

RETORNANDO AO PASSADO PARA COMPREENDER O PRESENTE: A TRAJETÓRIA DE RECONHECIMENTO DA SAÚDE COMO DIREITO E IMPORTANTE ELEMENTO DE CIDADANIA E INCLUSÃO SOCIAL

RETURNING TO THE PAST TO UNDERSTAND THE PRESENT: THE TRAJECTORY
OF RECOGNIZING HEALTH AS A RIGHT AND AN IMPORTANT ELEMENT OF
CITIZENSHIP AND SOCIAL INCLUSION

Janaína Machado Sturza¹

Maria Cristina Schneider Lucion²

RESUMO

O debate acerca do conceito de saúde e do seu reconhecimento enquanto direito envolve uma gama de influências externas, tais como fatores econômicos, sociais, culturais e étnicos. Assim, o problema investiga em que medida tal fato justifica as modificações do conceito de saúde ao longo do tempo, bem como a sua consolidação na esfera dos direitos humanos e fundamentais. A partir deste ideário, o texto tem como objetivo fomentar a reflexão sobre o surgimento do direito à saúde como um importante elemento de cidadania, verificando-se, através de uma abordagem bibliográfica que segue o método hipotético dedutivo, que a saúde está interligada ao meio e a forma como vivem as pessoas, assim como a possibilidade de acesso a bens e serviços essenciais. Logo, a saúde vem sendo definida pela Organização Mundial da Saúde como um direito que resulta do completo bem-estar físico, mental e social e, a partir desses antecedentes, o Brasil foi incorporando a sua responsabilidade em garantir o acesso à saúde, uma vez que o modelo excludente de prestação de serviço público de saúde foi questionado pelo Movimento de Reforma Sanitária, o qual reivindicou a formação de um sistema único de saúde que fosse universal, integral e igualitário.

Palavras-chave: Cidadania. Direito à Saúde. Movimento de Reforma Sanitário. Políticas Públicas.

¹ Pós Doutora em Direito pela Unisinos. Doutora em Direito pela Universidade de Roma Tre/Itália. Mestre em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. Especialista em Demandas Sociais e Políticas Públicas também pela UNISC. Professora na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI, lecionando na Graduação em Direito e no Programa de Pós Graduação em Direito - Mestrado e Doutorado. Integrante da Rede Iberoamericana de Direito Sanitário. Integrante do Comitê Gestor da Rede de Pesquisa em Direitos Humanos e Políticas Públicas. Integrante do Grupo de Pesquisa Biopolítica e Direitos Humanos (CNPq). Pesquisadora Gaúcha FAPERGS – PqG Edital 05/2019. Email: janasturza@hotmail.com

² Mestra em Direito pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI. Especialista em Direito Empresarial e Advocacia Empresarial pela Universidade Anhanguera-Uniderp. Professora do Curso de graduação em Direito da Sociedade Educacional Três de Maio - Setrem. Coordenadora do núcleo de pesquisa da Setrem. Advogada. Email: mariacris.lucion@hotmail.com

ABSTRACT

The debate about the concept of health and its recognition as a right involves a range of external influences, such as economic, social, cultural and ethnic factors. Thus, the problem investigates the extent to which this fact justifies changes in the concept of health over time, as well as its consolidation in the sphere of human and fundamental rights. Based on this idea, the text aims to encourage reflection on the emergence of the right to health as an important element of citizenship, verifying, through a bibliographic approach that follows the hypothetical deductive method, that health is interconnected to the environment and the way people live, as well as the possibility of access to essential goods and services. Therefore, health has been defined by the World Health Organization as a right that results from complete physical, mental and social well-being, and from this background, Brazil has been incorporating its responsibility to guarantee access to health, once that the exclusionary model of public health service provision was questioned by the Sanitary Reform Movement, which claimed the formation of a single health system that was universal, integral and egalitarian.

Keywords: Citizenship. Right to health. Sanitary Reform Movement. Public policy.

Introdução

Compreender o direito à saúde da forma como estabelecido atualmente no Brasil, requer tomar conhecimento, ainda que breve, da historicidade da saúde e da trajetória percorrida até este tema tornar-se um direito propriamente dito. Isto porque, diferente do que muitas vezes se imagina no senso comum, nem sempre a saúde foi um direito inequívoco e de todas as pessoas, tendo sido constitucionalizado expressamente há curto período.

A temática da saúde está intimamente ligada à influência de fatores sociais, econômicos, políticos e governamentais e a compreensão de seu contexto é fundamental para a sedimentação da ideia de saúde enquanto um direito. Assim sendo, e não poderia ser diferente, foi por meio da gradativa compreensão de que a saúde não deve significar a simples ausência de doenças e que a sua realização deve ser responsabilidade estatal que a insatisfação social aumentou, culminando na consideração da saúde como um direito humano e fundamental, tanto em documentos internacionais como, mais tarde, na Constituição Federal de 1988 – CF/88.

É possível afirmar que a constitucionalização da saúde no Brasil ocorreu tardiamente em relação a outros direitos, como a propriedade, por exemplo. Seu *status* constitucional privilegiado foi o resultado de movimentos sociais – como o Movimento de Reforma Sanitária, que objetivaram a democratização da saúde, que até então era um serviço

destinado exclusivamente aos trabalhadores regularmente registrados e seus dependentes, excluindo-se todo o restante da população brasileira do sistema público.

Assim, portanto, o presente texto tem como objetivo fomentar a reflexão sobre o surgimento do direito à saúde como um importante elemento de cidadania e inclusão social. A sua problemática reside justamente em investigar as modificações do conceito de saúde ao longo do tempo, bem como a sua trajetória e consolidação na esfera dos direitos humanos e fundamentais. Neste cenário, verificou-se, através de uma abordagem bibliográfica que segue o método hipotético dedutivo, que a saúde se consolidou – depois de um longo percurso histórico, social, jurídico, econômico e político, como um direito universal, integral, igualitário e essencial à vida de todos.

Logo, a saúde que era um sinônimo de segregação social das pessoas que não tinham acesso aos serviços públicos de saúde, atualmente pode ser considerada um elemento de exercício da cidadania, uma vez que o acesso a tal direito – ao menos do ponto de vista formal da lei, tornou-se uma possibilidade de proteção e qualidade de vida para todos. Assim, por meio da atuação de diversos atores sociais, o direito à saúde consolidou-se, também, como um grande avanço social e um importante propulsor da inclusão social.

1. Saúde e direito à saúde: uma abordagem histórica e conceitual do passado ao presente

O direito à saúde percorreu uma longa trajetória até atingir o *status* de direito social, fundamental e, em tema global, direito humano. Muito antes de assumir esse papel, o próprio conceito de saúde se modificou no decorrer da história, até, por fim, tornar-se verdadeiramente um direito na grande maioria das sociedades. Desse modo, imprescindível conceituar a saúde, para então definir o direito.

A conceituação do termo “saúde” necessita de uma interpretação subjetiva da matéria, razão pela qual tal conceito sempre sofreu mudanças significativas ao longo da história, adaptando-se à realidade cultural, social, econômica e política de cada grupo de pessoas. Nesse sentido, Scliar (2007, p. 30) aduz que “saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas”, mas sim pode estar condicionada a valores individuais, científicos, religiosos e filosóficos, os quais influenciam o próprio conceito.

Certamente que a representação do termo saúde manifesta concepções enraizadas na cultura da sociedade como um todo, provocando a construção de visões de mundo diversas. Assim, “além de ser capaz de criar explicações peculiares sobre os fenômenos do adoecimento e da morte, as categorias saúde/doença devem ser consideradas janelas abertas para compreensão das relações entre os indivíduos e a sociedade” (MINAYO, 2012, p. 195). Dessa forma, é importante que a saúde, enquanto tema sociocultural, seja analisada a partir do contexto social em que se está tratando, levando em conta os fatores que lhe influenciam, uma vez que “o corpo social limita a forma pela qual o corpo físico é percebido. A experiência física do corpo é sempre modificada pelas categorias sociais através das quais é conhecida, sustentando uma visão particular da sociedade” (DOUGLAS apud MINAYO, 2012, p. 195).

A literatura indica que a falta de saúde (ou a doença) inicialmente era vista pelos povos primitivos como uma espécie de magia, um sinal de castigo divino ou resultado da ação de demônios e espíritos malignos, prevalecendo a lógica de que a doença se manifestava naqueles que merecessem tal castigo (FIGUEIREDO, 2007). Já para os antigos hebreus, a doença representava um sinal da ira de Deus e não necessariamente a ação de demônios, mas sim o resultado da desobediência e do pecado humano, o que tornava uma doença contagiosa pelo contato, tal como a lepra, um verdadeiro castigo proclamado pelo pecado (SCLIAR, 2007).

Os primeiros pontos de interrogação colocados na conclusão de que a doença seria castigo divino foram feitos na antiguidade grega, notadamente a partir dos estudos do médico e filósofo Hipócrates, “cujas observações empíricas não se limitaram apenas ao paciente, estendendo-se ao ambiente onde vivia” (FIGUEIREDO, 2007, p. 77). Dessa forma, em razão de que na Grécia, a antiga terra dos sadios e sábios, a saúde era uma pretensão unânime da população, naturalmente os médicos eram endeusados quando conseguiam a cura de um corpo doente (BERLINGUER, 1988).

A partir dos estudos protagonizados por Hipócrates, a medicina e a saúde passaram a apoiar-se sobre observações e fatos, razão pela qual o corpo humano, para ser conhecido, deveria ser estudado em sua relação com o meio ambiente. Desse modo, o único caminho para a compreensão da saúde e da doença foi a observação utilizada pelos médicos, e não o método *a priori* dos cosmólogos (GUSMÃO, 2004). Com tais questionamentos, as

ervas e métodos naturais para cura de doenças ganharam força e passaram a ser cada vez mais utilizados na cura de enfermidades, além do desenvolvimento da noção de que a saúde também depende do equilíbrio do ambiente em que se vive.

Mesmo após o avanço protagonizado pelos gregos, a Idade Média, a chamada “idade das trevas”, consolidou um grande retrocesso na concepção de saúde, tanto em razão de ter sido um período de intensas pestes e doenças contagiosas, como por ter sido uma época marcada pela forte repressão e dominação da religião. Assim, as práticas médicas antes desenvolvidas pelos gregos e outros povos antigos ficaram à margem da mentalidade religiosa dominante, fato que se agravava em razão da promiscuidade e falta de higiene nos burgos.

A igreja, por sua vez, disseminava o pensamento de que a falta de saúde seria, na verdade, a manifestação do pecado humano e a consequência da violação das leis divinas. Assim, por exemplo, “a esterilidade é castigo do pecador, a parturiente deve sofrer porque assim amará mais o próprio filho, porque assim expiará melhor o pecado original” (BERLINGUER, 1988, p. 41), tornando a falta de saúde culpa do enfermo, e a doença consequência direta de sua conduta terrena.

Com efeito, a lógica da culpa teve sucesso principalmente porque, sociologicamente, o doente foi visto como algo incômodo, repugnante e, muitas vezes, odioso do ponto de vista da comunidade. Desse modo, “nada melhor, portanto, do que acusá-lo de seu mal. Isso acontece em todas as religiões, até mesmo na religião católica, que já afirmou que o sofrimento merece graça e purificação” (BERLINGUER, 1988, p. 39).

Desse modo, no período histórico da Idade Média, a religião cristã mantinha a lógica excludente do doente ao mesmo tempo em que administrava os hospitais, instituições que o cristianismo desenvolveu muito, não como um lugar de cura, mas de abrigo e de conforto para os doentes. No entanto, ao mesmo tempo em que tais condutas se mantinham, procurava-se viver contra a natureza humana por meio da contenção sexual, do controle das paixões, do comer e beber (SCLIAR, 2007), e as crenças minoritárias eram muitas vezes perseguidas com voracidade pela igreja (ELIAS, 2001).

Nesse contexto histórico, fica evidenciado que a doença era vista como algo mítico, “jamais partindo os grilhões que a acorrentavam à religiosidade” (SCHWARTZ; GLOECKNER, 2003, p. 34). Entretanto, um contraponto que pode ser observado é que se

fortaleceu a caridade, especialmente com o surgimento dos hospitais e hospícios, nos quais os pacientes recebiam, ao menos, um conforto espiritual no isolamento (FIGUEIREDO, 2007).

A mentalidade sanitária propagada na Idade Média manteve sua hegemonia até o advento da industrialização, no século dezenove. A partir de então, a concepção de saúde muda radicalmente e passa a se definir com as características modernas do instituto, alterando-se a concepção de que a única preocupação deveria ser afastar o doente, seja em atitude de isolamento, por ser desagradável, seja para evitar o contágio (DALLARI, 1988).

A urbanização, consequência da industrialização e da mudança da conjuntura social, somada ao desenvolvimento do processo industrial, passa a mudar a concepção sanitária. Nesse sentido, a Revolução Industrial ocasionou um grande deslocamento populacional do campo para as cidades, formando cinturões humanos ao redor das fábricas que, pela proximidade espacial e absoluta falta de higiene, permitiam a rápida proliferação de doenças, impulsionando as primeiras reivindicações de melhores condições sanitárias por parte do Estado (FIGUEIREDO, 2007). A partir daí, pela primeira vez, o direito à saúde passa a ganhar significado através da mudança do conceito de saúde, uma vez que

o processo contínuo de organização do operariado promovido a partir da conscientização de suas condições de trabalho e facilitado pelo desenvolvimento dos meios de comunicação levou-o a reivindicar que o Estado, idealmente acima dos interesses dos industriais, se responsabilizasse pela fiscalização das condições de saúde no trabalho. O evoluir desse processo acabou conscientizando todo o povo, especialmente a partir da Segunda Guerra Mundial, para a necessidade de responsabilização do Estado pela saúde da população, agora compreendida não apenas como a ausência de doenças. Com efeito, o completo bem estar físico, mental e social não pode ser conseguido apenas com atitudes isoladas. Ninguém tem condições de alcançar somente com seus próprios meios tal estado de bem-estar na sociedade moderna (DALLARI, 1988, p. 329).

Com efeito, em que pese que na Era industrial a preocupação maior não fosse propriamente a saúde da população, mas sim a preservação da mão de obra fabril, logo o Estado assumiu a função de garantir a saúde dos operários (FIGUEIREDO, 2007). Desse modo, estranhamente “o capitalismo, por mais paradoxal que pareça, fez nascer uma visão social da saúde” (SCHWARTZ apud FIGUEIREDO, 2007, p. 113). Assim, a saúde passou a ser uma preocupação tanto para o proletariado como para os patrões, fato que levou a saúde a ser vista pela primeira vez como um direito a ser assegurado pelo Estado, sendo que primeiramente

o direito à saúde ganha relevância com a Revolução Industrial ocorrida na Inglaterra, quando os industriais passaram a se preocupar em manter a saúde dos operários para que estes pudessem exercer suas funções laborativas de produção; os operários foram conscientizados e passaram a buscar melhorias nas condições de trabalho, tendo sido incorporado aos direitos fundamentais entre o movimento do constitucionalismo moderno-social e o início do contemporâneo (RIGOLDI; MACHADO, 2014, p. 05).

Notadamente, o ambiente de exploração indiscriminada do trabalho humano reforçou a insatisfação social no decorrer do século XIX, fomentando a formação de movimentos sociais, como sindicatos e grupos de apoio. E no Brasil não foi diferente, uma vez que a interdependência entre as condições de saúde do trabalhador e atividade produtiva provocou a instituição dos sistemas de previdência social, em uma evolução tal qual se vê atualmente na Constituição Brasileira (FIGUEIREDO, 2007).

Desse modo, “a industrialização mudou rapidamente a face da terra: criou nova classe social, transferiu o fulcro da vida social para as cidades e aproximou cada vez mais as pessoas” (DALLARI, 1988, p. 328), em que pese ainda não houvesse um conceito universalmente aceito do que seria a saúde. Portanto, para definir um conceito internacional de saúde e, assim, afirmar o direito em nível mundial de maneira mais organizada, foi necessária a criação da Organização das Nações Unidas e a Organização Mundial da Saúde, após o término da Segunda Guerra Mundial (SCLIAR, 2007).

Motivado pelas grandes mudanças sociais impulsionadas pela industrialização, o século XX abriga o constitucionalismo contemporâneo; nascem os direitos coletivos, de solidariedade, normas constitucionais programáticas de forte conteúdo social, metas a serem alcançadas pelo Estado por meio de programas de governo, sendo também o momento em que predomina a tendência à internacionalização dos direitos humanos (SARLET, 2002, p.58). Nesse contexto inserem-se o conceito de saúde e o direito à saúde em dimensão internacional.

Por conseguinte, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu, em 1946, a saúde como sendo “o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças” (SCHWARTZ; GLOECKNER, 2003, p. 37), surgindo o primeiro aspecto promocional da saúde, na nítida intenção de desmitificar o conceito anteriormente ligado ao castigo divino e destacando a importância do equilíbrio do homem, restaurando a linha preconizada por Hipócrates (FIGUEIREDO, 2007).

Com essas premissas, o direito à saúde avança ao ganhar destaque no preâmbulo da Constituição da OMS (RIGOLDI; MACHADO, 2014), consequência do término da Segunda Guerra Mundial, da criação da Organização Mundial da Saúde e das Nações Unidas, que culminaram no desenvolvimento de um conceito internacional de saúde que reflete um grande avanço na matéria. Sem dúvidas que tal conceito reflete uma aspiração dos movimentos sociais do pós-guerra, razão pela qual a saúde deveria expressar o direito a uma vida plena, sem privações (SCLIAR, 2007).

Desse modo, a constituição da OMS, datada de 22 de julho de 1946 e ratificada pelo Brasil por meio do Decreto Lei nº 36406, de 22 de julho de 1947, finalmente determinou com clareza os princípios basilares e conceituais da saúde em nível mundial, definindo-a como sendo

um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social. A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados. Os resultados conseguidos por cada Estado na promoção e proteção da saúde são de valor para todos. O desigual desenvolvimento em diferentes países no que respeita à promoção de saúde e combate às doenças, especialmente contagiosas, constitui um perigo comum. O desenvolvimento saudável da criança é de importância basilar; a aptidão para viver harmoniosamente num meio variável é essencial a tal desenvolvimento. A extensão a todos os povos dos benefícios dos conhecimentos médicos, psicológicos e afins é essencial para atingir o mais elevado grau de saúde. Uma opinião pública esclarecida e uma cooperação ativa da parte do público são de uma importância capital para o melhoramento da saúde dos povos. Os Governos têm responsabilidade pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser assumida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas.

Pela primeira vez encontrava-se um consenso acerca da temática sanitária, envolvendo-a não somente no aspecto de ausência de doenças, mas também sob a ótica da sua promoção, em total reconhecimento da saúde como um direito fundamental de todo o ser humano indistintamente. Reconhece-se, também, a saúde como um elemento de paz social e segurança, sendo consenso que a saúde preservada é uma variável essencial para o desenvolvimento dos povos.

Importa ressaltar que o conceito de saúde entabulado pela OMS por vezes é criticado de forma negativa, uma vez que o completo bem-estar do ser humano não seria um processo tão simples de ser definido, sendo a saúde uma busca contínua pelo equilíbrio entre influências ambientais, modos de vida e os vários componentes que influenciam diretamente

na sua realização (ROCHA, 1999). Portanto, não raras vezes o conceito de saúde da OMS, ao mesmo tempo em que é considerado um avanço na matéria, “aponta mais para uma utopia a ser perseguida do que para uma possibilidade real alcançável, que para alguns bioeticistas atentaria contra as próprias características da personalidade” (ANDRADE; ANDRADE, 2010, p. 62).

Mesmo com todas as mudanças sofridas pelo conceito de saúde ao longo da história, e a sua afirmação enquanto direito após o industrialismo, o conceito de saúde ainda carrega uma grande carga de complexidade, pois

modernamente a expressão direito à saúde tem sido empregada referindo-se a situações, algumas vezes, extremamente diferentes. Muito da imprecisão dessa expressão decorre da imprecisão do próprio conceito de saúde. Ainda que se desconsiderem as demais definições de saúde que não aquela proposta pela Organização Mundial de Saúde, observa-se o enorme halo nebuloso que circunda o núcleo básico do conceito. Assim o conceito de saúde não implica apenas a ausência de doença — núcleo básico —, mas também o completo bem estar físico, mental e social — halo nebuloso (DALLARI, 1988, p. 327).

Em conclusão, a saúde como produto social se constrói coletiva e individualmente, por meio de ações de governo, da sociedade e de cada indivíduo. Portanto, a saúde é um bem para o desenvolvimento pleno do ser humano (ANVISA, 2009).

Assim, dadas essas considerações, impende prosseguir na temática abordada, especificamente para entender como ocorreu a constitucionalização do direito à saúde no Brasil e, em seguida, tomar conhecimento da maneira como ocorreu o processo de democratização da saúde e a sua significação enquanto elemento de cidadania e inclusão social.

2. O direito à saúde no Brasil: a Constituição Federal de 1988 e o processo de democratização da saúde

A preocupação com a saúde sempre foi um tema presente no debate social desde os primórdios da civilização; o que se modifica com o tempo é o conceito e a positivação da saúde, sempre ligados a fatores predominantes a cada época, sejam eles políticos, sociais, econômicos ou sociológicos. Essa preocupação muito se deve ao fato de que a saúde é um tema de interesse comum: todos os seres humanos dependem da preservação da sua saúde para a sobrevivência e dignidade da vida.

Ainda que a preocupação com a saúde seja um assunto que sempre esteve em voga na escala das preocupações sociais, a sua positivação enquanto direito e o seu reconhecimento universal é um fato moderno. Desse modo, não obstante a saúde esteja agregada ao rol dos direitos humanos, é imprescindível tomar conhecimento da ideia de direitos humanos para que se possa compreender o direito à saúde (DALLARI, 1988).

Desse modo, de maneira sintética, necessário ter em mente a evolução dos direitos humanos, desde as primeiras declarações, passando por suas diversas transformações até o aparecimento e a inclusão dos direitos sociais, para então situar nestes o direito à saúde. Tal direito, como se verá, atualmente tem sua real amplitude no Brasil através da CF/88, que o elenca como direito social e fundamental.

Com efeito, inicialmente impende esclarecer que a luta pela afirmação dos direitos humanos se desenvolve há séculos, marcada por obstáculos, avanços e retrocessos, a depender do momento histórico que demarcou a necessidade de determinada garantia, seja do ponto de vista do exercício do direito ou da instituição encarregada de assegurá-lo. Diversos eventos históricos contribuíram para a construção da ideia de direitos humanos em nível internacional, dentre as quais as declarações da Virgínia, de 1776, e da França, de 1789, que foram os primeiros documentos que se editaram e se afirmaram como garantias de direitos do homem.

Os direitos humanos entraram efetivamente no debate do cenário mundial após a segunda guerra mundial, quando o mundo inteiro assistiu ao colapso da degradação da vida humana a partir das atrocidades ocorridas durante a guerra. Os seus momentos simbólicos foram os Tribunais de Nuremberg e Tóquio, a criação da Carta das Nações Unidas de 1945 e determinação de um marco mundial para a positivação internacional dos direitos humanos: a Declaração Universal de Direitos Humanos - DUDH, documento datado de dez de dezembro de 1948 e ratificado pelos países membro da ONU, dentre os quais o Brasil.

Pode-se dizer que foi a partir de tais atos fundamentais que a comunidade internacional passou a pregar intensamente o estabelecimento de padrões, a partir de centenas de convenções, tratados, declarações e acordos de direitos humanos que foram negociados e adotados pelas Nações Unidas e por organismos regionais. Assim, inegável que a primeira positivação dos direitos humanos, realizada por meio da DUDH, foi um marco na história mundial, pois relativizou a concepção de soberania estatal até então vigente, fazendo com que

os Estados que a subscreveram abdicassem de uma parcela da própria soberania para reconhecer o direito da comunidade internacional em observar e opinar acerca de sua situação interna (FIGUEIREDO, 2007).

Da maneira como estão postos na DUDH, os direitos humanos determinam que nenhuma etnia, gênero, classe social ou grupo religioso é superior aos demais, e que todos são merecedores de igual respeito. Nesta senda, a título exemplificativo, salienta-se o artigo segundo da DUDH, o qual preceitua a igualdade entre os povos e seres humanos traduzindo que não há distinção alguma, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou outra, de origem nacional ou social, de fortuna, de nascimento ou de qualquer outra situação.

Veja-se que esse avanço na concepção do próprio ser humano é um fato nunca antes presenciado pela humanidade, pois “a ideia de que os indivíduos e grupos humanos podem ser reduzidos a um conceito ou categoria geral, que a todos engloba, é de elaboração recente na História” (COMPARATO, 2010, p. 24). Desse modo, mesmo que uma suposta igualdade essencial entre os seres humanos pudesse ter existido em um período axial da história, foi somente na modernidade que surgiu a compreensão e que foi elaborado um documento próprio firmado por diversos países, afirmando que todos os seres humanos são integrantes de uma espécie única do universo.

Ainda que não positivada internacionalmente em períodos remotos da história, a noção de direitos e proteção do homem é tão antiga que há doutrinadores que entendem que ela pode ser encontrada até mesmo no Código de Hamurabi, o qual teria sido um marco histórico. Assim, salienta-se que os princípios de valoração do ser podem ser encontrados também na maioria das religiões, embasando o sistema de proteção aos valores humanos, sendo que “em caráter exemplificativo é possível constatar tais princípios em religiões ou filosofias próprias do Oriente, como o Budismo, Confucionismo e Islamismo” (PES, 2010, p. 24).

Vale lembrar que a “noção de direitos inerentes à pessoa humana encontra expressão, ao longo da história, em regiões e épocas distintas” (PES apud COMPARATO, 2010, p. 26), ainda que essa classe de direitos atualmente sejam, notadamente, fruto do pensamento ocidental do pós-guerra. Assim, é possível dizer que a afirmação e conceituação dos direitos humanos relaciona-se com a evolução do próprio homem a partir de perspectivas

diversas no ocidente e no oriente, mas que foi aquele que procurou implementar as suas ideias no mundo.

Sendo os direitos humanos, portanto, fruto de um processo histórico intencional, não surgiram repentinamente, de modo que cada comunidade ou região possui uma visão própria de seu significado. Ou seja, a partir de seus próprios princípios e experiências culturais, cada comunidade ou grupo de pessoas é capaz de definir o sentido dos direitos humanos, em que pese os documentos internacionais do pós-guerra, dentre os quais a DUDH, sejam marcos históricos na sua afirmação em âmbito internacional.

Nesta senda, vale ressaltar que, assim como o conceito de saúde, os direitos humanos não possuem um conceito rígido e intransponível, justamente porque, conforme já explanado, sua valoração perpassa pela análise cultural e individual de cada sociedade. Essa característica faz com que a sua conceituação seja difícil e envolva fatores sociais, ideológicos, políticos e econômicos, de modo que

no âmbito do espaço, os Direitos Humanos são encarados de maneira peculiar e diferenciada, segundo as concepções prevalentes em cada comunidade, em cada grupo religioso, em cada ideologia, em cada facção política, em cada situação de paz ou de violência, mas sem que isso elimine os pontos comuns entre si. Essa evolução no tempo e diferenciações no espaço vão ter como consequência um estreitamento ou alargamento na definição teórica e na aplicação prática dos Direitos Humanos (ALMEIDA, 1996, p. 15).

No Brasil, o reconhecimento do direito à saúde acompanhou a tendência internacional dos direitos humanos. Desse modo, sendo um direito constante no marco referencial da temática que é a Declaração Universal dos Direitos Humanos, denota-se que a saúde passou a ser pensada em nível de Estado a partir de intensas mudanças sociais que conduziram a sua constitucionalização.

Muito antes de ser constitucionalizada e na esteira dos direitos humanos, a democratização da saúde começou a ser pensada na Revolução Científica e posteriormente na Revolução Francesa, porém, somente a partir da Revolução Industrial a saúde passou a assumir maior importância, especialmente quando vista sob a ótica econômica. Necessário dizer que, neste momento, a saúde não ganhou mais importância por uma simples questão de humanidade ou de preocupação com as pessoas, mas por uma visão capitalista, de que a falta de trabalhadores em razão de alguma doença poderia prejudicar a produção (STURZA; ROSA, 2013). Tinha-se então o aspecto negativo da saúde, em um conceito de ausência de enfermidades (SCHWARTZ, 2001).

A revolução industrial teve início em meados do século XVIII e provocou um grande movimento de urbanização, com intensa transferência populacional do campo para a cidade e a concentração humana ao redor das fábricas, ocasionando a rápida proliferação de doenças (FIGUEIREDO, 2007). Sua importância no ramo sanitário se deu à medida em que tais fatos impulsionaram a reivindicação de melhores condições sanitárias para resguardar a saúde dos trabalhadores, para resguardar a demanda de serviço das fábricas e para proteger também a saúde dos patrões, fazendo surgir “as primeiras tentativas de ligar a saúde à economia, reforçando a utilidade do investimento em saúde” (DALLARI; NUNES JUNIOR, p. 04, 2010).

Desse modo, à medida em que os direitos humanos e sociais, em especial a saúde, tomaram força nos debates sociais, a legislação até então positivada passou a não mais contentar as populações, tornando-as ultrapassadas. Ou seja, passou-se a transferir as reivindicações das demandas da saúde ao Estado, que assumiu para si a responsabilidade de garantir a saúde.

No entanto, para que especificamente a saúde fosse objeto Constitucional no Brasil e atingisse o *status* de direito fundamental e social, percorreu-se um longo caminho, pois nem mesmo a primeira Constituição Republicana de 1891, que trouxe consigo grandes transformações, abarcou o termo saúde. Aliás, essa omissão era uma tendência mundial, pois ninguém questionou, ao menos desde 1787 - quando surgiram as primeiras constituições escritas - sobre o fato da propriedade (e não a saúde) ocupar um lugar privilegiado na Constituição (SARLET, 2007).

Neste sentido, o Estado se mostrava muito a parte dos problemas de saúde da população, os quais eram enfrentados de maneira individual pelos indivíduos, e, em contrapartida, a propriedade sempre moveu os interesses do Estado e da comunidade em geral, justamente por se mostrar um bem desde sempre tutelado e protegido.

Desta feita, apesar de ser um bem imensamente relevante à vida humana, outros direitos foram constitucionalizados primeiro, dentre os quais, como dito, o direito à propriedade, que esteve garantido desde a primeira Constituição brasileira. Assim, ressalta-se que foi somente na Constituição de 1988 que a saúde foi elevada de forma expressa à condição de direito fundamental do homem (SILVA, 2010).

Para não cometer injustiças, vale dizer que na Constituição de 1934 houve uma referência, ainda que breve, acerca da saúde, quando a referida Carta Magna determinou que seria competência concorrente dos Estados e da União cuidar da saúde e assistência pública (BRASIL, 2011). Isso porque o Brasil também foi afetado pela ideologia do pós-guerra, em que se tinha o escopo de fundamentar e instituir um Estado Social, com inevitável repercussão no direito à saúde (SCHWARTZ; GLOECKNER, 2003).

A partir do contexto ora descrito, assumindo premissas internacionais e impulsionado pela adesão à DUDH, após movimentos sociais de reivindicação, o Brasil finalmente colocou o direito à saúde em seu devido lugar de importância no ano de 1988, com a promulgação da denominada “Constituição Cidadã”. Desse modo,

por mais que se queira advogar a causa dos adversários da constitucionalização do direito à saúde (como, de resto, dos demais direitos sociais), a nossa Constituição vigente, afinada com a evolução constitucional contemporânea e o direito internacional, não só agasalhou a saúde como bem jurídico digno de tutela constitucional, mas foi além, consagrando a saúde como direito fundamental, outorgando-lhe, de tal sorte, uma proteção jurídica diferenciada na ordem jurídico-constitucional pátria (SARLET, 2007, p. 02).

Nesse sentido, no Brasil, o direito à saúde está inscrito na conceituação mais ampla da Seguridade Social, sendo a saúde afirmada enquanto direito social universal, cabendo ao Estado garanti-la mediante políticas públicas sociais e econômicas que objetivem a redução de riscos e agravos (GIOVANELLA; FLEURY, 1996). Essa tendência de constitucionalizar o direito à saúde também foi adotada no direito comparado, como se vislumbra nas constituições da Argentina, Holanda, Portugal, Paraguai e Uruguai, por exemplo, notadamente seguindo-se a tendência internacional de proteção do direito à saúde (SARLET, 2007).

Neste contexto, no Brasil, a situação de completo descaso constitucional com o direito à saúde muda drasticamente de postura com a CF/88, pois “somente com o decorrer de 40 anos da Declaração Universal dos Direitos do Homem, nosso léxico constitucional se familiariza com norma que expressamente prevê o direito à saúde” (SCHWARTZ; GLOECKNER, 2003, p. 47). Desse modo, a fim de abranger a temática, o artigo 196 da Carta Magna determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado e que deve ser garantida por meio de políticas sociais e econômicas que reduzam o risco de doença e o acesso universal e igualitário aos serviços, para sua promoção, proteção e recuperação.

A saúde está inscrita, também, no artigo 6º da CF/88, no capítulo que trata dos direitos sociais, que por sua vez se insere no Título II da CF/88, que trata “Dos Direitos e Garantias Fundamentais”, estando seu conteúdo sujeito, também, às disposições dos §§ 1º e 2º do art. 5º da Constituição. Tal fato leva o intérprete da constituição a ter ciência de sua importância enquanto um direito, pois se encontra em uma posição de um direito social, humano e fundamental. Destarte, sendo um direito fundamental se infere a sua aplicabilidade imediata, não podendo ser negado a nenhuma pessoa, consoante dispõe o artigo 5º, § 1º, do mesmo diploma legal.

Desse modo, a partir da obrigatoriedade da saúde como um direito social e fundamental da pessoa humana, torna-se indispensável que, ao mesmo tempo, reconheça-se a existência de deveres e responsabilidades dos governos e da sociedade em geral, o que complexifica o direito, pois resulta em constantes aperfeiçoamentos. Isso implica, pois, a obrigação de o Estado estabelecer uma ordem jurídica tal, que o gozo e o exercício destes direitos fique plenamente assegurado (SODER, 1960).

Veja-se que a partir do momento em que a CF/88 determinou que a saúde é um direito de todos e que o acesso deve ser universal, ela criou uma imensidão de possibilidades até então inexistentes. Sendo a saúde um direito fundamental e social de todas as pessoas, a CF/88 também criou diversos mecanismos constitucionais que viabilizam o exercício de tal direito, como, por exemplo, dando ao direito fundamental à saúde aplicação imediata, nos termos do art. 5º, §1º da Carta Magna (DALLARI; NUNES JUNIOR, 2010).

Não se trata, pois, de apenas garantir que as pessoas não fiquem doentes, mas também de garantir que políticas sociais e econômicas promovam o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, a fim de efetivar a sua promoção, proteção e recuperação. Assim, “a saúde não se restringe mais à busca individual e passa a ter uma feição coletiva na medida em que a saúde pública passa a ser apropriada pelas coletividades como direito social, como direito coletivo, bem como alarga-se o seu conteúdo” (MORAIS, 1997, p. 188).

Como se verá a seguir, a partir do momento em que a CF/88 definiu a principal forma de proteção jurídica ao direito à saúde, estando tal direito elencado entre os direitos fundamentais inerentes à pessoa, tendo sido construído a partir de um longo processo histórico, abriu caminho para a afirmação da cidadania sanitária e consequente inclusão social.

3. O direito à saúde no contexto do Movimento de Reforma Sanitária: eis que surge um elemento de cidadania para a inclusão social

A evolução histórica até então abordada acerca do direito à saúde demonstra o caminho progressivo que vem sendo traçado para a sua positivação, especialmente no que diz respeito à consolidação constitucional da saúde e na formação de insumos para a formação de políticas públicas sanitárias. No decorrer da história, diversos atores sociais transformaram o olhar da saúde, como por exemplo Hipócrates, na antiguidade grega, a Igreja Católica, na Idade Média, ou a Revolução Industrial, já no século XVIII.

Como visto, o Brasil acompanhou a tendência internacional de valorização do direito à saúde por meio da ratificação dos documentos internacionais atinentes à matéria, notadamente a DUDH e a constituição da OMS. A partir de então, o contexto internacional se constituiu em um importante insumo para a construção de uma democracia sanitária no Brasil, passando a tomar força a partir da realidade brasileira.

O processo continuado de construção da democracia sanitária no Brasil muito se deve aos movimentos sociais que atuaram para a sua efetivação. Tais movimentos, somados à tendência internacional de proteção da saúde no século XX, podem ser percebidos ao longo dos períodos políticos que marcaram as principais conjunturas da história brasileira, com ênfase na transição democrática iniciada ao final dos anos 70, durante o governo militar.

Atendo-se à legislação sanitária específica do Brasil, evidencia-se que o país passou por diversas fases, cada uma com as suas peculiaridades próprias. Inicialmente, durante a primeira república, entre os anos de 1889 a 1930, a saúde pública era centralizada, e à frente da Diretoria Geral de Saúde Pública estava o médico Oswaldo Cruz, que organizou e implementou instituições de saúde e higiene no Brasil, adotando, também, campanhas sanitárias para combater epidemias urbanas e rurais de forma, por muitos, considerada autoritária (LUZ, 1991).

As políticas públicas dessa época eram consideradas autoritárias porque não se vislumbrava o bem-estar da população como objetivo final, mas o estabelecimento de prioridades para determinar as campanhas a serem realizadas com a finalidade de proteger o modelo econômico então vigente (YIDA, 1994). Desse modo, houve revoltas como a da

vacina, ocorrida em 1904 no estado Rio de Janeiro³, na qual a população se insurgia contra a imunização de doenças por meio da vacinação obrigatória, quando o objetivo era a imunização para controlar doenças, especialmente nas classes operárias, a fim de não prejudicar a produção.

Desse modo, à época, as propostas de políticas de saúde se concentravam nos efeitos negativos do quadro sanitário existente no Brasil (ausência de doenças), o qual, para ser superado, dependia da construção de uma consciência de que a nação precisava de políticas públicas de saúde, até então praticamente inexistentes. Ou seja, “as políticas de saúde – cujo início efetivo pode ser apontado em fins da década de 1910 – encontravam-se associadas aos problemas da integração nacional e à consciência da interdependência gerada pelas doenças transmissíveis” (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005, p. 32), o que só foi possível a partir do fortalecimento da autoridade do Estado.

O modelo campanhista da primeira república foi a base das políticas públicas desenvolvidas no Brasil até os anos 30, caracterizando-se por uma forte interferência dos profissionais médicos e em uma estrutura centralizada no governo federal, afastando, por sua vez, a participação popular das decisões de ordem sanitária.

O período seguinte, iniciado a partir do estado populista em 1930, é marcado pela criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAPS, criados por Getúlio Vargas. Tais institutos objetivavam favorecer os trabalhadores urbanos mais sindicalizados e mais fundamentais para a economia, tais como ferroviários, bancários e funcionários públicos (LUZ, 1991), estando a responsabilidade de sua manutenção “entre as atribuições destes institutos, se bem que, como função secundária e com restrições quanto à participação percentual de seus custos no conjunto dos gastos, embora tenha sido introduzida a participação do Estado no financiamento dos mesmos” (GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p. 178). Nesse contexto,

desde o início, a implantação dos programas e serviços de auxílios e de atenção médica foi impregnada de práticas clientelistas, típicas do regime populista que

³ Um fator impulsionador da revolta da vacina foi a divulgação, em 09 de novembro de 1904, do plano de vacinação obrigatória contra a varíola. A obrigatoriedade foi discutida no Poder Legislativo e tomou força na imprensa brasileira, tendo como principal argumento do governo a proteção da saúde pública, uma vez que de janeiro a junho de 1904 o Brasil já tinha registrado 1800 internações no Hospital de Isolamento São Sebastião, no Rio de Janeiro, com um total anual de óbitos de 4201; a oposição e a população em geral acreditava, por sua vez, que os métodos de execução da política pública eram truculentos, e que o antídoto era pouco eficaz, defendendo a liberdade de vacinação (SEVSENKO, 1993).

caracterizou a Era Vargas. Tais práticas se ancoraram também nos sindicatos de trabalhadores, nos quais ajudaram a criar normas administrativas e políticas de pessoal adequadas a estratégias de cooptação das elites sindicais 'simpatizantes' e de exclusão das discordantes, alçando aquelas à direção das instituições e à gestão dos programas governamentais (LUZ, 1991, p. 79).

Desse modo, na primeira metade do século XX, a saúde pública era caracterizada por um modelo sanitário centralizador, vertical e autoritário, ao passo que, sob a ótica das instituições de previdência social, poderia ser considerado populista e paternalista.

O período seguinte, a partir dos anos 1950, foi marcado pela tentativa de implantar um projeto de desenvolvimento econômico moderno e pela crise do regime populista em 1960. Desse modo, os serviços públicos de saúde passaram a ser conhecidos pela “justaposição, repetição, incompetência e ineficiência reinantes nos programas e serviços de saúde”, problemas tais que foram atacados “com mais programas, serviços e campanhas, que finalmente redundaram no aumento e na reprodução da dicotomia saúde pública *versus* atenção médica individual” (LUZ, 1991, p. 80).

Por conseguinte, o período do estado militarista, a partir de 1964, foi então marcado pela ditadura militar e por um governo que reorganizou a estrutura sanitária campanhista oriunda da Primeira República e o modelo de atenção médica previdenciária do período populista. Neste período, intensificou-se a privatização dos serviços de saúde e a valorização da medicalização social, por meio da concentração e centralização do poder (LUZ, 1991).

A ditadura militar foi um tempo muito próspero para os meios privados de assistência médica, que foram muito bem fomentados pelo Estado por meio da privatização dos serviços de saúde. Ou seja, havia uma nítida preferência estatal pela prestação privada dos serviços de saúde. Em outras palavras, alterou-se o modelo até então vigente por um modelo privatista, excludente e individualista, consolidando-se, na década de 70,

um modelo de assistência à saúde fundado em ações individuais médico-hospitalares, no privilegiamento da contratação do setor privado, através da assistência médica previdenciária e no descuramento das ações de saúde pública, registrando um padrão de intervenção estatal de caráter privatista e excludente (GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p. 179)

Desse modo, sendo objeto de lucro, durante o referido período a saúde não era considerada um direito social e não tinha acesso universal. Havia, por outro lado, a falsa ideia de desenvolvimento do ponto de vista econômico, que logo começou a perder força em razão

do aumento da miséria. Isto porque as populações excluídas dos frutos do desenvolvimento provocado pelo governo militar eram submetidas a um modelo de atenção à saúde privatista curativo, com bases no modelo hospitalocêntrico, com suas práticas médicas centradas e curativas, de baixa eficácia, que acabava por não atender às necessidades de atenção médica, de prevenção de doenças e de promoção da saúde (CARVALHO; WESTPHAL; LIMA, s.d.).

Denota-se, nesse sentido, que os cuidados com a saúde não priorizavam a participação popular, não eram universais, e as parcas políticas públicas ligadas a área eram ditadas de maneira impositiva pelo governo. Assim, consequência do “milagre econômico” criado pelos militares, a saúde passou a ser considerada como um fator de produtividade e de investimento econômico, um elemento individual, e não como um fenômeno coletivo (COSTA; RODRIGUES, 2013).

No entanto, a insatisfação social com a maneira com que a saúde estava sendo tratada aumentava cada vez mais, fato que provocou uma gradativa mudança do cenário. A partir da organização de diversos setores atuantes na área da saúde, que por meio de mobilizações e conferências deram origem ao denominado “Movimento Sanitário” (ou Movimento de Reforma Sanitária), como instrumento de redemocratização do sistema de saúde vigente (GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

Com efeito, o movimento da Reforma Sanitária foi um importante passo social para a afirmação do direito à saúde no Brasil, pois seu maior objetivo foi articular a dimensão social ao conceito de saúde. Fomentado por movimentos sociais, profissionais de saúde, partidos políticos, universidades, instituições de saúde e políticos, especialmente parlamentares, teve início em meados da década de 1970 e se tornou um marco na transformação dos serviços de saúde, que influenciou na qualidade de vida e no desenvolvimento social do país.

O Movimento de Reforma Sanitária foi um forte instrumento de questionamento do modelo vigente, defendendo um ponto de vista oposto ao escolhido pela ditadura militar, que sustentava uma

conceitualização da saúde ampliada, relacionada às condições gerais de vida como moradia, saneamento, alimentação, condições de trabalho, educação, lazer. A saúde, neste sentido é definida como um direito do cidadão e, consequentemente, um dever do Estado. Ou seja, os cuidados à saúde ultrapassam o atendimento à doença para se estenderem também à prevenção e à melhoria das condições de vida geradoras de doenças (GERSCHMAN e VIANA, 2004, p. 55).

Por meio da atuação do movimento sanitário, o atual sistema de saúde pública do Brasil, o Sistema Único de Saúde - SUS, teve seu ideário de saúde baseado em questões que vão além da simples ausência de doença, resultando na promoção da justiça social, da universalização e promoção da equidade. Isso porque, finalmente, reconheceu-se que as condições de vida interferem diretamente na produção da saúde, associando pobreza e injustiça com doença, morte e degradação da dignidade humana, e, sem dúvidas, reconheceu-se também que a saúde é um elemento para o desenvolvimento econômico.

O Movimento de Reforma Sanitária transformou o conceito de saúde, pois assumiu uma inovadora perspectiva de concepção de saúde e de organização dos serviços de saúde. Um dos momentos de maior destaque para o movimento foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida de 17 a 21 de março de 1986, que contou com a presença de mais de quatro mil participantes, “materializando-se nos textos, debates, mesas-redondas, trabalhos de grupos e seus relatórios” (BRASIL, 1986, p. 01), resultando as suas conclusões na incorporação constitucional das principais diretrizes debatidas no encontro.

Discutindo temas como saúde como direito, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial, a VIII Conferência Nacional de Saúde resultou em diversos avanços na área, os quais,

nessa esteira, os princípios norteadores da Reforma Sanitária proposta pela VIII Conferência Nacional de Saúde podem ser sintetizadas da seguinte forma: (1) direito à saúde e à universalidade da assistência; (2) descentralização, sob comando único em cada esfera do governo; (3) hierarquização e regionalização do sistema; (4) integralidade na assistência; e (5) participação social na gestão comunitária (COSTA, RODRIGUES, 2013, p. 06-07).

A partir dos princípios formulados na VIII Conferência Nacional de Saúde, a constitucionalização do direito à saúde e a criação do SUS puseram fim, em pouco tempo, a figura iníqua dos indigentes sanitários, promovendo a integração do INAMPS ao sistema público único e universal de saúde, pois até então só tinha acesso ao sistema de saúde quem trabalhava com carteira assinada.

Os avanços ocasionados pelo movimento da Reforma Sanitária representam uma possibilidade de desenvolvimento e possuem uma dimensão de superação da exclusão social, já que, em um período anterior, a assistência à saúde excluía cidadãos que não fossem segurados pela Previdência Social. Isso porque a instituição de saúde passou a ser vista como “direito de cidadania e dever do Estado” (GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p. 180).

Neste sentido, o ponto alto do reconhecimento do direito à saúde como um direito social, humano, universal e fundamental no Brasil foi a sua expressa condição na CF/88, que lhe concedeu um inegável papel de importância no rol de direitos constitucionais. É possível visualizarmos, desta forma, a consciência de cidadania associada a afirmação do direito à saúde expressa na Constituição, e é nesse patamar que se encontra o direito à saúde, o qual deve ser assegurado de forma igualitária a todas as pessoas (DALLARI, 1985), na mais pura expressão de cidadania e inclusão social.

Cidadania, em matéria de saúde, até então nunca presenciada no Brasil, pois somente a partir da Constituição Federal de 1988 que é possível alçar a saúde como um dos importantes elementos da cidadania, como um direito à promoção da vida das pessoas, pois direito à saúde é direito à vida (MORAIS, 1997). Desse modo, a importância de uma cidadania sanitária ganha relevância quando se volta o olhar ao passado e se percebe toda a trajetória percorrida por este direito para tornar-se um elemento de exercício de cidadania e de inclusão social, sendo reconhecido como tal também em nível internacional, especificamente no art. 25 da DUDH (SCHWARTZ; GLOECKNER, 2003).

A importância da cidadania no meio sanitário é de grande relevância pois o conceito de cidadania está intimamente ligado ao conceito de participação integral do indivíduo na comunidade, ainda que muitas vezes dentro de uma realidade de desigualdade econômica e social. A cidadania, desta forma, é fruto de uma construção histórica que resultou na luta por espaços políticos na sociedade a partir da autonomia de cada sujeito, promovendo inclusão social.

Inegável que a cidadania também tem relação direta com o sentimento de pertencimento integral e participativo do sujeito como membro de uma comunidade política, pois naturalmente se constitui através da valorização do indivíduo. Neste contexto, a constituição de uma identidade cidadã tomou força quando o Estado de direito passou a ser visto como garantidor dos direitos de cidadania civil. A partir deste viés, a efetividade as políticas públicas promovidas pelo Estado passam a assumir um papel fundamental a fim de assegurar a cidadania, nos termos da CF/88.

Desde a constitucionalização do direito à saúde em 1988, é possível afirmar que também está sendo feita justiça social, visto que o sistema de saúde não mais admite exclusões e não mais é direcionado unicamente aos trabalhadores com carteira assinada,

sendo o acesso irrestrito um direito de todos e dever do Estado. Desse modo, “o papel das políticas públicas de saúde na formação das noções de cidadania, na construção dos Estados Nacionais e das burocracias públicas e nas mudanças nas relações entre Estado e sociedade tem sido crescentemente reconhecido” (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005, p. 27).

Da forma como dispostas na Constituição Federal de 1988, as políticas públicas de saúde e o SUS conduzem também à justiça social, tendo em vista os consagrados princípios da universalidade, descentralização, promoção da saúde, entre outros. Significa dizer que

as políticas sociais, e portanto também as políticas de saúde, estão comprometidas com promover, quando geridas pelo Estado, a justiça social. Isso porque, como já visto, é por meio delas que o Estado lança mão dos instrumentos que são seu monopólio para redistribuir, segundo critérios e parâmetros negociados socialmente, as riquezas da sociedade, sociedade esta composta, nas realidades capitalistas, por grupos, segmentos e classes sociais altamente desiguais entre si (COHN, 2012, p. 230).

Nesse sentido, o direito à saúde no Brasil é um importante elemento de cidadania, uma vez que reduz a desigualdade social a partir do acesso igualitário e universal aos serviços prestados pelo Estado. Tal fato se deve em grande parte a atuação dos movimentos sociais que impulsionaram a reforma sanitária, os quais, cientes da desigualdade existente, movimentaram-se para transformar a forma como era realizada a distribuição dos serviços de saúde pública, tornando o direito à saúde fundamental para a cidadania, pois tem o finco de abranger a toda a população indistintamente, sendo que, da maneira como elencado na CF/88, torna-se um grande e importante elemento de inclusão social (COHN, 2012).

Portanto, vislumbra-se que a amplitude do direito à saúde no Brasil vai desde a face individual do direito subjetivo para a cura de doenças, até a constatação da necessidade de o Estado garantir um nível de vida da população - promovendo, desta forma, a dignidade da pessoa humana por meio de aspectos promocionais do direito à saúde. A consciência dessa amplitude é que implica na análise da positivação do direito à saúde no Brasil.

Considerações finais

Desde o início do século passado o Brasil tinha um modelo de atenção sanitária que priorizava ações de cura e controle de doenças contagiosas. O objetivo dos serviços de saúde era, inicialmente, o controle de epidemias e a manutenção da mão de obra sadia. Com o

passar do tempo, os serviços de saúde passaram a significar uma garantia destinada exclusivamente aos trabalhadores formalmente registrados e a seus dependentes, sem ser um direito constitucionalmente estabelecido.

A partir da ascensão dos direitos humanos, somada a insatisfação social frente ao sistema de saúde excludente e biomédico vigente, a inexistência de uma saúde pública de qualidade e universal passou a ser fortemente questionada. Exigia-se do Estado uma saúde pública que envolvesse toda a população de forma integral e universal, além de delegar aos tutelados uma parcela do poder de participação na execução do sistema.

Tais condições foram atendidas com a constitucionalização do direito à saúde em 1988, momento em que houve a sua elevação ao *status* de direito fundamental, social e humano. Instituiu-se, a partir de então, o Sistema Único de Saúde, um sinônimo de conquista social, e que deveria ser fomentado pelo Estado por meio de políticas públicas e serviços que objetivassem a promoção, a proteção e a recuperação da saúde.

Hoje, percebe-se que não basta que o sistema esteja formalmente disposto na Constituição e nas leis para que funcione plenamente – é necessário que o Estado expresse a sua vontade e corresponda aos objetivos do SUS por meio de políticas públicas específicas, dentre as quais, políticas que atuem para a manutenção do bem-estar e qualidade de vida.

Não se trata, aqui, de se chegar a uma conclusão. Trata-se de demonstrar o fato de que o direito à saúde necessitou percorrer um longo percurso histórico até chegar ao patamar em que se encontra atualmente, razão pela qual é preciso que o Estado atue de forma proativa para o resguardo de tal direito.

Essa atuação estatal constitui-se como um dever, e pressupõe ações que viabilizem a fruição do direito à saúde em seu sentido amplo – por meio da preservação da saúde, e também em sentido estrito – por meio do fornecimento de serviços e bens materiais aos tutelados. O que se observa, portanto, é a necessidade de maior valorização na atuação do Estado em sentido amplo, através das atividades de promoção da saúde e que correspondem aos pressupostos do sistema de saúde pública.

A atuação em sentido amplo conforta o conceito ampliado de saúde trazido pela Organização Mundial da Saúde, abrangendo atividades que atuam para impedir que o direito à saúde seja lesado, mantendo a saúde. Esse é um grande propósito do SUS, que, mais do que serviços de clínica médica, tem o dever de promover políticas públicas de promoção da saúde

a fim de proporcionar o acesso das pessoas a fatores que também são determinantes à saúde e que são essenciais a vida. Enquanto política de Estado, o SUS deve responder às necessidades sociais, especialmente para melhorar a condição de saúde da população.

Mesmo após a luta histórica patrocinada pelos movimentos sociais, destacando-se o Movimento de Reforma Sanitária, para a afirmação e construção do SUS, ainda é preciso fortalecê-lo para impedir violações ao direito à saúde, pois o exercício desse direito tem impacto direto sobre os direitos fundamentais e humanos – em sendo negadas as condições sanitárias mínimas para a manutenção da saúde e qualidade de vida, todos os direitos interligados à saúde estão expostos ao risco, comprometendo o efetivo exercício da cidadania e a inclusão social.

A saúde, enquanto um direito reconhecido constitucionalmente, aproxima-se dos demais direitos fundamentais e humanos, motivo pelo qual deve ser valorizado e aperfeiçoado constantemente. O Brasil, por sua vez, é um Estado que possui todos os insumos teóricos e normativos para essa valorização, razão pela qual necessita fortalecer o SUS continuamente, como sinônimo de reconhecimento de direitos que de fato consolidem o exercício pleno da cidadania, promovendo e garantindo a inclusão social através da proteção à saúde como um direito de todos e para todos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Elisabeth Nogueira de; ANDRADE, Edson de Oliveira. O SUS e o direito à saúde do brasileiro: leitura de seus princípios, com ênfase na universalidade da cobertura. **Revista Bioética**. 2010.

ALMEIDA, Fernando Barcellos de. **Teoria geral dos direitos humanos**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 1996.

BERLINGUER. **A doença**. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. 17 a 21 de março de 1986. Relatório final. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em 15 jan.2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação estruturante do SUS**. Brasília: CONASS, 2011.

CARVALHO, Antonio Ivo de; WESTPHAL, Vera Lucia; LIMA, Vera Lucia Pereira. **Histórico da promoção da saúde no Brasil**. Disponível em: <

file:///C:/Users/MariaCristina/Downloads/historico_promocao_saude_brasil%20(1).pdf>.
Acesso em: 12 dez.2019.

COHN, Amélia. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: **Tratado de Saúde Coletiva**/Gastão Wagner de Souza Campos ... [et al.] 2ª ed. rev. aum – São Paulo: Hucitec, 2012.

COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 7ª edição, revista e atualizada. São Paulo: Editora Saraiva, 2010.

COSTA, Marli Marlene; RODRIGUES, Hugo. O controle social da política pública de saúde: considerações sobre o conselho nacional de saúde. In: **Direito e políticas públicas, VIII**. Curitiba: Multidea, 2013.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Viver em sociedade**. São Paulo: Moderna Ltda, 1985.

DALLARI, Sueli Gandolfi; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **Direito sanitário**. São Paulo: Editora Verbatim, 2010.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O Direito à Saúde. In: **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, n.22, p. 327-34, 1988.

DECLARAÇÃO Universal dos Direitos Humanos. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm>. Acesso em 22.dez.2019.

ELIAS, Norbert. **A solidão dos moribundos, seguido de, Envelhecer e morrer**. Tradução, Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Direito fundamental à saúde**: parâmetros para sua eficácia e efetividade. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2007.

GIOVANELLA, Ligia; FLEURY, Sonia. Universalidade da atenção à saúde: Acesso como categoria de análise. **Política de saúde**: o público e o privado. Org. Catarina Eibenschutz. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

GERSCHMAN, Silvia; VIANA, Ana Luiza. Descentralização e desigualdades regionais em tempos de hegemonia liberal. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho. **Saúde e democracia**: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

GUSMÃO, Sebastião. **História da medicina**: evolução e importância. GUSMÃO, Sebastião Silva, and R. Padre Rolim. "História da medicina: evolução e importância." *Jornal Brasileiro de Neurocirurgia*, Porto Alegre 15 (2004): 5-10 Disponível em: < http://www.museu-emigrantes.org/docs/conhecimento/Historia_da_medicina.pdf>. Acesso em: 13 jun 2019.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Organizado por: Nísia Trindade Lima, Silvia Gerschman e Flavio Coelho Edler. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

LUZ, Madel Therezinha. As conferências nacionais de saúde e as políticas de saúde na década de 80. In: Guimarães, R. & Tavares. (Orgs.). **Saúde e sociedade no Brasil nos anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará/Abrasco/IMS-UERJ, 1991.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde. In: **Tratado de Saúde Coletiva**/Gastão Wagner de Souza Campos ... [et al.] 2ª ed. rev. aum – São Paulo: Hucitec, 2012.

MORAIS, Jose Luis Bolzan de. **Do direito social aos interesses transindividuais: O Estado e o direito na ordem contemporânea**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1997.

PES, João Hélio Ferreira. **A constitucionalização de direitos humanos elencados em tratados**. Ijuí: Editora Unijui, 2010.

RIGOLDI, Vivianne; MACHADO, Edinilson Donisete. **A tutela jurisdicional da saúde sob o enfoque do princípio da igualdade**. CONPEDI Disponível em <<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=5ee3d718e484b7fe>> . Acesso em 14 jun 2019.

ROCHA, Julio César de Sá da. **Direito da saúde: direito sanitário na perspectiva dos interesses difusos e coletivos**. São Paulo: LTr, 1999.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Ltda., 2002.

SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno da eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. **Revista eletrônica sobre a reforma do Estado**. Número 11, set./nov., Salvador, 2007.

SCLIAR, Moacyr. **História do conceito de saúde**. In: Physis. v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <<https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt&q=hist%C3%B3ria+do+conceito+de+sa%C3%BAdade&btnG=&lr=>>>. Acesso em: 27 mai 2019.

SCHWARTZ. Germano André Doederlein. **Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SCHWARTZ. Germano André Doederlein; GLOECKNER, Ricardo Jacobsen. **A tutela antecipada no direito à saúde**. Porto Alegre: Fabris, 2003.

SEVCENKO, Nicolau. **A revolta da vacina: mentes insanas em corpos rebeldes**. São Paulo: Scipione, 1993

SILVA, Jacqueline Maria Cavalcante da. **Políticas públicas como instrumento de inclusão social**. In: Prismas: Dir., Pol. Publ. e Mundial., Brasília, v. 7, n. 2, p. 161-211, jul./dez. 2010.

SODER, José. **Direitos do Homem**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1960.

STURZA, Janaína Machado; ROSA, Andréia Cristina. **Limites e possibilidades para assegurar o direito à saúde ao paciente oncológico**: estudo de caso acerca das decisões do tribunal de justiça do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em <D:/Meus%20Documentos/Downloads/566-7341-1-PB.pdf>. Acesso em 02 jul 2019.

YIDA, Massako. **Cem anos de saúde pública (a cidadania negada)**. São Paulo: Unesp, 1994.

Submetido em 17.04.2020

Aceito em 12.01.2021