e lutar pela conquista de novos direitos. O robustecimento da rede de apoio e o incremento dos esforços para oferecimento de tratamento desinstitucionalizado e humanizado aos que necessitam desse apoio é uma solução que deve ser objeto constante da pauta de políticas públicas levadas a efeito pelos governos, em todas as esferas, dada a gravidade de suas consequências para a sociedade.

No entanto, em reação a esse contexto, fala-se que se alinhava, há alguns anos, uma espécie de reação à reforma psiquiátrica, chamada por muitos de “contrarreforma psiquiátrica”. Prepara-se, dentro dessa perspectiva, uma proposta de reformulação da Política Nacional de Saúde Mental. Entre as medidas sugeridas estão algumas que atingem frontalmente o sujeito coletivo de direitos representado pelo Movimento de Luta Antimanicomial, dentre as quais podemos citar a manutenção de leitos em hospitais psiquiátricos, a ampliação de recursos para comunidades terapêuticas e a limitação na oferta de serviços extra-hospitalares. Diz-se que as medidas citadas enfraquecem o modelo de base comunitária hoje instituído no SUS.

No dia 4 de fevereiro de 2019, foi editada a Nota Técnica nº 11/2019- CGMAD/DAPES/SAS/MS, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019d), que se propõe a apoiar a criação de uma “Nova Saúde Mental”. Nela, há a indicação de ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, que, para o Movimento de Luta Antimanicomial, seriam medidas que incentivariam o retorno à lógica manicomial. Além disso, sob o argumento de oferecer o melhor aparato terapêutico existente para a população, autoriza a aquisição, por parte do SUS, de aparelhos de eletroconvulsoterapia. São medidas que têm causado intenso repúdio por diversos segmentos da sociedade, mas que permitem observar um aparente rompimento com a política de desinstitucionalização, uma vez que traz incentivos à hospitalização e, por consequência, abre as portas para a adoção de medidas terapêuticas menos humanizadas.

Outro sujeito coletivo de direitos importante em situação de vulnerabilidade a merecer destaque é o dos idosos²². O Ministério da Saúde divulgou em outubro de 2018 o documento intitulado Estudo Logitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (Elsi-Brasil). Nele é traçado um perfil de envelhecimento populacional no país, apontando que 75,3% desse segmento depende exclusivamente dos serviços prestados pelo SUS. Segundo esse documento, nos 12 meses anteriores à confecção do estudo, 10,2% dos idosos haviam sido hospitalizados uma ou mais vezes. Quase 40% dos idosos

²² As Leis nº 8.842/1994, que estabelece a Política Nacional do Idoso (PNI), e 10.741/2003, conhecida como Estatuto do Idoso, conceituam como idoso a pessoa com 60 anos ou mais. A Organização Mundial de Saúde (OMS), por sua vez, define como idoso, obedecendo a um critério precipuamente cronológico, aquele que tem 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento, e 65 ou mais em países desenvolvidos.

possuíam algum tipo de doença crônica e 29,8% possuíam duas ou mais doenças, como diabetes, hipertensão ou artrite. Apurou-se que 70% dos participantes da pesquisa possuíam algum tipo de doença crônica.

Hoje, esse segmento representa cerca de 14,3% dos brasileiros, ou seja, 29,3 milhões de pessoas. Estima-se que, em 2030, esse número deve superar o de crianças e adolescentes de zero a 14 anos. O Ministério da Saúde informa que, em sete décadas, a expectativa de vida do brasileiro aumentou 30 anos, saindo de 45,4, em 1940, para 75,4, em 2015²³.

Esse processo de envelhecimento gera grandes impactos na manutenção do sistema de saúde com modelo universal, como o adotado pelo SUS, e demanda uma organização da rede de atenção para oferta de cuidados que vão desde a infância, incluindo aí medidas educativas e ações que promovam a alimentação saudável e a prática de atividades físicas, assim como aquelas que objetivem a redução do consumo de álcool e tabaco, sobretudo entre a população mais jovem. Busca-se, com isso, garantir ao brasileiro um envelhecimento mais saudável, que redundará, de forma indireta, na utilização mais racional dos recursos de saúde colocados à disposição da população.

O perfil epidemiológico da população idosa, com forte predomínio das doenças crônicas, exige atenção especializada, dada a sua situação de maior delicadeza física e psicológica, mas não gera, necessariamente, limitações nas atividades ou restrições consideráveis na participação social dessa parcela da população. Logo, mostra-se importante que o atendimento seja humanizado e especialmente fundamentado em intervenções multisetoriais e multidimensionais, de forma a garantir um processo de envelhecimento digno e que permita o exercício da cidadania ativa²⁴.

No entanto, na contramão da esteira do fortalecimento dos direitos desse grupo, o Governo Federal editou o Decreto nº 9.759/2019, que pode provocar a extinção do Conselho Nacional de Saúde do Idoso. Esse órgão, que se constitui em um importante instrumento de interface entre os órgãos gestores da Administração Pública e a população idosa, atua, de forma efetiva, na definição de políticas públicas, como um colegiado social em prol da defesa dos direitos dessa coletividade.

Esse processo de enfraquecimento dos mecanismos de participação popular na elaboração, implementação e fiscalização dessas diretrizes não se coaduna com o modelo de democracia participativa preconizado pela Constituição Federal, na medida em que dificulta a criação e manutenção de espaços de participação para que diferentes atores sociais, grupos, movimentos e associações pontuem suas demandas.

Controle e participação social na proteção de Direitos Sociais constitucionalmente garantidos e a atual conjuntura político-econômica Brasileira

A expressão controle social corriqueiramente é empregada sob um duplo sentido e serve para indicar o controle do Estado sobre a sociedade, bem como para designar o controle desta sobre as ações estatais. De acordo com a segunda perspectiva, mais importante para a análise que se faz, a participação popular, levada a efeito pela sociedade, busca atender e efetivar os interesses e direitos da população, considerando conceitos como direitos humanos, cidadania e direitos sociais. É fruto do processo de redemocratização e dos mecanismos de participação nas políticas públicas trazidos pela Constituição Federal e nas leis que se sucederam a ela.

²³ Informações disponíveis em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44451-estudo-aponta-que-75-dos-idosos-usam- apenas-o-sus>. Acesso em: 11 jul. 2019.

²⁴ Informações disponíveis em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-da-pessoa-idosa>. Acesso em: 11 jul. 2019.

A criação do SUS teve como alicerce e marco inicial a Constituição Federal, seguida pela regulamentação dada pelas Leis Orgânicas da Saúde, de números 8.080/1990 e 8.142/1990. Nesses documentos foram criadas diretrizes e normas aptas a dar direção a esse novo sistema, relacionando regras sobre organização e funcionamento e critérios de repasses para estados e municípios. Além disso, disciplinou-se o controle social no SUS em conformidade com as representações dos critérios estaduais e municipais de saúde (FINKELMAN, 2002).

A Constituição Federal de 1988, em seu art. 198²⁵, faz previsão da participação popular na gestão da saúde do SUS, quando cita as diretrizes desse sistema, como a descentralização, a integralidade e a participação da comunidade (BRASIL, 1988). O desafio, a partir dessa orientação inicial, foi o de buscar formas de implementação de mecanismos aptos a dar efetividade a essa norma. Foram criados, então, diversos instrumentos normativos e espaços institucionais de participação da sociedade civil, os quais passaram a exercer a fiscalização direta sobre as ações governamentais em todas as esferas. As Leis n. 8.080/1990 e 8.142/1990, por exemplo, trouxeram importantes conteúdos sobre o assunto ao abordarem as questões referentes aos Conselhos Nacionais de Saúde (BRASIL, 2003).

Nessa perspectiva, a participação da população na gestão da saúde coloca as ações e serviços na direção de interesses da comunidade e estabelece uma nova relação entre o Estado e a sociedade, na qual o conhecimento da realidade das comunidades é um fator determinante na tomada de decisão por parte do gestor (BRASIL, 2003). Para tanto, processos históricos, políticos, sociais, econômicos e culturais de determinado coletivo devem ser considerados.

Tem-se que esse controle social, hoje, dar-se-ia, sobretudo, por meio de participação institucionalizada, regulamentada pela Lei nº 8.142/1990, que dá diretrizes sobre a criação de Conselhos e Conferências de Saúde, em todos os níveis governamentais, e, ainda, mediante ação não institucionalizada, que, por sua vez, se consolidaria através de todos os tipos de atuação individual e coletiva na área da saúde, incluindo-se aqui, também, as ações de natureza educativa (WENDHAUSEN; BARBOSA; BORBA, 2006).

Os Conselhos de Saúde são órgãos deliberativos e permanentes do Sistema Único de Saúde em cada esfera de governo. Fazem parte da estrutura das secretarias de saúde da União, dos estados e dos municípios e são compostos por representantes do governo, usuários, profissionais de saúde e prestadores de serviço. Segundo as diretrizes da Lei nº 8.142/1990 e Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o segmento dos usuários deve guardar paridade com os outros segmentos. Assim, 50% dos integrantes dos Conselhos de Saúde têm que ser usuários, 25% devem ser profissionais de saúde e outros 25% devem ser prestadores de serviço (BRASIL, 2013).

Já as Conferências de Saúde são fóruns que reúnem os segmentos representativos da sociedade, criando um espaço democrático para o debate de ideias sobre a saúde no Brasil e para a proposição de diretrizes para a criação de políticas públicas nessa seara em todas as esferas governamentais. E convocada pelo Poder Executivo ou pelo Conselho de Saúde, quando 50% + 1 dos integrantes desse fórum conclamam a conferência. Acontece de quatro em quatro anos.

Esses expedientes têm extrema importância, pois, por meio deles, a população, de forma autônoma, pode intervir no processo de gestão das políticas públicas, participar da criação de estratégias de atuação, controlar, fiscalizar e deliberar sobre as ações do programa em todas as esferas governamentais, sendo ainda um espaço democrático de construção de uma nova ordem capaz de revigorar o sentido autêntico de liberdade, democracia e igualdade social (COTTA; CAZAL; RODRIGUES, 2009; SILVA; CRUZ; MELO, 2007).

²⁵ Art. 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.

Nesse processo constante de criação de novos espaços de cidadania ativa, o ser humano deve ser colocado no centro dos processos de avaliação, criação e implementação de políticas públicas no âmbito da saúde. Busca-se, com isso, eliminar as formas tradicionais e autoritárias de gestão das políticas sociais, bem como a adoção de práticas que favoreçam a transparência das informações e da participação da sociedade no processo decisório. Assim, como consequência, todo o aparato que envolve essas informações deve estar à disposição dos sujeitos políticos (SILVA *et al.*, 2007). De acordo com Marilena Chauí (1993), esses sujeitos políticos participam da vida social em proporção ao volume e qualidade das informações que possuem, em especial, a partir de suas possibilidades de acesso às fontes de informação e de condições favoráveis de aproveitamento delas, de forma a poderem intervir como produtores do saber.

Dentro dessa perspectiva, garantir à população e, sobretudo, ao usuário do SUS, o acesso a informações e dados que envolvam doenças, pesquisas e diagnósticos ganha especial relevo para subsidiar as demandas por criação de políticas públicas que garantam a efetivação do direito à saúde. Assim, a informação e a comunicação nessa área devem priorizar suas definições e suas ações com iniciativas que atendam aos usuários do SUS na atenção básica, média e de alta complexidade, de forma a contribuir com novos paradigmas e conceitos que possibilitem um avanço no sistema público de saúde brasileiro e respeitem os princípios fundamentais do SUS (SILVA; CRUZ; MELO, 2007).

Estando a sociedade sempre em movimento, a dialeticidade acompanhará a construção do direito, que deverá estar pronto para atender às demandas surgidas, ainda que por juridicidades plurais. É certo que os direitos humanos estão sendo construídos a cada dia e muitos ainda estão por vir, visto que a realidade não é estanque e os processos sociais e históricos estão em constante mutação e libertação.

Nesse sentido, importante a atuação do Direito Achado na Rua na identificação dos sujeitos coletivos de direito, a fim de possibilitar a coordenação e articulação para ação conjunta, circunstância que fortaleceria as pautas reivindicadas. A dispersão de forças enfraquece a atuação dos movimentos sociais e diminui a pressão feita diante dos gestores públicos para implementação de políticas públicas de interesse da sociedade.

Na linha de fortalecimento dos mecanismos de participação social, foi editado o Decreto Legislativo nº 8.243/2014, que instituiu a Política Nacional de Participação Social e fez previsão de outros mecanismos de participação social, como, por exemplo, as ouvidorias, comissões, mesas de diálogo, consultas públicas e mecanismo virtual de participação social. Esse instrumento normativo foi criado em resposta às manifestações de 2013, onde uma imensa quantidade de pessoas, sobretudo jovens, foi às ruas reclamar o fim da corrupção, a reforma política, a atenção às causas sociais, o combate à impunidade, o fim da violência policial, a melhoria dos serviços públicos em geral, o atendimento a demandas de direitos sociais, como os direitos à saúde e ao transporte, entre muitas bandeiras levantadas (BITTAR, 2014).

Assim, o Movimento do Passe Livre²⁶ apenas serviu para despertar reações ao descontentamento generalizado da população contra uma sociedade violenta, excludente e desigual. A esses movimentos, que duraram praticamente o ano de 2013 inteiro, seguiu-se a tentativa de se instituir um modelo de democracia vanguardista,

²⁶ O Movimento Passe Livre (MPL) se intitula como “um movimento social autônomo, apartidário, horizontal e independente, que luta por um transporte público de verdade, gratuito para o conjunto da população e fora da iniciativa privada”. Segundo afirmam, trata-se de um movimento que é “instrumento inicial de debate sobre a transformação da atual concepção de transporte coletivo urbano, rechaçando a concepção mercadológica de transporte e abrindo a luta por um transporte público, gratuito e de qualidade, como direito para o conjunto da sociedade; por um transporte coletivo fora da iniciativa privada, sob controle público (dos trabalhadores e usuários). O MPL deve ter como perspectiva a mobilização dos jovens e trabalhadores pela expropriação do transporte coletivo, retirando-o da iniciativa privada, sem indenização, colocando-o sob o controle dos trabalhadores e da população. Assim, deve-se construir o MPL com reivindicações que ultrapassem os limites do capitalismo, vindo a se somar a movimentos revolucionários que contestam a ordem vigente. Portanto, deve-se participar de espaços que possibilitem a articulação com outros movimentos, sempre analisando o que é possível fazer de acordo com a conjuntura local” (<https://www.mpl.org.br/>). Em 2013, esse movimento ganhou destaque após as grandes manifestações ocorridas no país em junho, as quais tiveram, em grande parte, como origem, o aumento das passagens de transporte coletivo na cidade de São Paulo. Em razão dessas manifestações, estima-se que mais de 100 cidades no país tenham reduzido as tarifas de transporte público.

em que a consolidação da cidadania ativa dá-se por meio de um processo que une a representatividade e as forças sociais organizadas, realizando com plenitude a expressão “todo o poder emana do povo”, constante do parágrafo único do art. 1º da Constituição Cidadã (BITTAR, 2014).

A edição do decreto, portanto, conseguiu unir em um documento os ideais de uma democracia representativa, participativa e direta, pois, conforme o próprio plano preceitua, as diretrizes gerais estão voltadas para: I) reconhecimento da participação social como direito do cidadão e expressão de sua autonomia; II) complementaridade, transversalidade e integração de mecanismos e instâncias da democracia representativa, participativa e direta; III) solidariedade, cooperação e respeito à diversidade de etnia, raça, cultura, geração, origem, sexo, orientação sexual, religião e condição social, econômica ou de deficiência, para a construção de valores de cidadania e de inclusão social; IV) direito à informação, à transparência e ao controle social nas ações públicas, com uso de linguagem simples e objetiva, consideradas as características e o idioma da população a que se dirige; V) valorização da educação para a cidadania ativa; VI) autonomia, livre funcionamento e independência das organizações da sociedade civil; VII) ampliação dos mecanismos de controle social (BRASIL, 2014).

No entanto, no dia 8 de abril do corrente ano, houve a edição do Decreto nº 9.759/2019, que limitou a criação de órgãos colegiados no Governo Federal e extinguiu todos os grupos de trabalho, comitês e conselhos com participação social criados até o fim de 2018. No art. 1º ficou estabelecido que, no dia 28 de junho de 2019, ficariam extintos ou se estabeleceriam regras e limitações para os colegiados que tenham sido instruídos por decreto, incluídos aqueles mencionados nas leis nas quais não conste a indicação de suas competências ou de membros que o compõem, outro decreto ou por ato normativo emanado de outro colegiado. Esse decreto revogou, portanto, o que instituiu a Política Nacional de Participação Social, sob o argumento de que ocasionaria economia administrativa e desburocratização.

Com tal medida, sem dúvidas, o atual governo dificulta o diálogo com a sociedade, enfraquece a participação popular na elaboração de políticas públicas e obstaculiza a ingerência popular, representativa das mais diversas realidades do país, nas decisões governamentais. Sob o argumento de redução de despesas e desburocratização, o governo retroage no campo do diálogo com a população e deixa clara a sua intenção de não escutar as múltiplas vozes que emergem da sociedade, apesar de experiências concretas de gestão participativa no campo da saúde terem trazido melhorias para o país, servindo de exemplo de democratização do sistema de saúde (COELHO, 2012).

No que toca ao Conselho Nacional de Saúde, é importante frisar que ele foi criado por lei específica e, embora a sua estrutura organizacional esteja prevista no Decreto nº 5.839/2006, há menção expressa à sua existência na Constituição Federal, mais precisamente no art. 198, inciso III, assim como nas Leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990. Suas competências estão também previstas na Lei Complementar nº 141/2012 e Lei nº 8.142/1990. Assim, quanto a ele, a conclusão não pode ser outra senão a de que o Decreto nº 9.759/2019 não o alcança, uma vez que sua existência, conforme visto, é fundamentada na lei, além de possuir embasamento constitucional, não sendo razoável a afirmação de que suas competências e composição tenham que se adequar aos preceitos do citado decreto, dada a incompatibilidade dessas diretrizes com as leis que disciplinam a existência do próprio Conselho. Essa discussão ganha corpo – de saber quais conselhos teriam sido efetivamente extintos – diante da obscura e lacônica redação do ato do Executivo, que efetuou a extinção de maneira genérica e sem enumerar quais órgãos efetivamente seriam atingidos pela medida tomada.

Levada a questão à apreciação do Supremo Tribunal Federal, o plenário deferiu parcialmente medida cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 6.121 para suspender a eficácia de dispositivos do Decreto nº 9.759/2019 que extinguem colegiados da Administração Pública federal previstos em lei. Por unanimidade, os

ministros entenderam que, como a criação desses colegiados foi fruto da atividade do poder Legislativo, somente o Congresso Nacional, por meio de lei, poderia deliberar por extingui-los (BRASIL, 2019f).

No que toca aos colegiados criados por decreto ou outro ato normativo infralegal, por maioria, o pedido de cautelar foi indeferido. Prevaleceu o entendimento do relator ministro Marco Aurélio, de que, como a Constituição Federal confere ao presidente da República a competência para dispor sobre a organização e o funcionamento da Administração Federal, não haveria impedimento para que o chefe do Executivo, por meio de decreto, determinasse a extinção desses órgãos colegiados que não são frutos diretos da lei. Ficaram vencidos neste ponto os ministros Edson Fachin, Roberto Barroso, Rosa Weber, Carmen Lúcia e Celso de Mello, que consideram que, para ser válido, o ato deve, além de discriminar cada órgão extinto, explicitar os motivos pelos quais seu funcionamento é desnecessário, oneroso, ineficaz ou inoperante, argumentos principais utilizados pelo governo para fundamentar a revogação.

Com essa atitude, a administração atual reforça um modelo conceitual de governança do Estado brasileiro, presente desde a colonização, que se fundamenta no autoritarismo e no patrimonialismo, com imposição de dificuldades para que ocorra fiscalização e responsabilização ou *accountability*. Segundo Espinoza (2012), o termo *accountability* pode ser traduzido como controle, fiscalização, responsabilização, ou ainda prestação de contas. Busca-se, com isso, a criação de um Estado em que haja o dever de gerenciar com eficiência e apresentar resultados, permitir a transparência e o controle social dos recursos públicos e a responsabilização dos gestores (CASAGRANDE; KEUNECKE, 2012).

Em entrevista concedida à BBC Brasil (ODILLA, 2019), a professora Marlies Glasius, do Departamento de Política da Universidade de Amsterdã, na Holanda, e diretora do projeto chamando *Authoritarian Practices in a Global Age* (Práticas Autoritárias na Era Global), define como práticas autoritárias – e que existem até mesmo em governos democráticos – aquelas que sabotam o *accountability*, fazendo com que mecanismos de controle, questionamento e responsabilização de autoridades sejam mais difíceis de acontecer. Ela cita como exemplos impor sigilo sobre as próprias atividades, minar o controle popular, disseminar *fake news*, desqualificar a imprensa e, até mesmo, órgãos oficiais de governo, assim como sufocar os mais críticos, práticas essas tão comuns hoje na sociedade brasileira e em diversas outras.

Conclusão

Em um cenário de violação maciça de direitos, sobretudo das minorias e dos mais vulneráveis, mostra-se necessário buscar visualizar os problemas sob uma perspectiva nova, mais proativa e dialógica, sobretudo diante da ineficiência do Estado em dar soluções adequadas e da falta ou deficiência de políticas públicas que tragam efetividade aos direitos humanos, positivados ou não.

Assim, o projeto teórico emancipador de O Direito Achado na Rua apresenta-se como uma forma de pensar e refletir o direito a partir dos fatos e movimentos sociais, priorizando experiências populares como matriz primordial dessa atividade criativa. Nesse contexto, faz-se importante se determinar o espaço político no qual se desenvolvem essas práticas sociais que enunciam direitos, mesmo que isso signifique visitar espaços extralegais, bem como definir a natureza jurídica do sujeito coletivo de direito como sendo aquele capaz de elaborar um projeto teórico político de transformação social (SOUSA JUNIOR, 2015, p. 3).

Analisar-se o direito à saúde sob a ótica do Direito Achado na Rua traz grande significação ao tema, pois se trata de um direito em que, em seu processo normativo e de conhecimento, não podem ser olvidadas as necessidades sociais brasileiras,

sendo talvez o direito em que o ser humano ocupa o lugar de maior destaque, pois todo ele se baseia na valorização do direito à vida.

O direito à vida, como direito primordial do ser humano, não significa só o de manter-se vivo. Ele abarca toda a gama de direitos que possibilita que a pessoa humana tenha capacidade de desenvolver as suas potencialidades físicas, mentais e sociais. Nesse contexto, o direito à saúde compreende o plexo de deveres que o Estado tem diante de todo cidadão, tendo a Constituição Federal o consagrado como direito da pessoa humana fundamental, previsto no art. 6º, juntamente com outros direitos fundamentais sociais. Dada a sua importância, a Carta Magna também definiu os princípios norteadores das políticas públicas da saúde nos arts. 196 a 200.

Com esse reconhecimento, o Estado findou por assumir uma obrigação positiva diante da população, devendo realizar, para desincumbir-se de seu papel, políticas públicas sociais e econômicas destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde. A construção desse direito está inscrita em um processo histórico de lutas em que a participação dos sujeitos sociais na rua – entendida a rua como o espaço político no qual se desenvolvem as práticas sociais enunciadoras de direitos – teve como resultado o reconhecimento do direito à saúde como sendo “de todos e dever do Estado”.

Em consequência, como fruto dos movimentos sociais pela redemocratização no país, surgiu o Sistema Único de Saúde, que trouxe em sua concepção importantes valores como integralidade, universalidade e equidade. Tais movimentos foram determinantes para a maturação de um novo sujeito social brasileiro, consciente dos conceitos de sociedade e de cidadania e da importância de sua prática cotidiana para transformação da realidade (COELHO, 2012, p. 141).

A saúde passou, portanto, a ser entendida como um verdadeiro bem social. Desde a sua origem, o SUS travou uma verdadeira luta para viabilizar a prestação de um serviço integral e sustentável à população, mas sempre esbarrou na visão financeirista de que investir nessa área é despesa e não investimento. Essa luta continua ainda hoje, sobretudo para garantir que o SUS seja compreendido como um verdadeiro patrimônio da nação, recebendo a atenção de que necessita para garantir aos usuários dos serviços atendimento digno e humanizado. Não há dúvidas de que as políticas de austeridade tendem a contribuir para a desestruturação do SUS, com a falta, sobretudo, de criação, manutenção e financiamento de políticas públicas na área da saúde, postura que finda por atingir, principalmente, os grupos mais vulneráveis da sociedade.

Dessa forma, dada a relevância do direito humano em jogo, bem como todas as suas implicações, mostra-se necessário que ocorra o engajamento do cidadão na fiscalização e gestão dos serviços colocados pelo Estado à disposição, a fim de fazer cumprir o mandamento constitucional. Ora, quanto mais próxima a sociedade estiver do poder de decisão, melhor será a qualidade do serviço prestado e mais efetivo será o *accountability*.

O direito à saúde não é um favor, mas um direito que deve ser compreendido no âmbito da sociedade, em suas mais complexas relações saúde-doença e população. A luta pela permanência de canais democráticos faz surgir importantes atores sociais, ampliando o conceito de cidadania.

Hoje, nota-se no Brasil, mesmo em um contexto tido como democrático, uma grande desigualdade social e más condições de vida. “Essa situação leva a uma descrença no Estado e em qualquer possibilidade de mudança, fato que, conciliado a valores neoliberais incorporados pela sociedade, cria uma visão imobilizadora que tende a reproduzir as injustiças e não transformá-las” (COELHO, 2012, p. 141).

Em suma, essa interação entre os sujeitos de direito e as instituições públicas deve ser uma realidade crescente. O uso das redes sociais como meio de informação e

integração contribui para a criação de um novo tipo de cidadania, com destaque para a participação opinativa. Logo, obter informação verdadeira deve ser uma preocupação constante, e a sociedade deve mobilizar-se para cobrar a efetivação desse direito de ser ouvida, para que, assim, seja mantida uma mobilização social que permita um real controle de desempenho dos órgãos públicos.

Em um momento de movimentação crescente em torno da perda de direitos, essa participação popular se mostra essencial para impedir que ocorra um desmonte dos direitos sociais conquistados por muita luta e de um sistema que foi gestado para promover a igualdade e garantir o direito mais fundamental de todos, que é o direito à vida.

Como observado por Juliana Sousa Coelho (2012), não se pode considerar saudável uma população que fique à margem do processo de decisão sobre os rumos da saúde pública. Nesse sentido, resistir é preservar a institucionalização da participação popular; é manter-se vivo, superando opressões e cenários pouco otimistas.

Referências Bibliográficas

ALVARENGA, D.; SILVEIRA, D. *Desemprego cai para 11,8% em julho, mas ainda atinge 12,6 milhões*. Portal G1 de notícias, [S.l.], 30 ago. 2019, Economia. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2019/08/30/desemprego-fica-em-118percent-em-julho-diz-ibge.ghtml>. Acesso em: 25 out. 2019.

BITTAR, E. C. B. *O Decreto nº 8.243/2014 e os desafios da consolidação democrática brasileira*. Revista de Informação Legislativa, v. 51, n. 203, p. 7-38, jul./set. 2014.

BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS. *Diretas Já – 30 anos do Movimento*. Portal – 30 anos da Constituição, Brasília, DF, [S.d.]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/plenario/discursos/escrevendohistoria/destaque-de-materias/diretas-ja>. Acesso em: 25 out. 2019.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Para entender a gestão do SUS*. Brasília: CONASS, 2003. 248p.

BRASIL. [CONSTITUIÇÃO (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 23 jun. 2019.

BRASIL. *Constituição (1988). Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016*. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 dez. 2016, p. 2.

BRASIL. *Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006*. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde – CNS e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 12 jul. 2006, p. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5839.htm. Acesso em: 23 maio 2019.

BRASIL. *Decreto nº 8.243, de 23 de maio de 2014*. Institui a Política Nacional de Participação Social – PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social – SNPS, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 26 maio 2014, p. 6. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/decreto/d8243.htm. Acesso em: 23 maio 2019. (Revogado pelo Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019).

BRASIL. DECRETO Nº 9.759, DE 11 DE ABRIL DE 2019. *Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal*. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 11 abr. 2019a, p. 5 (edição extra). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9759.htm. Acesso em: 23 maio 2019.

BRASIL. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990a, p. 18055. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 23 jun. 2019.

BRASIL. LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990. *Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 1990b, p. 25694. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 23 jun. 2019.

BRASIL. LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 9 abr. 2001, p. 2. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 23 jun. 2019.

BRASIL. LEI Nº 13.427, DE 30 DE MARÇO DE 2017. *Altera o art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para inserir, entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o princípio da organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral*. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 mar. 2017, p. 3. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/L Lei/L13427.htm. Acesso em: 23 jun. 2019.

BRASIL. LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012. *Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências*. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 jan. 2012a, p. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm. Acesso em: 23 jun. 2019.

BRASIL. MEDIDA PROVISÓRIA Nº 870, DE 1º DE JANEIRO DE 2019. *Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios*. Diário Oficial da União: seção 1, Poder Executivo, Brasília, DF, 1º jan. 2019b, p. 1 (edição extra). (Convertida na Lei nº 13.844, de 2019).

BRASIL. MINISTÉRIO DA FAZENDA. *Aspectos fiscais da saúde no Brasil*. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, 2018. Disponível em: <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/documents/10180/318974/AspectosFiscaisSa%C3%BAde2018/a7203af9-2830-4ecb-bbb9-4b04c45287b4>. Acesso em: 26 jun. 2019.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Agência Saúde*. Inclusão de procedimento por determinação judicial. Jun./2019c. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45549-inclusao-de-procedimento-por-determinacao-judicial>. Acesso em: 25 jun. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012*. 2012b. Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html. Acesso em: 25 jun. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, de 4 de fevereiro de 2019*. 2019d. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf. Acesso em: 23 jun. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 1.370, de 21 de junho de 2019*. 2019e. Inclui procedimento na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Orteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 24 jun. 2019, p. 44. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-1.370-de-21-de-junho-de-2019-167267426>. Acesso em: 25 jun. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT)*. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/portaria-no-2836-de-1-de-dezembro-de-2011>. Acesso em: 23 jun. 2019.

BRASIL. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. *Medida cautelar na ação direta de inconstitucionalidade (ADI) nº 6.121-DF (2019f)*. Requerente: Partido dos Trabalhadores. Requerido: Presidente da República. Relator: Min. Marco Aurélio Mello. Brasília, 10 jun. 2019. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5678906>. Acesso em: 25 jun. 2019.

BRASIL. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. *Portal de Notícias e Textos. Supremo suspende regra de decreto presidencial que extingue conselhos federais previstos em lei*. Brasília, 2019g. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=413987>. Acesso em: 23 jun. 2019.

CASAGRANDE, L. P.; KEUNECKE, L. *A Constituição federal de 1988 à luz da accountability: a influência da reforma administrativa do estado brasileiro*. Revista Amicus Curiae, [S. l.], v. 9, n. 9, 2012.

CENTRO EDUCACIONAL DE WENCESLAU BRAZ (CENEBRA). *História social e sanitária da saúde Pública brasileira*. Paraná, [S.d.].

CHAUÍ, M. S. *Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas*. 6. ed. São Paulo: Cortez; 1993.

COELHO, J. S. *Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação*. Revista Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 1, suplemento 1, 2012, p. 138-151.

COELHO, M. T. A. D.; ALMEIDA FILHO, N. de. *Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 315-333, maio/ago. 2002.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M.; RODRIGUES, J. F. C. *Participação, controle social e exercício da cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde*. Physis: Revista de Saúde Coletiva, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 419-438, jan./jun. 2009.

DARLINGTON, S.; CASADO, L. *Brazil Fails to Replace Cuban Doctors, Hurting Health Care of 28 Million*. The New York Times, June/2019. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2019/06/11/world/americas/brazil-cuba-doctors-jair-bolsonaro.html>. Acesso em: 23 jun. 2019.

DOMENICI, T. *Entrevista com Francisco Menezes*. Agência Pública, São Paulo, jul. 2018. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/580741-a-extrema-pobreza-voltou-aos-niveis-de-12-anos-atras-diz-pesquisador-da-actionaid-e-ibase>. Acesso em: 23 jun. 2019.

FIOCRUZ. *Reforma sanitária*. Pense mais SUS. A reflexão fortalece essa conquista. [S.l.], [S.d.]. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>. Acesso em: 23 jun. 2019.

FINKELMAN, J. (ORG.). *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 328p.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS (FGV). CENTRO DE PESQUISA E DOCUMENTAÇÃO DE HISTÓRIA (CPDOC). *Golpe de 1964*. Informação disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/revolucao-de-1964>. Acesso em: 25 out. 2019.

INSTITUTO HUMANITAS UNISINOS (IHU). *Médicos pelo Brasil e o desmonte SUS*. Outras Mídias, São Paulo, 7 out. 2019. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasmidias/medicos-pelo-brasil-e-o-desmonte-sus/>. Acesso em: 25 out. 2019.

MATHIAS, M. *Antes do SUS: como se (des)organizava a saúde no Brasil sob a ditadura*. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz. Pesquisa, Política e Ação em Saúde Pública. Rio de Janeiro, abr. 2018. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=antes-do-sus>. Acesso em: 25 out. 2019.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Ciência e Saúde Coletiva, v. 15, n. 5, Rio de Janeiro, ago. 2010.

ODILLA, F. *As novas faces do autoritarismo de direita e esquerda nas democracias, segundo pesquisadora holandesa*. BBC News Brasil, Londres, maio/2019. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-48022553>. Acesso em: 23 jun. 2019.

POLIGNANO, M. V. *História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão*. [S. d.]. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros>. Acesso em: 21 jun. 2019.

RASELLA, D.; AQUINO, R.; SANTOS, C. A. T.; PAES-SOUSA, R.; BARRETO, M. *Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities*. The Lancet, May/2013. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/UserFiles/Image/Bolsa%20Familia%20-%20Mortalidade%20Crianças%20Lancet%20Online%20%281%29.pdf>. Acesso em: 25 out. 2019.

RASELLA, D.; BASU, S.; HONE, T.; PAES-SOUSA, R.; OCKÉ-REIS, C. O.; MILLETT, C. *Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study*. PLOS, May/2018. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002570>. Acesso em: 23 jun. 2019.

REIS, D. O.; ARAÚJO, E. C. DE; CECÍLIO, L. C. DE O. *Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), [S.d.].

ROLIM, L. B.; CRUZ, R. DE S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. DE J. *Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa*. Saúde em Debate,

Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, jan./mar. 2013.

RUBIO, D. S. *Derechos humanos instituyentes, luchas sociales y acciones cotidianas*. Revista Jurídica da Escola Superior do Ministério Público de São Paulo, São Paulo, v. 6, p. 243-268, 2014.

SANTOS, B. DE S.; AVRITZER, L. *Introdução para ampliar o cânone democrático*. In: SANTOS, B. de S. (Org.). *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. (Coleção Reinventar a Emancipação Social: Para Novos Manifestos).

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. *O conceito de saúde*. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, out./1997.

SILVA, A. X.; CRUZ, E. A.; MELO, V. *A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social*. Rio de Janeiro, 2007.

SOUSA JUNIOR, J. G. *Diálogos com Marilena Chauí*. Jornal Estado de Direito, Coluna Lido para Você, Porto Alegre, abr. 2019. Disponível em: <http://estadodedireito.com.br/dialogos-com-marilena-chauil/>. Acesso em: 12 jul. 2019.

SOUSA JUNIOR, J. G. (ORG.). *O direito achado na rua: concepção e prática*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015. v. 2. (Coleção Direito Vivo).

STEDILE, N. L. R.; GUIMARÃES, M. C. S.; FERLA, A. A.; FREIRE, R. C. *Contribuições das conferências nacionais de saúde na definição de políticas públicas de ambiente e informação em saúde*. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, n. 10, Rio de Janeiro, p. 2957-2971, out./2015.

SPINOZA, R. M. Accountability. In: CASTRO, C. L. F. de.; GONTIJO, C. R. B.; AMABILE; A. E. DE N. (ORG.). *Dicionário de políticas públicas*. Barbacena: EdUEMG, 2012.

TAVARES, V. *Saúde da população LGBT: preconceito e desconhecimento nos serviços de saúde estão os principais desafios para um atendimento com equidade*. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/saude-da-populacao-lgbt>. Acesso em: 23 jun. 2019.

TORRES, M. D. DE F. *Estado, democracia e administração pública no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

VIEIRA, E. A. *Políticas sociais e direitos sociais no Brasil*. Comunicação & Educação, São Paulo, n. 9, p. 13-17, maio/ago. 1997.

WENDHAUSEN, Á. L. P.; BARBOSA, T. M.; BORBA, M. C. *Empoderamento e recursos para a participação em conselhos gestores*. Revista Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 131-144, set./dez. 2006.

ZANINI, F. *Apesar de menor, fome ainda afeta o Brasil, aponta órgão da ONU*. Folha de S. Paulo online, São Paulo, 20 jul. 2019. Poder. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2019/07/apesar-de-menor-fome-ainda-afeta-o-brasil-aponta-orgao-da-onu.shtml>. Acesso em: 25 out. 2019.