

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO – UPF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM DIREITO – PPG
CURSO DE MESTRADO EM DIREITO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: JURISDIÇÃO CONSTITUCIONAL E DEMOCRACIA

HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL:
outra solução possível

KELLY FRANCINE DREON PSZEBISZESKI

Passo Fundo, dezembro 2018

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO – UPF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM DIREITO – PPG
CURSO DE MESTRADO EM DIREITO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: JURISDIÇÃO CONSTITUCIONAL E DEMOCRACIA

**HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL:
outra solução possível**

KELLY FRANCINE DREON PSZEBISZESKI

Dissertação submetida ao Curso de Mestrado em Direito da Universidade de Passo Fundo - UPF, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Direito.

Orientador: Professor Doutor Liton Lanes Pilau Sobrinho

Passo Fundo, dezembro 2018

AGRADECIMENTOS

Ao meu esposo Renan, por estar ao meu lado nesta trajetória, auxiliando, incentivando e apoiando em todos os momentos. Sei que foram muitas etapas carregadas de angústia, nervosismo e até mesmo ausência e seu amor e apoio foram imprescindíveis para que este objetivo pudesse ser concretizado.

Aos meus pais Vilmo e Rita por, juntamente com meu esposo, não permitirem que eu desistisse deste sonho mesmo em dias de profunda aflição.

Às minhas amadas filhas pela compreensão. Maria Valentina, por entender e aceitar a ausência da mamãe nestes dois anos e à Maria Eduarda por dentro da barriga acompanhar este último semestre de estudos. Foram dois anos intensos de aprendizado, acompanhado de nervosismo e exaustão.

Aos professores, por todos os ensinamentos transmitidos.

Ao meu orientador Liton Lanes Pilau Sobrinho, em especial, pelas oportunidades apresentadas durante o mestrado e pelo apoio, pela tranquilidade e serenidade passadas durante estes dois anos de estudo.

À colega Petra Fiorin Fracaro pela amizade e troca de experiências neste percurso de estudos.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu esposo Renan e a minhas amadas filhas Maria Valentina e Maria Eduarda. Vocês são minha fonte de amor e dedicação. O resultado deste estudo é por vocês e para vocês.

TERMO DE ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declaro, para todos os fins de direito, que assumo total responsabilidade pelo aporte ideológico conferido ao presente trabalho, isentando a Universidade de Passo Fundo, a Coordenação do Curso de Mestrado em Direito, a Banca Examinadora e o Orientador de toda e qualquer responsabilidade acerca deste estudo.

Passo Fundo-RS, mês e ano.

Kelly Francine Dreon Pszebiszeski
Mestranda

PÁGINA DE APROVAÇÃO
(A SER ENTREGUE PELA SECRETARIA DO PPG-UPF)

ROL DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CF/88	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
ONU	Organização das Nações Unidas
SUS	Sistema Único de Saúde

ROL DE CATEGORIAS

Direitos fundamentais: principal garantia que os cidadãos têm em um estado de direito, de que o sistema jurídico e político no todo será orientado para o respeito e a promoção da pessoa humana, em sua dimensão individual, ou conjugando isso com a exigência do corolário solidariedade, componente social e coletivo da vida humana. Esses direitos representam a norma constitucional como um conjunto de valores objetivos básicos e também como marco de proteção de situações jurídicas subjetivas.¹

Direitos humanos: direitos inerentes a todos os seres humanos, independentemente de raça, sexo, nacionalidade, etnia, idioma, religião ou qualquer outra condição.²

Humanização: valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde, oportunizando uma maior autonomia e ampliando a capacidade de transformar a realidade em que vivem, por meio da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde.³

Saúde: direito individual do cidadão de ter completo bem-estar físico e mental.⁴

Sistema Único de Saúde: rede regionalizada e hierarquizada que integra ações e serviços públicos de saúde, os quais constituem um sistema único, cujas características estão traçadas na Constituição Federal de 1988.⁵

¹ PÉREZ LUÑO, Antonio Enrique. **Los derechos fundamentales**. 11 ed. Tecnos: Madrid, 2013. p. 16.

² ONU. Organização das Nações Unidas. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/conheca/>. Acesso em: 20 fev. 2019.

³ BRASIL. **Humaniza SUS**. Política nacional de humanização. Brasília: Ministério da Saúde. p. 01. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/projeto-lean-nas-emergencias/693-acoese-programas/40038-humanizasus>. Acesso em: 05 jan. 2019.

⁴ PILAU SOBRINHO, Liton Lanes. **Direito à saúde: uma perspectiva constitucionalista**. Passo Fundo: UPF, 2003. p. 127.

⁵ WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e federação na constituição brasileira**. Lumen Juris: Rio de Janeiro, 2004. p. 149.

SUMÁRIO

RESUMO	9
RESUMEN	10
INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1: A SAÚDE COMO DIREITO HUMANO	14
1.1 DIREITOS FUNDAMENTAIS E O DIREITO À SAÚDE	14
1.2 O QUE SÃO DIREITOS HUMANOS.....	29
1.3 A SAÚDE E OS DIREITOS HUMANOS NO PLANO INTERNACIONAL	36
CAPÍTULO 2: FUNÇÃO SOCIAL PROTETIVA DO DIREITO À SAÚDE POR MEIO DA CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA DE 1988	44
2.1 CONCEITO DE SAÚDE	44
2.2 PERSPECTIVA CONSTITUCIONAL DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL..	50
2.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, PRINCÍPIOS E ATRIBUTOS.....	57
CAPÍTULO 3: GESTÃO DA SAÚDE	69
3.1 GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	69
3.2 HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE.....	78
3.3 IMPLEMENTAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE.....	87
CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIAS DAS FONTES CITADAS.....	102

RESUMO

A presente dissertação está inserida na linha de pesquisa: Jurisdição Constitucional e Democracia. A Constituição Federal de 1988 reconhece a saúde como um direito social fundamental de todo o ser humano e exige que o Estado forneça as condições necessárias para a promoção de ações que visem à qualificação da saúde no Brasil. Assumindo-se que a saúde é dever do Estado, com o intuito de cumprir esse importante objetivo, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) que busca suprir as necessidades de cada território, efetivando esse direito e implementando políticas públicas que viabilizem o cumprimento desse dever. Porém, no momento atual, a área da saúde passa por dificuldades na prestação de seus serviços, manifestadas na falta de qualidade nos atendimentos, na desvalorização do ser humano e dos próprios profissionais para o exercício correto de suas funções, causando a insatisfação de todos os indivíduos que dependem do SUS. Com base no reconhecimento desse contexto, o presente estudo aborda a humanização como forma de implementar políticas sociais baseadas na promoção, na proteção e na prevenção, a fim de efetivar, na área da saúde, a interação humanizada, digna, solidária e acolhedora somada aos direitos fundamentais previstos na Constituição Federal de 1988.

Palavras-chave: Direitos Fundamentais. Direitos Humanos. Humanização. Saúde.

RESUMEN

La presente Disertación está inserta en la línea de investigación: Jurisdicción Constitucional y Democracia. La Constitución Federal de 1988 reconoce la salud como un derecho social fundamental de todo ser humano y exige que el Estado proporcione las condiciones necesarias para la promoción de acciones que apunte a la calificación de la salud en Brasil. Así, ya que es un deber del Estado cumplir ese importante objetivo fue creado el Sistema Único de Salud que busca suplir las necesidades de cada territorio efectuando tales derechos e implementando políticas públicas. Sin embargo, en el momento actual el área de la salud pasa por dificultades en la prestación de sus servicios, como la falta de calidad en las atenciones, la desvalorización del ser humano y de los propios profesionales para el ejercicio correcto de sus funciones, causando la insatisfacción de todos los individuos que dependen del SUS, por lo que el presente estudio aborda la humanización como forma de implementar políticas sociales basadas en la promoción, protección y prevención de la salud, a fin de hacer efectiva la interacción humanizada, digna, solidaria y acogedora derechos fundamentales previstos en la Constitución Federal de 1988.

Palabras clave: Derechos Fundamentales, Derechos Humanos, Humanización, Salud.

INTRODUÇÃO

O objetivo institucional da presente dissertação é a obtenção do título de Mestre em Direito pelo Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade de Passo Fundo (UPF).

O seu objetivo científico é abordar a origem, o conceito, os princípios e a normatização da saúde no Brasil para, em seguida, tratar da humanização como forma de concretização dos valores básicos universais fundados principalmente no respeito à dignidade da pessoa humana, os quais estão consagrados pela Constituição Federal de 1988.

Nesse sentido, tendo por base o entendimento de que o cidadão deve ser tratado com dignidade, parte-se da ideia de que a implementação de políticas sociais na saúde pode garantir aos cidadãos o acesso à saúde com qualidade e eficiência.

Assim, para o presente estudo interessa compreender o que o texto da Constituição Federal de 1988 buscou garantir a todos quando inseriu a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, analisando precipuamente a humanização nas práticas da saúde. Isso acontece como forma de efetivação desse direito, posto que, a saúde é o resultado da harmonia existente entre a pessoa e seus entornos social, cultural e religioso e a doença, por sua vez, não tem origem na pessoa, mas na falta de algum desses elementos, a qual causa prejuízos ao indivíduo.

Por isso, a hipótese que se apresenta é de que a implementação de políticas sociais por meio de uma gestão eficiente da saúde pela administração pública é capaz de garantir aos cidadãos acesso aos meios de promoção, proteção e prevenção da saúde com observância aos princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde, alcançando, assim, melhor qualidade na prestação dos serviços. Além disso, tem-se que a humanização da saúde poderia vir a ser implementada como forma de melhora de tais políticas pela administração.

Assim, o resultado do trabalho de exame das hipóteses está exposto na presente dissertação, de forma sintetizada, ou seja, o primeiro capítulo apresenta a questão da saúde como direito humano. Numa breve abordagem, expõe-se a evolução histórica do surgimento dos direitos fundamentais, iniciando o estudo sobre

o direito à saúde na concepção brasileira. Logo, passa-se à análise da conceituação dos direitos humanos e da saúde no direito internacional.

O segundo capítulo traz como objeto a função social protetiva dada pela Constituição Federal de 1988 ao direito à saúde na perspectiva brasileira. Nesse capítulo, é apresentado o conceito de saúde, reconhecendo-se que esse não apresenta uma definição taxativa, mas, sim, uma predefinição sujeita a discussões conceituais controversas. É realizada, ainda, uma análise da perspectiva constitucional do direito à saúde na Constituição Pátria.

Diante dessas definições em que se evidenciará o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, tem-se que, para cumprir esse importante objetivo, a Constituição Federal criou o Sistema Único de Saúde, exposto ainda no segundo capítulo com sua delimitação conceitual, seus princípios e atributos.

O terceiro e último capítulo dedica-se a estudar a humanização e a esclarecer como é organizada a gestão da saúde pública no Brasil, desde a sistemática de relacionamento dos entes políticos, econômicos e sociais até a responsabilidade para gerir cada setor, território ou comunidade.

Analisa-se a humanização da saúde como uma possibilidade para a busca de melhor eficiência e qualidade dos serviços prestados nessa área, assim como de que forma ela pode ser implementada nos serviços públicos de saúde.

Nesse capítulo, são apontados fatores que concorrem para a desumanização hospitalar, que é justamente a ausência de comunicação entre médico e paciente, além do excesso de tecnologia na rotina médica. Diante disso, é analisado se a implementação da humanização nos serviços públicos de saúde seria uma medida satisfatória para a população brasileira devido à importância da atenção básica como garantidora na implementação dessas políticas.

O presente relatório de pesquisa se encerra com as Considerações Finais, nas quais são apresentados aspectos destacados da dissertação, seguidos de estimulação à continuidade dos estudos e das reflexões sobre a humanização da saúde no Brasil.

O Relatório dos Resultados expresso na presente dissertação é composto na base lógica indutiva⁶, uma vez que partiu da premissa geral da ideia da humanização na saúde brasileira, e buscou, a partir daí, identificar as partes desse fenômeno de modo que pudessem sustentar a proposição afirmada, questionando, por fim, se práticas humanizadas seriam capazes de modificar essa realidade, aproximando-se do ideal da dignidade da pessoa humana previsto na constituição, assim como dos princípios e das diretrizes definidos pelo Sistema Único de Saúde.

Nesta dissertação, as categorias e os seus conceitos operacionais são apresentados em glossário inicial.

⁶ Ver: PASOLD, Cesar Luiz. **Metodologia da pesquisa jurídica**: teoria e prática. 13. ed. Florianópolis: Conceito Editorial, 2015. p. 91.

CAPÍTULO 1

A SAÚDE COMO DIREITO HUMANO

1.1 DIREITOS FUNDAMENTAIS E O DIREITO À SAÚDE

No Brasil, a concepção de um sistema público de saúde encontra-se inserida no contexto de constituição de um Estado social. Diante disso, se mostra necessário uma análise das principais linhas desta configuração de Estado.⁷

Assim, tem-se que o Estado moderno (europeu), fruto da unificação territorial pós-feudalismo, surge como Estado estamental. Nesse Estado, há uma espécie de pacto entre o rei e determinados grupos sociais (os estamentos: nobreza, clero, corporações), que gozam de privilégios e regalias e que conduzem o Estado como um bem próprio. Todavia, paulatinamente, acontece o fortalecimento da figura do monarca e da unificação do poder em suas mãos, o que caracteriza o surgimento do Estado absoluto ou Estado de polícia. Esse Estado passa a ser concebido como instrumento do rei para a obtenção de interesse público.⁸

Assim, tem-se que “o Estado Moderno nasceu absolutista e durante alguns séculos todos os defeitos e virtudes do monarca absoluto foram confundidos com as qualidades do Estado”.⁹

Nessa fase clássica, compreendida entre a antiguidade clássica até o século XVI, já havia um sentimento embrionário de direito individual, principalmente de cidadania, onde o cidadão ateniense possuía participação política ativa, entretanto, não havia a noção de Estado de Direito, pois se vivia em um Estado totalitário. Nessa fase, a doutrina católica foi importante, como embrião dos direitos fundamentais, uma

⁷ WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e federação na constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004. p. 109.

⁸ WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e federação na constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004. p. 109.

⁹ DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos de teoria geral do estado**. 30 ed. São Paulo: Saraiva, 2011.30 ed. São Paulo: Saraiva, 2011. p. 271.

vez que os homens passaram a pleitear o direito à opção por uma religião, concretizando, assim, o direito à liberdade individual.¹⁰

Entretanto, o crescimento econômico da burguesia e sua inexpressividade política no âmbito do Estado absoluto acabam por criar o ambiente para o advento do Estado constitucional.¹¹

Nessa fase, iniciada a partir do século XVII, originou-se a teorização acerca de direitos, fundada no pensamento e sem origem divina. A partir daí surgiram as doutrinas de que o homem, antes da organização social, vivia no estado da natureza, de liberdade plena, abrindo parte de sua liberdade para a formação do Estado.¹²

É com o nascimento do Estado de direito que ocorre a passagem final do ponto de vista do príncipe para o ponto de vista dos cidadãos. No Estado despótico, os indivíduos singulares só tem deveres e não direitos. No Estado absoluto, os indivíduos possuem, em relação ao soberano, direitos privados. No Estado de direito, o indivíduo tem, em face do Estado, não só direitos privados, mas também direitos públicos. O Estado de direito é o Estado dos cidadãos.¹³

Esse Estado tem sua origem na Idade Média, nas lutas contra o absolutismo. Nasce “como expressão formal de princípios e objetivos políticos em 1215, quando os barões da Inglaterra obrigaram o rei João Sem Terra a assinar a Magna Carta, jurando obedecê-la e aceitando a limitação de seus poderes”.¹⁴

Constata-se então que o homem possui vida, liberdade e propriedade como direitos naturais e para resguardar esses direitos, ele deixa o Estado de natureza e estabelece com o Estado um contrato, formando o governo e a sociedade civil. Dessa

¹⁰ CURY, Ieda Tatiana. **Direito fundamental à saúde: evolução, normatização e efetividade**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005. p. 04-05.

¹¹ WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e federação na constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004. p. 110-111.

¹² CURY, Ieda Tatiana. **Direito fundamental à saúde: evolução, normatização e efetividade**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005. p. 05.

¹³ BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. p. 30.

¹⁴ DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos de teoria geral do estado**. 30 ed. São Paulo: Saraiva, 2011. p. 197-198.

forma, o individualismo acaba proporcionando a possibilidade de os indivíduos criarem relações de condutas apoiadas em normas, regramentos e codificações.¹⁵

O Estado constitucional introduz, desse modo, profunda modificação na relação entre a pessoa humana e o Estado, em razão de possuir a limitação do poder pela ordem jurídica, cujo maior documento é a Constituição. Emerge daí uma concepção liberal, propícia aos interesses da burguesia, ou seja, um Estado limitado em poder e compelido a observar os direitos individuais dos cidadãos, especialmente a liberdade.¹⁶

Em decorrência disso, surge a necessidade de se declarar os direitos do homem em documentos escritos, submetendo, dessa forma, o Estado ao direito. Em tais documentos a proclamação dos direitos do homem aparece como fonte e medida, de modo que a fonte da lei passa a ser o homem e não o comando de Deus ou os costumes.¹⁷

Essa fase se caracteriza, portanto, pela elaboração teórica e racional, da existência de determinados direitos, as quais serviram de base para que, posteriormente, fossem criadas as declarações formais de direitos, como a Declaração dos Direitos do Povo da Virgínia, a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, a Carta de Direitos da Constituição americana.¹⁸

Assim, pode-se dizer que os direitos do homem, são direitos históricos, nascidos em circunstâncias caracterizadas por lutas em defesa de novas liberdades de velhos poderes. Nasceram de forma gradual, ou seja, quando devem nascer.¹⁹

¹⁵ PILAU SOBRINHO, Liton Lanes. **Direito à saúde: uma perspectiva constitucionalista**. Passo Fundo: UPF, 2003. p. 29-30.

¹⁶ WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e federação na constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004. p. 110-111.

¹⁷ PILAU SOBRINHO, Liton Lanes. **Direito à saúde: uma perspectiva constitucionalista**. Passo Fundo: UPF, 2003.p. 29.

¹⁸ CURY, Ieda Tatiana. **Direito fundamental à saúde: evolução, normatização e efetividade**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005. p. 05.

¹⁹ BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. p. 09.

Nascem quando o aumento do poder do homem sobre o homem — que acompanha inevitavelmente o progresso técnico, isto é, o progresso da capacidade do homem de dominar a natureza e os outros homens — ou cria novas ameaças à liberdade do indivíduo ou permite novos remédios para as suas indigências: ameaças que são enfrentadas através de demandas de limitações do poder; remédios que são providenciados através da exigência de que o mesmo poder intervenha de modo protetor.²⁰

Os documentos escritos, por sua vez, compreendem um conjunto de normas que cuidam dos direitos e liberdades garantidos institucionalmente pelo direito positivo de determinado Estado.²¹

Tem-se que o primeiro registro escrito dos direitos individuais ocorreu em 1776, com a Carta de Direitos do Povo da Virgínia.²² Essa declaração marcou a transição dos direitos de liberdades legais ingleses para os direitos fundamentais constitucionais.²³

Dessa forma, essa evolução do Estado constitucional acompanha a evolução da consagração dos direitos fundamentais, que acabam sendo registrados em gerações ou dimensões.²⁴

Os direitos fundamentais integram, portanto, ao lado da definição de forma de Estado, do sistema de governo e da organização do poder estatal, a essência do Estado Constitucional, constituindo, neste sentido, não apenas parte da Constituição formal, mas também elemento nuclear da Constituição material. Para além disso, estava definitivamente consagrada a íntima vinculação entre as ideias de Constituição, Estado de direito e direitos fundamentais.²⁵

²⁰ BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. p. 09.

²¹ CURY, Ieda Tatiana. **Direito fundamental à saúde: evolução, normatização e efetividade**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005. p. 01.

²² CURY, Ieda Tatiana. **Direito fundamental à saúde: evolução, normatização e efetividade**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005. p. 06.

²³ SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional**. 11. ed. rev. atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2012. p. 43.

²⁴ WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e federação na constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004. p. 114.

²⁵ SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional**. 11. ed. rev. atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2012. 11. ed. rev. atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2012p. 58.

Nesse ínterim, em 1789, é escrita a primeira carta de direitos de âmbito nacional, denominada de Declaração de Direitos do Homem e do Cidadão²⁶ (Declaração Francesa).²⁷

Assim, pode-se dizer que a Declaração Francesa de 1789, é a primeira que marca a transição dos direitos de liberdades legais ingleses para os direitos fundamentais constitucionais.²⁸ Constitui-se, portanto, o primeiro elemento constitucional do novo regime político.²⁹ Os princípios dessa Revolução – liberdade, igualdade e fraternidade³⁰ – constituíram e ainda constituem ponto de referência obrigatório para a consolidação e a juridicização dos direitos fundamentais.³¹

Assim sendo, a Revolução Francesa, a independência e a formação dos Estados Unidos da América acabam por se configurar como os dois momentos históricos do final do século XVIII responsáveis pela consolidação dos direitos do homem.

²⁶ DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DO HOMEM E DO CIDADÃO DE 1789. Os representantes do povo francês, constituídos em ASSEMBLEIA NACIONAL, considerando que a ignorância, o esquecimento ou o desprezo dos direitos do homem são as únicas causas das desgraças públicas e da corrupção dos Governos, resolveram expor em declaração solene os Direitos naturais, inalienáveis e sagrados do Homem, a fim de que esta declaração, constantemente presente em todos os membros do corpo social, lhes lembre sem cessar os seus direitos e os seus deveres; a fim de que os actos do Poder legislativo e do Poder executivo, a instituição política, sejam por isso mais respeitados; a fim de que as reclamações dos cidadãos, doravante fundadas em princípios simples e incontestáveis, se dirijam sempre à conservação da Constituição e à felicidade geral.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris. 10 dez. 1948. Disponível em: http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/direitos-humanos/declar_dir_homem_cidadao.pdf. Acesso em 03 abr. 2018.

²⁷ CURY, Ieda Tatiana. Direito fundamental à saúde: evolução, normatização e efetividade. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005. p. 07.

²⁸ SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 11. ed. rev. atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2012. 11. ed. rev. atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2012. p. 43.

²⁹ COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 7 ed. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 163.

³⁰ A Revolução Francesa desencadeou, em curto espaço de tempo, a supressão das desigualdades entre indivíduos e grupos sociais. Foi representada através da tríade famosa composta pela igualdade, que representou o ponto central do movimento revolucionário; pela liberdade, que para os homens de 1789 se limitava à supressão de todas as peias sociais ligadas à existência de estamentos ou corporações de ofícios; e, pela fraternidade, com o virtude cívica, que seria o resultado necessário da abolição de todos os privilégios.

COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 7 ed. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 148.

³¹ SARMENTO, Daniel. **Direitos fundamentais e relações privadas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010. p. 35.

As declarações americanas incorporam os direitos e liberdades já reconhecidos pelas suas antecessoras inglesas do século XVII. Com sua característica de supremacia normativa e posterior garantia de justiciabilidade por intermédio da Suprema Corte do controle judicial de constitucionalidade, pela primeira vez, os direitos do homem são acolhidos e positivados como direitos fundamentais constitucionais, embora seu *status* constitucional somente tenha sido consagrado a partir da incorporação da declaração de direitos à Constituição em 1791.³²

Nesse sentido, cumpre mencionar que a Constituição americana de 1787 não compreendia uma carta de direitos, mas era composta por dez emendas e foi aprovada somente em 1791, passando a ser conhecida como *Bill of Rights*.³³

Dessa forma, constata-se que o fenômeno da incorporação dos direitos fundamentais nos textos constitucionais não é novo já que as declarações de direitos ou a *Bill of Rights* constituem desde o início do constitucionalismo, uma das partes que integra os textos fundamentais juntamente com a que estabelece e organiza a forma de governo.³⁴

Diante disso, entre o final do século XVIII e início do século XIX, sobrevieram várias Constituições, focalizando os direitos individuais, sendo que esta fase de constitucionalização, caracterizou o surgimento dos escritos em legislação de direitos fundamentais. Aqui, os direitos deixavam de ser direitos do homem e passavam a ser, na visão doméstica, ou seja, dentro do Estado, direitos fundamentais, e, numa visão internacional, direitos humanos.³⁵

Isso porque o homem moderno, condicionado ao critério da fé e da revelação, se opôs ao dogmatismo e passou a buscar o poder da razão e do

³² SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 11. ed. rev. atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2012. p. 43.

³³ CURY, Ieda Tatiana. **Direito fundamental à saúde**: evolução, normatização e efetividade. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005. p. 07.

³⁴ PÉREZ LUNO, Antonio Enrique. **Derechos humanos, estado de derecho y constitución**. 9 ed. Madrid: Tecnos, 2005. p. 291.

³⁵ CURY, Ieda Tatiana. **Direito fundamental à saúde**: evolução, normatização e efetividade. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005. p. 06.

discernimento, possibilitando assim a dúvida, e colocando a si próprio no centro de interesses e decisões, o que ensejou o surgimento dos direitos humanos.³⁶

[...] a afirmação dos direitos do homem deriva de uma radical inversão de perspectiva, característica da formação do Estado moderno, na representação da relação política, ou seja, na relação Estado/cidadão ou soberano/súditos: relação que é encarada, cada vez mais, do ponto de vista dos direitos dos cidadãos não mais súditos, e não do ponto de vista dos direitos do soberano, em correspondência com a visão individualista da sociedade, segundo a qual, para compreender a sociedade, é preciso partir de baixo, ou seja, dos indivíduos que a compõem, em oposição à concepção orgânica tradicional, segundo a qual a sociedade como um todo vem antes dos indivíduos.³⁷

Assim, pelos próprios objetivos fundamentais, o constitucionalismo teve um caráter revolucionário:

A limitação dos poderes dos monarcas se faria, como de fato ocorreu, contra a vontade destes, e se eles aceitaram as restrições isto deu-se às fortes pressões exercidas pelas novas classes políticas, sobretudo pela burguesia. E, como é evidente, as mesmas forças que haviam conseguido impor restrições aos monarcas iriam valer-se da oportunidade para afirmar seus direitos e assegurar a permanência da situação de poder a que haviam chegado. Daí a preferência pelas Constituições escritas, que definiam melhor as novas condições políticas, ao mesmo tempo que tornavam muito mais difícil qualquer retrocesso.³⁸

Entretanto, por se entender que a hereditariedade dos monarcas deveria acabar, buscou-se por meio do pensamento e da razão romper com o catolicismo vigente na época, o que somente foi possível com a implementação de um novo modelo de Estado, o que deu origem ao Estado Liberal.³⁹

³⁶ PILAU SOBRINHO, Liton Lanes. **Direito à saúde: uma perspectiva constitucionalista**. Passo Fundo: UPF, 2003.p. 28.

³⁷ BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. p. 08.

³⁸ DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos de teoria geral do estado**. 30. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.p. 199.

³⁹ PILAU SOBRINHO, Liton Lanes. **Direito à saúde: uma perspectiva constitucionalista**. Passo Fundo: UPF, 2003.p. 31-32.

Ainda que as monarquias nacionais necessitassem de um Estado forte, justificando o absolutismo real, a burguesia requereu sua própria autonomia quando se sentiu fortalecida. O pensamento burguês aspirava à separação entre o Estado e a sociedade; nas atividades particulares do indivíduo, o desejo era a separação entre o público e o privado, reduzindo ao mínimo a intervenção do Estado na vida de cada um. Em outro aspecto, a separação reduziria da mesma forma a interferência do privado sobre o público.⁴⁰

Diante disso, pode-se dizer que lei de *habeas corpus*, firmada na Inglaterra em 1679, a Declaração de Direitos (*Bill of Rights*), também firmada na Inglaterra em 1689, a declaração de Independência dos Estados Unidos, a Declaração de Direitos norte-americanos de 1776 e, as Declarações de Direitos da Revolução Francesa, firmadas na França em 1789, favoreceram para o advento do Estado liberal de direito.⁴¹

Entretanto, o individualismo assim como o apolitismo e a neutralidade do Estado liberal não podiam satisfazer as exigências de liberdade e igualdade reais do setor social e economicamente mais deprimido. Assim, o aparente apolitismo que antes das transformações socioeconômicas adotadas pelo Estado liberal de direito foi traduzido em uma série de conflitos de classe, a partir da segunda metade do século passado e do início do atual, revelou a insuficiência do quadro das liberdades burguesas quando se trata do reconhecimento da justiça social.⁴²

Dessa forma, o Estado liberal passou a sofrer várias críticas a partir da elaboração de novas doutrinas e teorias, as quais eram justificadas pelas transformações econômico-sociopolíticas na transição do século XVIII para o século XIX, cujos paradigmas se referiam a uma nova ciência, chamada de economia política. Na medida em que cresciam as razões para os choques, prevendo uma revolução social, as críticas iam aumentando, o que deu margem ao nascimento do Estado Social.⁴³

⁴⁰ PILAU SOBRINHO, Liton Lanes. **Direito à saúde: uma perspectiva constitucionalista**. Passo Fundo: UPF, 2003.p. 32.

⁴¹ PILAU SOBRINHO, Liton Lanes. **Direito à saúde: uma perspectiva constitucionalista**. Passo Fundo: UPF, 2003. p. 33.

⁴² PÉREZ LUNO, Antonio Enrique. **Derechos humanos, estado de derecho y constitución**. p. 229.

⁴³ PILAU SOBRINHO, Liton Lanes. **Direito à saúde: uma perspectiva constitucionalista**. Passo Fundo: UPF, 2003.p. 33-34.

A ascensão do Estado social sofreu forte contribuição das crises do Estado liberal, assim como da promulgação da Constituição Mexicana de 1917 e a Constituição de Weimar de 1919, na Alemanha.⁴⁴

O Estado social foi marcado pelo conflito de duas guerras mundiais, que provocaram grandes mudanças no pensamento da sociedade, o que fez com que o Estado se tornasse cada vez mais intervencionista para poder dispor de recursos e procedimentos econômicos que satisfizessem às necessidades civis firmadas na questão social.⁴⁵

Tem ele uma origem híbrida fruto do compromisso entre tendências díspares que haviam gravitado sobre sua evolução anterior. De um lado, representou uma conquista política do socialismo democrático e, de outro, é fruto do pensamento liberal mais progressista que o concebe como um instrumento de adaptação do aparato político das novas exigências do capitalismo maduro. Seu componente socialista democrático se traduz na superação do agnosticismo axiológico e do formalismo positivista ao impor ao Estado a realização de determinados fins materiais que contribuem para uma reforma social e economicamente justa em termos de justiça social e das condições de convivência.⁴⁶

Emergiu idealizado para além dos direitos e liberdades individuais e de igualdade formal, mas para garantir os direitos sociais e a igualdade material.⁴⁷ Não se trata de mero garantidor de princípios do direito e das liberdades, seus elementos fundamentais formais são causa de suas repercussões materiais, de significado essencial, que determinam as tarefas e a direção da atuação estatal presente e futura.⁴⁸

⁴⁴ PILAU SOBRINHO, Liton Lanes. **Direito à saúde: uma perspectiva constitucionalista**. Passo Fundo: UPF, 2003.p. 44.

⁴⁵ PILAU SOBRINHO, Liton Lanes. **Direito à saúde: uma perspectiva constitucionalista**. Passo Fundo: UPF, 2003.p. 45.

⁴⁶ PÉREZ LUNO, Antonio Enrique. *Derechos humanos, estado de derecho y constitución*. 9. ed. Madrid: Tecnos, 2005. p. 230.

⁴⁷ WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e federação na constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004. p. 112.

⁴⁸ HESSE, Konrad. **Elementos de direito constitucional da República Federativa da Alemanha**. Tradução: Luís Afonso Heck. Porto Alegre: Sergio Antônio Fabris Editor, 1998. p. 170.

A partir da Constituição de Weimar (1919), que serviu de modelo para inúmeras outras constituições do primeiro pós-guerra, e apesar de ser tecnicamente uma constituição consagrada de uma democracia liberal – houve a crescente constitucionalização do Estado Social de Direito, com a consagração em seu texto dos direitos sociais e a previsão de aplicação e realização por parte das instituições encarregadas dessa missão. A constitucionalização do Estado Social consubstanciou-se na importante intenção de converter em direito positivo várias aspirações sociais, elevadas à categoria de princípios constitucionais protegidos pelas garantias do Estado de Direito.⁴⁹

A concepção do Estado social influencia diretamente no sistema de direitos fundamentais, fazendo surgir uma categoria de direitos que pode ser designada por direito a prestações.⁵⁰

Desde o seu reconhecimento nas primeiras constituições, os direitos fundamentais passaram por inúmeras transformações quanto ao seu conteúdo e à sua titularidade, também, à sua eficácia e à sua efetivação, sendo que, nesse contexto, marcado pela mutação histórica apresentada por tais direitos, passou-se a falar da existência de três gerações de direitos. Desse modo, há inclusive defensores da existência de uma quarta e até mesmo de quinta e sexta gerações.⁵¹

Ou seja, a partir do reconhecimento e da consagração dos direitos fundamentais pelas primeiras Constituições é que se destaca a problemática das denominadas gerações (ou dimensões⁵²) dos direitos fundamentais, visto que estas estão vinculadas às transformações criadas pelo reconhecimento de novas necessidades, de modo especial, decorrem da evolução do Estado Liberal (Estado formal de Direito) para o moderno Estado de Direito (Estado social e democrático de Direito), assim como das mudanças decorrentes do processo de industrialização e

⁴⁹ MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 33 ed. São Paulo: Atlas, 2017. p. 03.

⁵⁰ WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e federação na constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004. p. 113.

⁵¹ SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional**. 11. ed. rev. atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2012. p. 45.

⁵² No que diz respeito à terminologia utilizada para se denominar o evento de evolução histórica dos direitos fundamentais, os doutrinadores fazem referência às expressões gerações e dimensões. No presente trabalho optou-se por utilizar o termo “gerações”.

seus reflexos, pelo impacto tecnológico e científico, e outros fatores direta ou indiretamente relevantes nesse contexto e que poderiam ser considerados.⁵³

As gerações de direitos vão ao encontro dos anseios da sociedade; as lutas históricas em busca dos direitos humanos, passíveis de constantes mudanças e projeções, revelam que esses direitos humanos devem constituir-se em prioridade do Estado, devendo estar ligados efetivamente à democracia e à igualdade entre os povos.⁵⁴

As gerações que marcam a evolução do processo de reconhecimento e afirmação dos direitos fundamentais revelam que esses constituem categoria materialmente aberta e mutável, embora seja possível observar certa permanência e uniformidade nesse campo.⁵⁵

A primeira geração corresponde aos direitos de liberdade, ou a um não-agir do Estado. Os de segunda geração, dizem respeito aos direitos sociais, ou uma ação positiva do Estado. Ainda que as exigências de direitos possam estar dispostas cronologicamente em diversas fases ou gerações, suas espécies são sempre duas: ou impedir os malefícios de tais poderes ou obter seus benefícios. Já, nos direitos de terceira e de quarta geração, podem existir direitos tanto de uma quanto de outra espécie.⁵⁶ São aqueles proclamados nas instituições internacionais e nos congressos.⁵⁷

Esses direitos decorrem do pensamento liberal-burguês do século XVIII, que surgem e se afirmam como direitos de defesa que demarcam uma zona de não intervenção do Estado e uma esfera de autonomia individual em face de seu poder. São apresentados como direitos de cunho negativo, uma vez que não são dirigidos a uma conduta positiva por parte dos poderes públicos. São considerados de primeira

⁵³ SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 11. ed. rev. atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2012. p. 37.

⁵⁴ PILAU SOBRINHO, Liton Lanes. **Direito à saúde**: uma perspectiva constitucionalista. Passo Fundo: UPF, 2003. p. 54.

⁵⁵ SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 11. ed. rev. atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2012. p. 53.

⁵⁶ BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. p. 09.

⁵⁷ BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. p. 12.

geração, “os direitos à vida, à liberdade, à propriedade e à igualdade perante a lei.”⁵⁸ “Assim, fica desde já subentendida a ideia de que a primeira geração ou dimensão dos direitos fundamentais é justamente aquela que marcou o reconhecimento do seu *status* constitucional material e formal”.⁵⁹

Os direitos de segunda, por sua vez, são aqueles que a maioria da humanidade não possui de fato, embora sejam solene e repetidamente proclamados.⁶⁰ São aqueles em que o Estado social se desenvolveu, estando esses relacionados à igualdade e à situação material do ser humano.⁶¹

Estão caracterizados por outorgarem ao indivíduo direito a prestações sociais estatais como assistência social, saúde, educação, trabalho, revelando, ainda, uma transição das liberdades formais abstratas para as liberdades formais concretas. Esses não englobam apenas direitos de cunho positivo, mas, também, as liberdades sociais, como liberdade de sindicalização, direito à greve, etc.⁶²

Ao lado dos direitos sociais, que foram chamados de direitos de segunda geração, emergiram hoje os chamados direitos de terceira geração, que constituem uma categoria, para dizer a verdade, ainda excessivamente heterogênea e vaga, o que nos impede de compreender do que efetivamente se trata. O mais importante deles é o reivindicado pelos movimentos ecológicos: o direito de viver num ambiente não poluído. Mas já se apresentam novas exigências que só poderiam chamar-se de direitos de quarta geração, referentes aos efeitos cada vez mais traumáticos da pesquisa biológica, que permitirá manipulações do patrimônio genético de cada indivíduo.⁶³

Os direitos fundamentais nascem, portanto, conforme o progresso da capacidade de o homem dominar a natureza e os outros homens, ou seja, das novas

⁵⁸ SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 11. ed. rev. atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2012. p. 47.

⁵⁹ SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 11. ed. rev. atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2012. p. 37.

⁶⁰ BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. p. 12.

⁶¹ WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e federação na constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004. p. 114.

⁶² SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 11. ed. rev. atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2012. p. 47-48.

⁶³ BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. p. 09.

ameaças à liberdade do indivíduo ou da permissão de novos remédios para as suas indigências: ameaças que são enfrentadas por meio de demandas de limitações do poder; remédios que são providenciados através da exigência de que o mesmo poder intervenha de modo protetor. Embora as exigências de direitos possam estar dispostas cronologicamente em diversas fases ou gerações, suas espécies com relação aos poderes constituídos são apenas duas: impedir os malefícios de tais poderes ou obter seus benefícios. Nos direitos de terceira e de quarta geração, podem existir direitos tanto de uma quanto de outra espécie.⁶⁴

As novas gerações de direitos não substituem as anteriores, mas as complementam.⁶⁵ Portanto, os direitos fundamentais devem ser observados sob dupla perspectiva, ou seja, objetiva, de modo que cabe ao Estado garantir o exercício desses direitos e, subjetiva, quando as pessoas têm o direito de exigir do Estado uma prestação, seja ela positiva ou negativa.⁶⁶

É nos direitos sociais que mais de perto se observa esse duplo aspecto, a saber: subjetivo, pois, pensada em uma perspectiva individual (proteção à própria vida, à integridade física); e objetivo no sentido de um valor e um vetor determinado ao Poder Público e à sociedade (interesse coletivo).⁶⁷

No que diz respeito aos direitos sociais⁶⁸ estes são direitos fundamentais do homem, que se caracterizam como verdadeiras *liberdades positivas*, de observância obrigatória em um Estado Social de Direito e que têm por finalidade a

⁶⁴ BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. p. 09.

⁶⁵ WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e federação na constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004. p. 114.

⁶⁶ CANOTILHO, Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 7. ed. Portugal: Almedina, 2003. p. 375-377.

⁶⁷ WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e federação na constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004. p. 115.

⁶⁸ Artigo 6º. São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.
BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em 03 abr. 2018.

melhoria de condições de vida dos hipossuficientes, objetivando concretizar a igualdade social, consagrando, assim, os fundamentos do Estado democrático.⁶⁹

Cumprir observar que no Brasil, a primeira Constituição, de 1824, tratava de direitos individuais, ligados à liberdade, ou seja, direitos individuais de primeira dimensão. Ainda não se falava de direitos sociais, cuja teoria começou a ser tratada no final do século XIX, com os movimentos sindicais que resultariam depois na revolução bolchevique, em 1917, na Rússia.⁷⁰

As Constituições passaram a descrever os direitos sociais no início do século XX. A primeira Constituição a trazer uma relação de direitos sociais, historicamente entendida, foi a Constituição do México em 1917 (feita depois da revolução zapatista), considerada a primeira carta social no mundo.

Na Europa, a primeira Constituição social foi a alemã de 1919, conhecida como a Constituição de Weimar.⁷¹

Dessa forma, a primeira Constituição brasileira reconhecida como social foi a de 1934⁷², na fase da Nova República, na qual consolidaram-se os direitos fundamentais, incluindo os direitos sociais.⁷³

Essa Constituição representou um avanço em relação à questão social, por demonstrar preocupação com a assistência médica e sanitária dos trabalhadores, instituindo assim, a previdência. Dessa forma, seguindo o legado das constituições

⁶⁹ MORAES, Alexandre de. **Direito constitucional**. 33 ed. São Paulo: Atlas, 2017. p. 209.

⁷⁰ CURY, Ieda Tatiana. **Direito fundamental à saúde: evolução, normatização e efetividade**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005. p. 07.

⁷¹ CURY, Ieda Tatiana. **Direito fundamental à saúde: evolução, normatização e efetividade**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005. p. 06.

⁷² Art. 138 - Incumbe à União, aos Estados e aos Municípios, nos termos das leis respectivas: a) assegurar amparo aos desvalidos, criando serviços especializados e animando os serviços sociais, cuja orientação procurarão coordenar; b) estimular a educação eugênica; c) amparar a maternidade e a infância; d) socorrer as famílias de prole numerosa; e) proteger a juventude contra toda exploração, bem como contra o abandono físico, moral e intelectual; f) adotar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a moralidade e a morbidade infantis; e de higiene social, que impeçam a propagação das doenças transmissíveis; g) cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra os venenos sociais.

BRASIL. Constituição (1934). **Constituição da República Federativa dos Estados Unidos do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm. Acesso em 26 abr. 2018.

⁷³ CURY, Ieda Tatiana. **Direito fundamental à saúde: evolução, normatização e efetividade**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005. p. 08.

sociais do século XX ao positivizar os direitos de segunda geração, ficou explícito que caberia ao Estado o amparo à assistência social.⁷⁴

A Constituição de 1937, por sua vez, implementou o regime ditatorial outorgado por Getúlio Vargas, tendo esse permanecido no poder e efetivado seu ordenamento influenciado pelos regimes ditatoriais vigentes. Essa Constituição tinha como principal preocupação fortalecer o Poder Executivo, cedendo a esse também atribuições do Legislativo e concentrando o poder na figura do Presidente da República.⁷⁵

Com o final da Segunda Guerra Mundial, houve a necessidade de reconstrução de movimentos no sentido de redemocratizar o país. Dessa maneira, instituíram-se eleições diretas para presidente da República, governadores, Parlamento e assembleias legislativas estaduais, realizadas em dezembro de 1945. Foi eleita a Assembleia Nacional Constituinte, que elaborou a Constituição de 1946, a qual procurou trazer à tona o liberalismo, que tinha sido afrontado pelas medidas ditatoriais de 1937 a 1945. Essa carta procurou restabelecer o Estado democrático, retomando as medidas que resguardam os direitos individuais.⁷⁶

Em 31 de março de 1964, desde o golpe militar, encerrou-se o ciclo constitucional capitaneado pela Constituição de 1946. Dessa forma, a Constituição de 1946 foi substituída pela Constituição de 1967, que tratou de todas as normas consideradas materialmente constitucionais desde 1964. Essa constituição “previa um capítulo sobre direitos e garantias individuais (art. 153) e um artigo (165) com um rol de direitos sociais dos trabalhadores, para a melhoria das suas condições sociais”.⁷⁷

⁷⁴ PILAU SOBRINHO, Liton Lanes. **Direito à saúde: uma perspectiva constitucionalista**. Passo Fundo: UPF, 2003.p. 93-94.

⁷⁵ PILAU SOBRINHO, Liton Lanes. **Direito à saúde: uma perspectiva constitucionalista**. Passo Fundo: UPF, 2003.p. 94.

⁷⁶ PILAU SOBRINHO, Liton Lanes. **Direito à saúde: uma perspectiva constitucionalista**. Passo Fundo: UPF, 2003.p. 94.

⁷⁷ GROFF, Paulo Vargas. **Direitos fundamentais nas constituições brasileiras**. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/45/178/ril_v45_n178_p105.pdf. Acesso em 31 maio 2018. p. 120-121.

A Magna Carta de 1988, por sua vez, consolidou o Estado Democrático de Direito no país, restaurando a democracia e assegurando garantias jurídico-legais e preocupação social.⁷⁸

[...] trouxe em seu Título II os direitos e garantias fundamentais, subdividindo-os em cinco capítulos: direitos individuais e coletivos; direitos sociais; nacionalidade; direitos políticos e partidos políticos. Assim, a classificação adotada pelo legislador constituinte estabeleceu cinco espécies ao gênero direitos e garantias fundamentais: direitos e garantias individuais e coletivos; direitos sociais; direitos de nacionalidade; direitos políticos; e direitos relacionados à existência, organização e participação em partidos políticos.⁷⁹

Entretanto, embora os direitos fundamentais estejam consolidados no ordenamento jurídico brasileiro, é necessário distinguir os termos direitos humanos e direitos fundamentais para se reconhecer o caráter de obrigatoriedade dos direitos humanos no meio social.⁸⁰

1.2 O QUE SÃO DIREITOS HUMANOS

Tem-se que a afirmação histórica dos direitos humanos ocorreu no século XX com a Constituição mexicana de 1917 e a Constituição de Weimar de 1919.⁸¹ Ao emergir da Segunda Guerra, após massacres e atrocidades, iniciados com o fortalecimento do totalitarismo estatal nos anos 1930, a humanidade passou a compreender o valor supremo da dignidade humana.⁸²

Diante disso, surgiu em 1945, no período pós-guerra, a Organização das Nações Unidas⁸³ (ONU), inspirada na concepção de que a proteção dos direitos humanos não deveria se reduzir ao domínio reservado do Estado, ou seja, à exclusiva

⁷⁸ PILAU SOBRINHO, Liton Lanes. **Direito à saúde: uma perspectiva constitucionalista**. Passo Fundo: UPF, 2003.p. 96.

⁷⁹ MORAES, Alexandre de. **Direito constitucional**. 33 ed. São Paulo: Atlas, 2017. p. 29.

⁸⁰ COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 70-71.

⁸¹ COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 66.

⁸² COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.p. 68-69.

⁸³ A Organização das Nações Unidas, também conhecida pela sigla ONU, é uma organização internacional formada por países que se reuniram voluntariamente para trabalhar pela paz e o desenvolvimento mundiais.

ONU. Organização das Nações Unidas. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/conheca/>. Acesso em: 03 ago 2018.

competência nacional ou à exclusiva jurisdição doméstica, por se tratar de legítimo interesse internacional.⁸⁴

Assim, em 1948 desponta a concepção contemporânea de direitos humanos, adotada pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, o que marcou a universalidade e a indivisibilidade desses direitos.⁸⁵

Universalidade porque a condição de pessoa é o requisito único e exclusivo para a titularidade de direitos, sendo a dignidade humana o fundamento dos direitos humanos. Indivisibilidade porque, ineditamente, o catálogo dos direitos civis e políticos é conjugado ao catálogo dos direitos econômicos, sociais e culturais. As consagrar direitos civis e políticos e direitos econômicos, sociais e culturais, a Declaração ineditamente combina o discurso liberal e o discurso social da cidadania, conjugando o valor da liberdade ao valor da igualdade.⁸⁶

Essa declaração, ao consagrar valores básicos universais, busca delinear uma ordem pública mundial, fundada no respeito à dignidade humana. Para ela, a condição de pessoa é o requisito único e exclusivo para a titularidade de direitos. Neste sentido, afirma em seu preâmbulo que a dignidade é inerente a toda pessoa humana, titular de direitos iguais e inalienáveis.⁸⁷

A Declaração Universal dos Direitos do Homem caracterizou a manifestação da única prova por meio da qual um sistema de valores pode ser considerado humanamente fundado e reconhecido.⁸⁸ Ela representou os ideais de liberdade, igualdade e fraternidade originados na Revolução Francesa.⁸⁹

⁸⁴ PIOVESAN, Flávia. **Temas de direitos humanos**. 4 ed. São Paulo: Saraiva, 2010. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 39.

⁸⁵ PIOVESAN, Flávia. **Temas de direitos humanos**. 4 ed. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 40.

⁸⁶ PIOVESAN, Flávia. **Temas de direitos humanos**. 4 ed. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 40.

⁸⁷ PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 2017. p. 227.

⁸⁸ BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. p. 16.

⁸⁹ PILAU SOBRINHO, Liton Lanes. **Direito à saúde: uma perspectiva constitucionalista**. Passo Fundo: UPF, 2003.p. 50.

Também representa, de forma clara, a intenção de obrigar os Estados a ratificarem e a atribuírem efetividade aos direitos que ela preceitua. Pode-se compreender que essa declaração possui caráter universal porque dota o ser humano de direitos, independentemente do local em que se encontre. Também se afirma que a declaração é positiva porque revela a obrigação dos Estados que a ratificaram em protegerem os direitos humanos⁹⁰

Dessa forma, o reconhecimento dos direitos humanos pela autoridade pública competente, acaba por promover maior segurança nas relações sociais, assim como acaba exercendo função pedagógica no seio da comunidade, fazendo prevalecer grandes valores éticos, os quais tardariam a se impor na coletividade, sem esse reconhecimento.⁹¹

Compreendem direitos inerentes ao ser humano, sendo que esse conceito abriga o entendimento de que cada ser humano pode desfrutar de seus direitos sem distinção de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outro tipo, origem social ou nacional ou condição de nascimento ou, ainda, riqueza.⁹²

Constituem-se algumas das características mais importantes desses direitos:

- Os direitos humanos são fundados sobre o respeito pela dignidade e o valor de cada pessoa;
- Os direitos humanos são universais, o que quer dizer que são aplicados de forma igual e sem discriminação a todas as pessoas;
- Os direitos humanos são inalienáveis, e ninguém pode ser privado de seus direitos humanos; eles podem ser limitados em situações específicas. Por exemplo, o direito à liberdade pode ser restringido se uma pessoa é considerada culpada de um crime diante de um tribunal e com o devido processo legal;
- Os direitos humanos são indivisíveis, inter-relacionados e interdependentes, já que é insuficiente respeitar alguns direitos humanos e outros não. Na prática, a violação de um direito vai afetar o respeito por muitos outros;
- Todos os direitos humanos devem, portanto, ser vistos como de igual importância, sendo igualmente essencial respeitar a dignidade e o valor de cada pessoa.⁹³

⁹⁰ PILAU SOBRINHO, Liton Lanes. **Direito à saúde: uma perspectiva constitucionalista**. Passo Fundo: UPF, 2003.p. 50-51.

⁹¹ COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 71.

⁹² **ONU**. Organização das Nações Unidas. Acesso em: 03 ago. 2018.

⁹³ **ONU**. Organização das Nações Unidas. Acesso em: 03 ago. 2018.

Essa concepção de direitos humanos acaba por trazer duas importantes consequências: a revisão da noção tradicional de soberania absoluta do Estado, pela qual esse passa a sofrer um processo de relativização; e a cristalização da ideia de que o indivíduo deve ter direitos protegidos na esfera internacional, na condição de sujeito de direito.⁹⁴

Assim, pode-se dizer que “os princípios fundamentais do sistema dos direitos humanos são de duas ordens, conforme digam respeito aos valores éticos supremos, ou à lógica estrutural do conjunto”. Os princípios axiológicos supremos correspondem à tríade: liberdade, igualdade, fraternidade (ou solidariedade).⁹⁵ Já, no que diz respeito aos princípios estruturais, esses são de duas espécies: a irrevocabilidade e a complementariedade solidária.⁹⁶

A irrevocabilidade tem como consequência proibir que se ponha fim voluntariamente à vigência de tratados internacionais de direitos humanos. Isso porque, em matéria de tratados internacionais de direitos humanos, não existe possibilidade de denúncia ou de cessação convencional da vigência, porque se está diante de direitos indisponíveis e de direitos insuprimíveis.⁹⁷

A complementariedade solidária justifica-se no postulado de que a essência do ser humano é uma só, embora exista uma multiplicidade de diferenças individuais e sociais, biológicas e culturais existentes na humanidade.⁹⁸

Entende-se, dessa forma, que os direitos humanos podem ser definidos por cinco características, ou seja, são direitos universais, fundamentais, abstratos, morais e prioritários. A universalidade se caracteriza em razão de todo ser humano, enquanto tal, ser portador ou possuidor de direitos humanos. Já, o caráter fundamental de seu objeto diz respeito ao fato de os direitos humanos não protegerem todas as fontes e

⁹⁴ PIOVESAN, Flávia. **Temas de direitos humanos**. 4 ed. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 39.

⁹⁵ COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 75.

⁹⁶ COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 78.

⁹⁷ COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 79-80.

⁹⁸ COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 80.

condições imagináveis do bem-estar, mas somente interesses e necessidades fundamentais. A terceira característica que diz respeito ao objeto dos direitos humanos é a abstração. Nesse caso, por exemplo, pode-se ligeiramente concordar que todos possuem um direito à saúde; mas acerca de esclarecer o que isso significa em um caso concreto pode ocorrer uma longa disputa.⁹⁹

Já, a quarta e a quinta características não dizem respeito aos portadores, aos destinatários e nem ao objeto dos direitos humanos, mas à sua validade, que é moral. Dessa forma, a quarta característica dos direitos humanos é seu caráter moral, ou seja, um direito vale moralmente se ele pode ser justificado em relação a todo aquele que admite uma fundamentação racional. A validade dos direitos humanos é sua existência e essa consiste em sua fundamentabilidade e em nada mais. Naturalmente, pode-se juntar à validade moral dos direitos humanos uma validade jurídico-positiva. Porém tais positivações nunca são respostas definitivas, posto que representam tentativas de dar àquilo que vale somente por causa de sua correção uma forma institucional garantida por meio do direito positivo. Essas tentativas podem, como toda tentativa, obter maior ou menor êxito. Isso leva à quinta característica, a prioridade.¹⁰⁰

Os direitos humanos, enquanto direitos morais, não só não podem ter sua força invalidada por normas jurídico-positivas mas são também o padrão com o qual se deve medir toda interpretação daquilo que está positivado. Isso significa ser possível que um pacto de direitos humanos e uma decisão de uma corte de direitos humanos violem direitos humanos. Com isso estão juntas as cinco características que distinguem os direitos humanos de todos os outros direitos.¹⁰¹

Entretanto, acentua-se ainda a circunstância de existirem várias concepções doutrinárias elaboradas sobre os direitos humanos, que comprovam o profundo e radical equívoco que esse termo assume. Para alguns autores, os direitos humanos supõem uma constante histórica cujas raízes se remontam às instituições e o pensamento do mundo clássico. Outros, pelo contrário, sustentam que a ideia de

⁹⁹ ALEXY, Robert. **Teoria discursiva do direito**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2014. p. 57.

¹⁰⁰ ALEXY, Robert. **Teoria discursiva do direito**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2014. p. 57.

¹⁰¹ ALEXY, Robert. **Teoria discursiva do direito**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2014. p. 57.

direitos humanos nasce com a afirmação cristã de dignidade moral do homem enquanto pessoa.¹⁰²

Os termos direitos humanos e direitos fundamentais são utilizados muitas vezes como sinônimos. Há uma propensão doutrinária e normativa que reserva o termo direitos fundamentais para designar os direitos positivados em nível interno e o termo direitos humanos seria mais usual para denominar os direitos naturais positivados nas declarações e convenções internacionais, assim como com aquelas exigências básicas relacionadas à dignidade, à liberdade e à igualdade da pessoa que tem alcançado um estatuto jurídico positivo.¹⁰³

Estes últimos são os direitos humanos reconhecidos como tais pelas autoridades às quais se atribui o poder político de editar normas, tanto no interior dos Estados quanto no plano internacional; são os direitos humanos positivados nas Constituições, nas leis, nos tratados internacionais. [...] o reconhecimento oficial de direitos humanos, pela autoridade política competente, dá muito mais segurança às relações sociais. Ele exerce, também, uma função pedagógica no seio da comunidade, no sentido de fazer prevalecer os grandes valores éticos, os quais, sem esse reconhecimento oficial, tardariam a se impor na vida coletiva.

Mas nada assegura que falsos direitos humanos, isto é, certos privilégios da minoria dominante, não sejam também inseridos na Constituição, ou consagrados em convenção internacional, sob a denominação de direitos fundamentais.¹⁰⁴

Esses direitos são garantidos legalmente pela lei de direitos humanos, que protege indivíduos e grupos contra ações que interferem nas liberdades fundamentais e na dignidade humana. Estão expressos em tratados, no direito internacional consuetudinário, conjuntos de princípios e outras modalidades do Direito, sendo que a legislação de direitos humanos obriga os Estados a agir de uma determinada maneira e os proíbe de se envolverem em atividades específicas.¹⁰⁵

No que tange ao significado de direitos do homem, esses são considerados como válidos a todos os povos e em todos os tempos, independentemente e

¹⁰² PÉREZ LUÑO, Antonio Enrique. **Derechos humanos, estado de derecho y constitución**. 9. ed. Tecnos: Madrid, 2005. p. 24-25.

¹⁰³ PÉREZ LUÑO, Antonio Enrique. **Los derechos fundamentales**. 11. ed. Tecnos: Madrid, 2013. p. 39-40.

¹⁰⁴ COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 70-71.

¹⁰⁵ ONU. Organização das Nações Unidas. Acesso em: 03 ago. 2018.

localização geográfica, possui caráter “inviolável, intemporal e universal”.¹⁰⁶ Os direitos humanos têm caráter supranacional, se aplicam a todos os seres humanos, independentemente da vinculação com determinado ordenamento jurídico, são direitos internacionais.¹⁰⁷

Os direitos fundamentais, por sua vez, são direitos do homem, garantidos e limitados em um determinado espaço de tempo e vigentes em uma determinada ordem jurídica.¹⁰⁸ São direitos reconhecidos aos seres humanos e que fazem parte do ordenamento jurídico de determinado Estado.¹⁰⁹

Entretanto, há que se salientar que, entre os direitos humanos, há direitos com estatutos diversos entre si, uma vez que

Há alguns que valem em qualquer situação e para todos os homens indistintamente: são os direitos acerca dos quais há a exigência de não serem limitados nem diante de casos excepcionais, nem com relação a esta ou àquela categoria, mesmo restrita, de membros do gênero humano (é o caso, por exemplo, do direito de não ser escravizado e de não sofrer tortura). Esses direitos são privilegiados porque não são postos em concorrência com outros direitos, ainda que também fundamentais. Porém, até entre os chamados direitos fundamentais, os que não são suspensos em nenhuma circunstância, nem negados para determinada categoria de pessoas, são bem poucos: em outras palavras, são bem poucos os direitos considerados fundamentais que não entram em concorrência com outros direitos também considerados fundamentais, e que, portanto, não imponham, em certas situações e em relação a determinadas categorias de sujeitos, uma opção.¹¹⁰

Dessa forma, não há como se afirmar um novo direito em favor de uma categoria de pessoas sem suprimir algum velho direito, do qual se beneficiavam outras categorias de pessoas.¹¹¹

¹⁰⁶ CANOTILHO, Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 7. ed. Portugal: Almedina, 2003. p. 393.

¹⁰⁷ SARLET, Ingo. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. p. 29.

¹⁰⁸ CANOTILHO, Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 7. ed. Portugal: Almedina, 2003.p. 393.

¹⁰⁹ SARLET, Ingo. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. p. 29.

¹¹⁰ BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. p. 13.

¹¹¹ BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. p. 13.

A expressão direitos humanos é sem dúvida uma das mais usadas, atualmente, na cultura jurídica e política, tanto pelos cientistas e filósofos que se ocupam do nome do Estado e do Direito, como pelos cidadãos. Por sua função reguladora e de legitimidade dos sistemas políticos e dos ordenamentos jurídicos, e pela convicção de muitos homens do que constitui uma garantia para sua dignidade e o principal canal para sua liberdade e sua igualdade, a compreensão adequada dos direitos é somente uma tarefa teórica, sendo de um grande alcance prático.¹¹²

Pode-se afirmar, portanto, que os direitos humanos são de extrema relevância para os avanços políticos e a melhoria das condições pessoais e sociais, em especial, de grupos historicamente discriminados e vulneráveis às violações de direitos básicos, como negros, mulheres e crianças. Também são consideradas de fundamental importância as leis e políticas públicas nacionais e internacionais como instrumentos necessários para a efetivação desses direitos. Entretanto, são muitas as dificuldades no momento de se estabelecerem acordos necessários em relação ao conteúdo dessas leis e políticas, assim como sua aplicação ou operacionalização, de forma que atendam a todas as pessoas, satisfatoriamente, considerando os diversos contextos sociais e políticos.¹¹³

1.3 A SAÚDE E OS DIREITOS HUMANOS NO PLANO INTERNACIONAL

A historicidade dos direitos humanos é um processo de constante construção e reconstrução. “Enquanto reivindicações morais, os direitos humanos são fruto de um espaço simbólico de luta e ação social, na busca por dignidade humana, o que compõe um construído axiológico emancipatório”.¹¹⁴

Segundo Bobbio, “os direitos do homem nascem como direitos naturais universais, desenvolvem-se como direitos positivos particulares, para finalmente

¹¹² PECES-BARBA, Gregório. **Curso de derechos fundamentales**: teoría general. Madrid: Universidad Carlos III de Madrid, 1999. p. 21.

¹¹³ VENTURA, Miriam. **Direitos humanos e saúde**: possibilidades e desafios. Saúde e direitos humanos/Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Grupo Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman. Rio de Janeiro, ano 7, n. 7, 2010, p. 88-100. 2011. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_direitos_humanos_ano7_n7.pdf. Acesso em: 03 ago. 2018.

¹¹⁴ PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 2017. p. 197-198.

encontrarem sua plena realização como direitos positivos universais”. A Declaração Universal contém o resumo de um movimento dialético que começa pela universalidade abstrata dos direitos naturais, transforma-se na particularidade concreta dos direitos positivos, e finda na universalidade não mais abstrata, mas também concreta, dos direitos positivos universais.¹¹⁵

O marco do processo de proteção internacional dos direitos humanos situa-se no surgimento do direito humanitário e na criação da Liga das Nações e da Organização Internacional do Trabalho.¹¹⁶ Isso porque, para que os direitos humanos se internacionalizassem, foi indispensável redefinir o âmbito e o alcance do tradicional conceito de soberania estatal, com intuito de permitir o advento dos direitos humanos como questão de legítimo interesse internacional. Foi preciso, ainda, redefinir o *status* do indivíduo no cenário internacional, para que se tornasse verdadeiro sujeito de Direito Internacional.¹¹⁷

¹¹⁵ BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. p. 18.

¹¹⁶ PILAU SOBRINHO, Liton Lanes. **Direito à saúde: uma perspectiva constitucionalista**. Passo Fundo: UPF, 2003.p. 49.

¹¹⁷ PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 2017. p. 199.

Nesse sentido, o Direito Humanitário foi a primeira expressão de que, no plano internacional, há limites à liberdade e à autonomia dos Estados, ainda que na hipótese de conflito armado.

A Liga das Nações¹¹⁸, por sua vez, veio a reforçar essa mesma concepção, apontando para a necessidade de relativizar a soberania dos Estados. Criada após a Primeira Guerra Mundial, a Liga das Nações tinha como finalidade promover a cooperação, paz e segurança internacional, condenando agressões externas contra a integridade territorial e a independência política dos seus membros. [...]. Ao lado do Direito Humanitário e da Liga das Nações, a Organização Internacional do Trabalho [...] também contribuiu para o processo de internacionalização dos direitos humanos. Criada após a Primeira Guerra Mundial, [...] tinha por finalidade promover padrões internacionais de condições de trabalho e bem-estar. Sessenta anos após a sua criação, a Organização já contava com mais de uma centena de Convenções internacionais promulgadas, às quais Estados partes passavam a aderir, comprometendo-se a assegurar um padrão justo e digno nas condições de trabalho.¹¹⁹

Portanto, o surgimento da Organização Internacional do Trabalho, da Liga das Nações e do Direito Humanitário registra o fim de uma época em que o Direito Internacional era limitado a regular relações entre Estados, no âmbito estritamente governamental. Por meio desses institutos, não mais se buscava a proteção de arranjos e concessões recíprocas entre os Estados; buscava-se, sim, o alcance de obrigações internacionais a serem garantidas ou implementadas coletivamente. Essas obrigações internacionais estavam voltadas à salvaguarda dos direitos do ser humano e não das prerrogativas dos Estados.¹²⁰

Entretanto, a consolidação da internacionalização dos direitos humanos teve início na segunda metade do século XIX, findando com a Segunda Guerra

¹¹⁸ A Convenção da Liga das Nações, de 1920, continha previsões genéricas relativas aos direitos humanos, destacando-se as voltadas ao *mandate system of the League*, ao sistema das minorias e aos parâmetros internacionais do direito ao trabalho — pelo qual os Estados se comprometiam a assegurar condições justas e dignas de trabalho para homens, mulheres e crianças. Esses dispositivos representavam um limite à concepção de soberania estatal absoluta, na medida em que a Convenção da Liga estabelecia sanções econômicas e militares a serem impostas pela comunidade internacional contra os Estados que violassem suas obrigações. Redefinia-se, desse modo, a noção de soberania absoluta do Estado, que passava a incorporar em seu conceito compromissos e obrigações de alcance internacional no que diz respeito aos direitos humanos. PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.p. 201.

¹¹⁹ PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 2017. p. 201.

¹²⁰ PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 2017. p. 203-204.

Mundial.¹²¹ Ou seja, foi a partir da aprovação da Declaração Universal de 1948 e da concepção contemporânea de direitos humanos, que começou a se desenvolver o Direito Internacional de Direitos Humanos, por meio da adoção de tratados internacionais voltados à proteção dos direitos fundamentais.¹²²

Nesse contexto, se a Segunda Guerra significou a ruptura com os direitos humanos, o pós-guerra passou a significar sua reconstrução, como paradigma e referencial ético a orientar a ordem internacional contemporânea.¹²³

Essa declaração marcou o aprofundamento da questão e a definitiva internacionalização dos direitos humanos, assentando no plano internacional os direitos individuais, de natureza civil e política, os direitos de conteúdo econômico e social, assim como novas espécies de direitos humanos como direitos dos povos e da humanidade.¹²⁴

Uma das principais qualidades da declaração é constituir-se em parâmetro e Código de atuação para os Estados integrantes da comunidade internacional. Ao consagrar o reconhecimento universal dos direitos humanos pelos Estados, a Declaração consolida um parâmetro internacional para a proteção desses direitos. Nesse sentido, a Declaração é um dos parâmetros fundamentais pelos quais a comunidade internacional “deslegitima” os Estados. Um Estado que sistematicamente viola a Declaração não é merecedor de aprovação por parte da comunidade mundial.¹²⁵

A declaração não se define como um tratado, mas como uma resolução que tem como finalidade o reconhecimento universal das liberdades fundamentais e dos direitos humanos pela internacionalização e universalização desses.¹²⁶

¹²¹ COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 67.

¹²² PIOVESAN, Flávia. **Temas de direitos humanos**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 44.

¹²³ PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 2017. p. 206.

¹²⁴ COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 69.

¹²⁵ PIOVESAN, Flávia. **Temas de direitos humanos**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 43-44.

¹²⁶ PILAU SOBRINHO, Liton Lanes. **Direito à saúde: uma perspectiva constitucionalista**. Passo Fundo: UPF, 2003.p. 52.

No que se refere à posição do Brasil em relação ao sistema internacional de proteção dos direitos humanos, observa-se que somente a partir do processo de democratização do País, deflagrado em 1985, é que o Estado brasileiro passou a ratificar relevantes tratados internacionais de direitos humanos.¹²⁷

Portanto, a Constituição Federal de 1988 constitui o marco jurídico da transição democrática e da institucionalização dos direitos humanos no Brasil, emprestando aos direitos e garantias grande destaque, situando-se como o documento mais avançado, abrangente e minucioso sobre a matéria na história constitucional do país.¹²⁸

Introduz o texto constitucional avanço extraordinário na consolidação dos direitos e garantias fundamentais, [...]. A Carta de 1988 consagra o fortalecimento da gramática dos direitos fundamentais, prevendo novos direitos e a titularidade de novos sujeitos de direito [...]. A Constituição brasileira de 1988 encontra-se, ainda, em absoluta harmonia com a concepção contemporânea de direitos humanos, caracterizada pela universalidade e indivisibilidade de direitos. Consagra a universalidade de direitos, na medida em que estabelece a dignidade humana como valor fundamente do Estado Democrático de Direito que busca instituir. Consagra a indivisibilidade de direitos, ao conjugar, ao lado da categoria de direitos civis e políticos, a categoria de direitos econômicos, sociais e culturais, sob o título “Dos Direitos e Garantias Fundamentais” (Título II da Constituição).¹²⁹

Portanto, as inovações introduzidas pela Carta de 1988, especialmente no que diz respeito ao primado da prevalência dos direitos humanos como princípio orientador das relações internacionais, foram fundamentais para a ratificação desses importantes instrumentos de proteção dos direitos humanos.¹³⁰

Nesse sentido, cabe mencionar que, desde a Constituição Federal, normas internas brasileiras e infralegais, assim como normas definidas em Tratados Internacionais, dispõem de diversos instrumentos jurídico-normativos que tratam de

¹²⁷ PIOVESAN, Flávia. **Temas de direitos humanos**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 46.

¹²⁸ PIOVESAN, Flávia. **Temas de direitos humanos**. 4 ed. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 46.

¹²⁹ PIOVESAN, Flávia. **Temas de direitos humanos**. 4 ed. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 430.

¹³⁰ PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 2017. p. 404.

variados aspectos relacionados ao direito à saúde, sempre voltados a garantir tal direito à cada indivíduo e também à sociedade.¹³¹

Assim, pode-se afirmar que a saúde é um direito humano e, como os demais direitos humanos, exige o envolvimento do Estado, ora para preservar as liberdades fundamentais, principalmente por meio da eficiente atuação do Poder Judiciário, ora para eliminar progressivamente as desigualdades, especialmente planejando e implementando políticas públicas.¹³²

Portanto, a saúde passou a ser vista no plano internacional quando, em 1946 passou a ser reconhecida por meio da Organização Mundial de Saúde (OMS), como um direito fundamental de todo o ser humano, sem distinção de raça, religião, credo, crença política, condição social ou econômica. Foi conceituada como pleno bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou outros agravos.¹³³

Diante disso, a Constituição Italiana de 1947¹³⁴, foi a primeira carta constitucional a dar tratamento especial à saúde, consagrando-a como direito do cidadão.¹³⁵

Entretanto, a saúde foi afirmada indiretamente como direito em 1948, por meio da Declaração Universal de Direitos Humanos¹³⁶, sendo admitida como

¹³¹ AI TH, Fernando. **Curso de direito sanitário**: a proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 2007. p. 71.

¹³² DALLARI, Sueli Gandolfi. Direito Sanitário. In: ARANHA, Márcio Iório (Org.). **Direito sanitário e saúde pública**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 48.

¹³³ ROCHA, Julio Cesar de Sá da. **Direito da saúde**: direito sanitário na perspectiva dos interesses difusos e coletivos. São Paulo: LTr, 1999. p. 43.

¹³⁴ Art. 32. A República tutela a saúde como direito fundamental do indivíduo e interesse da coletividade, e garante tratamentos gratuitos aos indigentes. Ninguém pode ser obrigado a um determinado tratamento sanitário, salvo disposição de lei. A lei não pode, em hipótese alguma, violar os limites impostos pelo respeito à pessoa humana.

CONSTITUIÇÃO ITALIANA 1937. Disponível em: https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg18/file/repository/relazioni/libreria/novita/XVII/COST_PORTOGHESE.pdf. Acesso em: 01 out. 2018.

¹³⁵ PILAU SOBRINHO, Liton Lanes. **Direito à saúde**: uma perspectiva constitucionalista. Passo Fundo: UPF, 2003.p. 123.

¹³⁶ A Declaração Universal dos Direitos do Homem foi adotada pela Organização das Nações Unidas, em 10 de dezembro de 1948. Esta declaração não possui caráter vinculante no sistema legal internacional, possui apenas valor moral.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Direito Sanitário. In: ARANHA, Márcio Iório (Org.). **Direito sanitário e saúde pública**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 47.

decorrência do direito a um nível de vida adequado, capaz de ser assegurado ao indivíduo e à sua família. Seu conceito jurídico pode ser compreendido numa análise sistemática, na qual se extrai a noção de saúde como sendo um completo bem-estar, que acompanhou a ideia-força traçada pela Organização Mundial de Saúde.¹³⁷

Assim, considerando seu processo histórico, além de direito humano, reconhecido pela Declaração Universal dos Direitos do Homem¹³⁸, da qual o Brasil é signatário, a saúde também passou a ser considerada direito fundamental pela Constituição do Brasil de 1988 (CF/1988), constituindo-se direito fundamental do homem.¹³⁹

A Magna Carta previu expressamente ser a saúde um direito de todos e caber ao Estado a responsabilidade pelo financiamento da saúde pública, alcançável por meio de políticas públicas que visem não somente à cura de doenças, mas também à prevenção e à promoção dessa.¹⁴⁰

Deve ser examinada e tutelada no contexto do ambiente, pois o mundo exterior e suas influências sobre a vida humana adquirem relevância. Ela se preocupa primeiramente com a prevenção dos males, mediante a garantia de condições de vida digna à população, sob uma visão global e coletiva.¹⁴¹

Assim tem-se que o direito à saúde implica em ações negativas e positivas do Estado e da sociedade, objetivando garantir o combate a doenças, assim como por

¹³⁷ ROCHA, Júlio Cesar de Sá da. **Direito da saúde**: direito sanitário na perspectiva dos interesses difusos e coletivos. p. 45.

¹³⁸ Artigo 25. Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a 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 em circunstâncias fora de seu controle. **DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS**. Assembléia Geral das Nações Unidas em Paris. 10 dez. 1948. Disponível em: <http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2018.

¹³⁹ SCHWARTZ, Germano. **O tratamento jurídico do risco no Direito à Saúde**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2004. p. 129.

¹⁴⁰ PILAU SOBRINHO, Liton Lanes. **Direito à saúde**: uma perspectiva constitucionalista. Passo Fundo: UPF, 2003.p. 99.

¹⁴¹ WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e federação na constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004. p. 119-120.

ações positivas e negativas no ambiente circundante para a prevenção da ocorrência das moléstias.¹⁴²

Seu aparato normativo produz a necessidade de uma interpretação sistêmica e lógica, bem como exige das autoridades públicas um dever de agir que se concretiza por intermédio de decisões, seja pela execução de uma política pública, ou pela normatização de um setor da saúde, assim como por uma decisão judicial visando garantir um tratamento.¹⁴³

As principais necessidades são dirigidas basicamente à construção de uma política de saúde efetivamente democrática, planejada e implementada com a participação da sociedade, baseada na descentralização, na universalização do acesso às ações e aos serviços de saúde, na integralidade da atenção e no comando único, como elementos essenciais para a reforma do setor. Para isso, se tornou indispensável uma nova concepção de Estado, que se fundasse na cooperação, na integração, na complementariedade e na solidariedade, capazes de dar respostas às necessidades da população, identificadas com critérios epidemiológicos e sociais e por uma nova redefinição das atribuições das três esferas.¹⁴⁴

Desse modo, tendo os direitos humanos como norteadores para a institucionalização da saúde no plano internacional, deve-se passar a compreender como tais prerrogativas foram adotadas no ambiente brasileiro e, principalmente, na Constituição Federal de 1988, que regulamentou o conceito de saúde e instituiu medidas de promoção, proteção e organização da saúde para todos.

¹⁴² WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e federação na constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004. p. 122.

¹⁴³ AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário**: a proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 2007. p. 71.

¹⁴⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. ARANHA, Márcio Iório (Org.). **Direito sanitário de saúde pública**. v. 1. Série E. Legislação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 37.

CAPÍTULO 2

FUNÇÃO SOCIAL PROTETIVA DO DIREITO À SAÚDE POR MEIO DA CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA DE 1988

2.1 CONCEITO DE SAÚDE

A discussão acerca do conceito de saúde atravessou séculos, desde os pensadores da Grécia Antiga até os dias atuais, revelando pensamentos distintos sobre o tema, ou seja, “de um lado o entendimento de que a saúde relacionava-se como o meio ambiente e as condições de vida dos homens; do outro, o conceito de saúde como ausência de doenças”.¹⁴⁵

Dessa maneira, o conceito evoluiu ao longo dos anos e pode ser dividido em três etapas. A primeira delas marcada pelo chamado paradigma saúde-doença, que sustentava uma concepção negativa de saúde, ou seja, ausência de doenças. Esse paradigma dominou a ciência médica por muito tempo, até mesmo por seu caráter fortemente intuitivo.¹⁴⁶

Entretanto, passou-se a entender que, tanto no nível individual quanto no coletivo, não havia base lógica para uma definição negativa de saúde, mesmo em suas versões aparentemente mais avançadas e completas. Em uma concepção rigorosamente clínica, portanto, a saúde não seria o oposto da doença e, por esse motivo, não poderia de modo algum ser definida como “ausência de doença”.¹⁴⁷

À vista disso, com o término da segunda guerra mundial, reconheceu-se que a saúde de uma população estava relacionada às suas condições de vida e de

¹⁴⁵ ROCHA, Júlio Cesar de Sá da. **Direito da saúde**: direito sanitário na perspectiva dos interesses difusos e coletivos. p. 43.

¹⁴⁶ BATISTA, Flávio Roberto. A universalização dos direitos humanos, o direito à saúde e a saúde pública. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo**, v. 110. p. 231-249, jan./dez. 2015.

¹⁴⁷ ALMEIDA FILHO, Naomar de. **O conceito de saúde**: ponto-cego da epidemiologia? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 3, n. 1, São Paulo, abr./dez. 2000.

que os comportamentos humanos poderiam se constituir em ameaça à saúde do povo e à segurança do Estado.¹⁴⁸

A experiência de uma segunda guerra, apenas vinte anos após a anterior, provocada em grande parte pelas mesmas causas da precedente, com capacidade de destruição várias vezes duplicada, gerou um consenso. Assim, a sociedade que sobreviveu a 1944, carente de recursos econômicos e com sua crença na forma de organização social destruída, entendeu necessário promover um novo pacto, personificado na Organização das Nações Unidas. “Esse organismo incentivou a criação de órgãos especiais destinados a promover a garantia de alguns direitos considerados essenciais aos homens”, dentre eles, o direito à saúde.¹⁴⁹

Em vista disso, a segunda fase da evolução tem por marco inicial a definição de saúde estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1946¹⁵⁰, na qual a “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”.¹⁵¹

A partir daí a definição negativa de saúde é abandonada e passa-se a adotar um conceito no sentido positivo e amplo, segundo o qual a responsabilidade

¹⁴⁸ DALLARI, Sueli Gandolfi. Direito Sanitário. In: ARANHA, Márcio Iório (Org.). **Direito sanitário e saúde pública**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 42.

¹⁴⁹ DALLARI, Sueli Gandolfi. Direito Sanitário. In: ARANHA, Márcio Iório (Org.). **Direito sanitário e saúde pública**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 44.

¹⁵⁰ BATISTA, Flávio Roberto. A universalização dos direitos humanos, o direito à saúde e a saúde pública. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo**, v. 110. p. 231-249, jan./dez. 2015. p. 03.

¹⁵¹ Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO), 1946.

Os Estados Membros desta Constituição declaram, em conformidade com a Carta das Nações Unidas, que os seguintes princípios são basilares para a felicidade dos povos, para as suas relações harmoniosas e para a sua segurança;

A saúde é 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.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 30 mar. 2018.

governamental pela saúde pública passa a ser declaradamente reconhecida e o direito à saúde definitivamente mencionado.¹⁵²

Assim, a saúde passa a ser considerada “o fator essencial na realização dos direitos fundamentais e até mesmo para se alcançar a segurança individual e dos Estados”.¹⁵³

Entretanto, embora a definição de saúde dada pela OMS fosse considerada avançada para a época em que foi realizada, acabaria por se tornar irreal, ultrapassada e unilateral.¹⁵⁴

Irreal, pois a perfeição é uma utopia; ultrapassada, pois pressupunha a distinção entre físico, mental e social, já afastada pela moderna ciência médica; e unilateral, na medida em que eliminava toda a subjetividade que impregnava a noção de bem-estar.¹⁵⁵

Dessa forma, face às críticas a essa definição de saúde, surgiu a terceira e atual fase, em que passou a prevalecer a ideia de que a teoria do conceito de saúde não estava unificada e sistematizada. Nessa última fase, a saúde passa a se caracterizar como, de um lado, um processo, que por ser dinâmico, carrega implicitamente a ideia de risco e, de outro, o objetivo desse mesmo processo.¹⁵⁶

Em todas as sociedades, a discussão sobre o conceito de saúde está relacionada ao conceito de doença. Entretanto, a doença, como todo evento relevante relacionado à existência humana, exige esclarecimento. A saúde, por sua vez, dá lugar à formulação de diversas regras práticas e morais, destinadas à sua conservação, sendo que essa elaboração discursiva para a sua proteção acaba por atingir a saúde individual, assim como a pública e coletiva, desenvolvendo, assim, todas ligações

¹⁵² CURY, Ieda Tatiana. **Direito fundamental à saúde: evolução, normatização e efetividade**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005. p. 43.

¹⁵³ CURY, Ieda Tatiana. **Direito fundamental à saúde: evolução, normatização e efetividade**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005. p. 43-44.

¹⁵⁴ SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. **O conceito de saúde**. Revista de saúde pública, São Paulo, v. 31, n. 5, 1997. p. 539.

¹⁵⁵ BATISTA, Flávio Roberto. A universalização dos direitos humanos, o direito à saúde e a saúde pública. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo**, v. 110. p. 231-249, jan/dez. 2015. p. 04.

¹⁵⁶ BATISTA, Flávio Roberto. A universalização dos direitos humanos, o direito à saúde e a saúde pública. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo**, v. 110. p. 231-249, jan/dez. 2015. p. 04.

possíveis existentes entre a saúde e as diferentes realidades sociais, culturais e jurídicas.¹⁵⁷

Desse modo, a definição de saúde está sujeita a discussões conceituais controversas e que têm como natureza essencial a multidisciplinariedade, uma vez que para se definir tal conceito é necessário a reunião de várias áreas de conhecimento como sociologia, antropologia, medicina, administração pública, direito, filosofia, entre outras.¹⁵⁸

Portanto, a saúde deve ser examinada no contexto do ambiente, ou seja, o mundo exterior e suas influências sobre a vida humana adquirem destaque, principalmente no caso dos trabalhadores. Deve-se ainda preocupar-se com a prevenção dos males, por meio da garantia de condições de vida digna à população, sob uma visão social e coletiva.¹⁵⁹

Assim, “não há saúde com doenças, e não há combate a doenças sem promoção da melhoria do ambiente circundante”. Dessa forma, a saúde deve ser considerada tanto enquanto ausência de males, como bem-estar físico, mental e social.¹⁶⁰

“Dentro dessa aproximação sobre saúde e doença, o conceito de saúde passou a ser encarado de forma mais abrangente, dando lugar ao que se chama de *representações de saúde*”.¹⁶¹

O estudo das representações da saúde e da doença nas sociedades modernas, assim como nas sociedades tradicionais tem interesse mais abrangente do que aquele suscitado pelas discussões no campo da medicina. Isso porque, a partir de um repertório coletivo de noções e de valores aplicados a experiências individuais

¹⁵⁷ AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário**: a proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 2007.p. 43.

¹⁵⁸ AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário**: a proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 2007.p. 43.

¹⁵⁹ WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e federação na constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004. p. 120.

¹⁶⁰ WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e federação na constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004. p. 121.

¹⁶¹ AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário**: a proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 2007.p. 44.

diversas, as pessoas acabam elaborando as suas representações sobre saúde e doença, de uma forma ativa.¹⁶²

O resultado obtido demonstra que a representação coletiva sobre a saúde significa, de um lado, uma espécie de comunicação coletiva comum, de denominador comum; de outro lado, representa uma forma de pressão da sociedade sobre o indivíduo, uma forma de imposição de ideal saudável de ser. Um corpo saudável, no sentido da representação coletiva de saúde será um corpo mais propenso à aceitação social do que um corpo doente. O corpo transforma-se, pela sua condição de saúde ou de doente, em um organismo vivo fundamental que condiciona a interação dos indivíduos com a sociedade. O corpo pode ser ao mesmo tempo um instrumento de inclusão (saúde) ou exclusão (doença).¹⁶³

Por meio das representações de saúde se verifica que a saúde é resultado da harmonia existente entre a pessoa e seu entorno social, cultural e religioso. A doença, por sua vez, em regra, não tem origem na pessoa, mas provém da incorporação de elementos nocivos que causam prejuízos à pessoa.¹⁶⁴

Assim, a saúde pode ser considerada um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade.¹⁶⁵

A conceituação da saúde deve ser entendida como algo presente: a concretização da sadia qualidade de vida, uma vida com dignidade. Algo a ser continuamente afirmado diante da profunda miséria por que atravessa a maioria da nossa população. Consequentemente a discussão e a compreensão da saúde passa pela afirmação da cidadania plena e pela aplicabilidade dos dispositivos garantidores dos direitos sociais da Constituição Federal.¹⁶⁶

Desse modo, pode-se dizer que o conceito de saúde não fica restrito à questão local, mas envolve a universalidade de diversos conceitos. E é diante dessa complexidade de conceitos que se inserem os novos direitos, como forma complementar de gerar a promoção, a prevenção e a cura de doenças, ensejando a

¹⁶² AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário**: a proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 2007.p. 45.

¹⁶³ AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário**: a proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 2007. p. 45.

¹⁶⁴ AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário**: a proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 2007.p. 46.

¹⁶⁵ SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. **O conceito de saúde**. Revista de saúde pública, São Paulo, v. 31, n. 5, 1997. p. 539.

¹⁶⁶ ROCHA, Julio Cesar de Sá da. **Direito da saúde**: direito sanitário na perspectiva dos interesses difusos e coletivos. p. 43.

quebra de paradigmas da atual situação, apoiando-se em novos pilares dos avanços surgidos com a evolução da ciência.¹⁶⁷

Portanto, os sistemas jurídicos da atualidade, ao reconhecerem a existência de um direito social à saúde, a acolhem em uma dupla perspectiva, adotada segundo o conceito de saúde pela OMS, em que a saúde compreende a perspectiva individual de busca de ausência de moléstias e, coletiva, de promoção da saúde em comunidade.¹⁶⁸

Nesse mesmo sentido, o conceito de saúde é adotado nos documentos internacionais relativos aos direitos humanos, uma vez que engloba desde a típica face individual do direito subjetivo à assistência médica em caso de doença, até a constatação da necessidade do Direito do Estado ao desenvolvimento, representada no direito a um nível de vida adequado à manutenção da dignidade humana, assim como no direito à igualdade.¹⁶⁹

Já, conforme se verá adiante, a Constituição do Brasil de 1988 adota o conceito amplo de saúde e reconhece não apenas a perspectiva de pretensão a um corpo e uma mente sem doenças, mas a condições de vida e meio ambiente equilibrados. O direito à saúde engloba a exigência de políticas públicas, econômicas e sociais que não impliquem em retrocesso na sua promoção, proteção e recuperação, mas que venham acelerar a consecução de tais fins^{170 171}.

¹⁶⁷ PILAU SOBRINHO, Liton Lanes. **Direito à saúde**: uma perspectiva constitucionalista. Passo Fundo: UPF, 2003.p. 128.

¹⁶⁸ WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e federação na constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004. p. 122.

¹⁶⁹ DALLARI, Sueli Gandolfi. Direito Sanitário. In: ARANHA, Márcio Iorio (Org.). **Direito sanitário e saúde pública**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 48.

¹⁷⁰ Artigo 3º. 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

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do DISPOSTO no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

BRASIL. Lei nº 8.080/1990, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 02 jun. 2018.

¹⁷¹ WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e federação na constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004. p. 124.

O conceito de saúde deve ser entendido como a concretização da qualidade de vida, ou seja, uma vida com dignidade. Algo a ser continuamente afirmado diante da profunda miséria por que atravessa a maioria da nossa população. Em consequência, a discussão e a compreensão da saúde passa pela afirmação da cidadania plena e pela aplicabilidade dos dispositivos garantidores dos direitos sociais da Constituição Federal.¹⁷²

2.2 PERSPECTIVA CONSTITUCIONAL DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

No Brasil, o reconhecimento e a positivação da saúde como um direito fundamental social atravessou um longo processo histórico nas Constituições, o que veio a se concretizar apenas na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Em uma análise histórica, tem-se que a primeira Constituição promulgada no Brasil foi a de 1824, que se caracterizou pelo forte conteúdo liberal. Nesse período, a nação estava em processo de estruturação e, por esse motivo, a constituição não fazia menção ao direito à saúde, entretanto, assegurava o direito ao socorro público como garantia de direito civil e político. Nessa época, a saúde era considerada uma tragédia advinda dos deuses; assim, atribuía-se ao catolicismo a tarefa de prestar socorro público nas Santas Casas de Misericórdia, instituições piedosas mantidas com seu próprio patrimônio. A Carta constitucional republicana de 1891, por sua vez, não diferiu da anterior, vez que não trouxe mudanças no tema saúde, o que pode ser entendido na perspectiva de que a sociedade continuava em processo de estruturação e a saúde ainda era tida como uma questão celestial.¹⁷³

A Constituição de 1934 veio positivar os direitos de segunda geração (direitos sociais), deixando claro que caberia ao Estado o amparo à assistência social. Já, o texto constitucional de 1937, não se referiu ao termo saúde, visto que seu principal objetivo era fortalecer o poder do executivo, dando a esse atribuições do legislativo e concentrando o poder na figura do presidente da República. A carta constitucional de 1945, por sua vez, procurou restabelecer o Estado democrático,

¹⁷² ROCHA, Júlio Cesar de Sá da. **Direito da saúde:** direito sanitário na perspectiva dos interesses difusos e coletivos. p. 43.

¹⁷³ PILAU SOBRINHO, Liton Lanes. **Direito à saúde:** uma perspectiva constitucionalista. Passo Fundo: UPF, 2003. p. 94.

retomando as medidas que resguardam os direitos individuais. “Essa constituição voltou-se para as constituições de 1934 e de 1937, sendo omissa em relação à saúde.”¹⁷⁴

O ano de 1964 é marcado pela era da ditadura militar, momento em que a população perde seus direitos de cidadão comum. No campo social, a sociedade passa a se reger por emendas e atos institucionais. Assim, sob a influência dessa Constituição, a Carta de 1967, repete o dispositivo da anterior. Unida à esta, surge a emenda constitucional nº 1 de 1969, que traz em seu artigo 165 que nada pode ser mudado sem que seja estabelecida a fonte geradora do financiamento.¹⁷⁵

A Constituição brasileira de 1988, por sua vez, estabeleceu em seus dispositivos os grandes pactos políticos e sociais realizados pela sociedade no período da redemocratização. Em um momento democrático e participativo da história do Brasil, a sociedade definiu e positivou um modelo de Estado de direito que reconhece que todo poder emana do povo, o que veio consolidar o regime democrático.¹⁷⁶

Assim, a Magna Carta de 1988 acabou por trazer um novo conceito de seguridade social¹⁷⁷, impondo uma transformação radical no sistema de saúde brasileiro, vez que reconheceu a saúde como direito social¹⁷⁸ e definiu um novo paradigma para a ação do Estado na área.¹⁷⁹

¹⁷⁴ PILAU SOBRINHO, Liton Lanes. **Direito à saúde: uma perspectiva constitucionalista**. Passo Fundo: UPF, 2003. p. 94.

¹⁷⁵ PILAU SOBRINHO, Liton Lanes. **Direito à saúde: uma perspectiva constitucionalista**. Passo Fundo: UPF, 2003. p. 94-95.

¹⁷⁶ BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas. **Judicialização da saúde**. São Paulo: Saraiva, 2017. p. 114.

¹⁷⁷ Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 03 abr. 2018.

¹⁷⁸ Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil.

¹⁷⁹ MERCADANTE, Otávio Azevedo. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 248-249.

Esta Constituição estabeleceu que a Saúde é uma "política social" (art. 6º), "direito de todos e dever do Estado" (art. 196). É política de "relevância pública" (art. 197) parte integrante da "Seguridade Social" (art. 194), devendo ser "financiada por toda a sociedade", de forma direta e indireta, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (art. 195, e, 88 10 e 20, I, II e III do art. 198), além de contribuições sociais (I, II e III, do art. 195) e outras fontes (§ 19, art. 198), jamais podendo ser reservada apenas e na quantidade que alguém possa individualmente financiar, mas, na medida da necessidade dos indivíduos e das coletividades (II do art. 198). É direito universal, ou seja, de todos os brasileiros e estrangeiros que vivem no Brasil. E, ainda, como "direito fundamental", tem aplicação imediata (§ 1º, do art. 5º).¹⁸⁰

Desta feita, a saúde passou a se destacar normativamente no artigo 196 da CF/88, como direito à prestações públicas:¹⁸¹

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 ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.¹⁸²

Entretanto, tal direito não excluiu a perspectiva de não ter o cidadão a sua saúde agredida por ações do Estado ou de particulares, uma vez que o Estado possui a obrigação de fiscalizar e controlar atividades que sejam nocivas à saúde, protegendo o ser humano contra o risco de doenças e outros agravamentos.¹⁸³

Assim, pode-se dizer que a Constituição Federal de 1988 inovou ao constitucionalizar a saúde como direito fundamental, na medida em que as referências eventualmente encontradas em textos constitucionais anteriores, quando existentes, se limitavam às regras sobre distribuição de competências executivas e legislativas ou à proteção específica de algum direito dos trabalhadores.¹⁸⁴

A partir desse destaque na área da saúde, duas definições passam a ser assinaladas. Em primeiro lugar, a inscrição de que a saúde é um direito de cada

¹⁸⁰ BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. In: ARANHA, Márcio Iório (Org.). **Direito sanitário e saúde pública**. p. 39.

¹⁸¹ WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e federação na constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004. p. 123.

¹⁸² BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil.

¹⁸³ WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e federação na constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004. p. 123.

¹⁸⁴ SARLET, Ingo Wolfgang. Da saúde. In: CANOTILHO, J. Gomes. **Comentários à constituição do Brasil**. São Paulo: Saraiva, 2013. p. 1925-1926.

cidadão, logo dever do Estado. Dever que compreende a promoção de políticas sociais e econômicas geradoras de bem-estar e a garantia de acesso universal e igualitário a uma saúde integral. Em segundo lugar, a saúde no Brasil passou a ser orientada por princípios gerais com a universalização, o atendimento integral com prioridade para ações preventivas e com a participação da comunidade.¹⁸⁵

O texto constitucional declara que é um direito de todos, sem qualquer distinção e que os prestadores de serviços não podem negar atendimento a ninguém. Dessa forma, cabe ao Estado a responsabilidade pelo financiamento da saúde pública, buscando planejar políticas públicas de saúde que visem não somente à cura de doenças, mas também, à prevenção e à promoção de saúde.¹⁸⁶

Além de se deduzir da Constituição que o direito à saúde é um direito fundamental (como complexo de deveres e direitos subjetivos negativos e positivos), também parece certo dizer que, além de ser um direito de todos, é um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos.¹⁸⁷

Isso por que a Lei Fundamental também consagrou a proteção e a promoção da saúde como um objetivo do Estado, assumindo uma condição de norma do tipo programático. Daí se vê que a dimensão programática convive com o direito fundamental e que a eficácia é, portanto, das normas que, distintas entre si, impõem deveres ou atribuem direitos igualmente diferenciados quanto ao seu objeto.¹⁸⁸

A saúde, considerada um direito fundamental do ser humano, acaba por exigir que o Estado forneça as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, sendo que tal dever consiste na formulação e execução de políticas econômicas e

¹⁸⁵ PASCHE, Dário Frederico; HENNINGTON, Élide Azevedo. O Sistema único de saúde e a promoção da saúde. In: CASTRO, Adriana; MALO, Miguel. **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006. p. 21-22.

¹⁸⁶ PILAU SOBRINHO, Liton Lanes. **Direito à saúde**: uma perspectiva constitucionalista. Passo Fundo: UPF, 2003.p. 99.

¹⁸⁷ SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 11. ed. rev. atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2012. p. 295.

¹⁸⁸ SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 11. ed. rev. atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012. p. 295.

sociais que visam à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.¹⁸⁹

Portanto, a garantia do direito à saúde referida no artigo 196 da Constituição ingressa, exata e precisamente, no rol daquele conjunto integrado de iniciativa dos Poderes Públicos voltadas para a realização da nova ordem social, cujos objetivos são o bem-estar e a justiça sociais.¹⁹⁰

Ademais, em razão da proteção e da promoção da saúde serem direitos sociais, caracterizados por comportarem uma esfera de direito individual e outra de projeção coletiva, no âmbito dessa última, impõe-se ao Estado o dever de realizar ações positivas para satisfação e garantia do direito à saúde.¹⁹¹

A proteção constitucional do direito à saúde deve ser garantida mediante políticas econômicas e sociais, vez que se está diante de um Estado interventor que deve atuar de forma positiva na prestação sanitária.¹⁹² Dessa forma, o Estado está juridicamente obrigado a exercer ações e serviços de saúde visando à construção da nova ordem social, uma vez que a Constituição lhe dirige propositadamente essas tarefas.¹⁹³ Entretanto, o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.¹⁹⁴

¹⁸⁹ Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

¹⁹⁰ TOJAL, Sebastião Botto de Barros. A constituição dirigente e o direito regulatório do estado social: o direito sanitário. In: ARANHA, Márcio Iório (Org.). **Direito sanitário e saúde pública**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 27.

¹⁹¹ WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e federação na constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004. p. 119.

¹⁹² SCHWARTZ, Germano. **O tratamento jurídico do risco no Direito à Saúde**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2004. p. 101.

¹⁹³ TOJAL, Sebastião Botto de Barros. A constituição dirigente e o direito regulatório do estado social: o direito sanitário. In: ARANHA, Márcio Iório (Org.). **Direito sanitário e saúde pública**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 28.

¹⁹⁴ Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. (...)

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Sendo assim, o Estado e todo o seu aparato são meios para o bem-estar do homem e não podem ser considerados fins em si mesmos ou meios para outros fins.¹⁹⁵

A saúde não tem apenas um aspecto individual, e, portanto, não basta que sejam colocados à disposição das pessoas todos os meios para a promoção, proteção ou recuperação da saúde para que o Estado responda satisfatoriamente à obrigação de garantir a saúde do povo. Hoje os Estados são, em sua maioria, forçados por disposição constitucional a proteger a saúde contra todos os perigos. Até mesmo contra a irresponsabilidade de seus próprios cidadãos. A saúde “pública” tem um caráter coletivo.¹⁹⁶

Assim, o direito à saúde, como direito social de segunda geração, exige do Estado a adoção de ações concretas para sua promoção, proteção e recuperação, como a construção de hospitais, adoção de programas de vacinação, contratação de médicos, etc. De outro modo, o direito à saúde também se configura em um direito subjetivo público, oponível ao Estado por meio de ação judicial uma vez que permite que um cidadão ou a coletividade exijam desse o fornecimento de um medicamento específico ou de um tratamento cirúrgico. Dessa forma, se trata ao mesmo tempo de um direito social e de um direito subjetivo, pois permite que um cidadão ou uma coletividade exijam que o Estado adote medidas específicas em benefício da sua saúde ou que ele se abstenha de adotar ações que possam causar prejuízos à saúde individual ou coletiva.¹⁹⁷

Dessa forma,

¹⁹⁵ BARCELLOS, Ana Paula de. **A eficácia jurídica dos princípios constitucionais:** o princípio da dignidade da pessoa humana. Rio de Janeiro: Renovar, 2002. p. 26.

¹⁹⁶ DALLARI, Sueli Gandolfi Dallari. Direito sanitário. In: ARANHA, Márcio Iorio (Org). **Direito sanitário e saúde pública.** v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 48-49.

¹⁹⁷ AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário:** a proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 2007.p. 73.

O Estado é necessário como poder de organização, de sanção e de execução, porque os direitos têm que ser implantados, porque a comunidade de direito necessita de uma jurisdição organizada e de uma força para estabilizar a identidade, e porque a formação da vontade política cria programas que têm que ser implementados. Tais aspectos não constituem meros complementos, funcionalmente necessários para o sistema de direitos, e sim, **implicações** jurídicas objetivas, contidas **in nuce** nos direitos subjetivos. Pois o Poder organizado politicamente não se achega ao direito como que a partir de fora, uma vez que é **pressuposto** por ele: ele mesmo se estabelece em formas do direito- O poder político só pode desenvolver-se através de um código jurídico institucionalizado na forma de direitos fundamentais.¹⁹⁸

Assim, a construção da democracia brasileira passa a incluir, no campo sanitário, a construção de uma política de Estado que reconhece a saúde como direito de todo cidadão. Diante disso, a reconstrução da base jurídico-legal que conforma a área e lhe fornece as orientações gerais para a sua organização e para a reorganização de serviços, práticas e modos de gestão e de atenção, aproximando-os das necessidades de saúde da população.¹⁹⁹

Torna-se, portanto, um desafio para a agenda sanitária, a busca pela ampliação do acesso, compreendida como a capacidade dos serviços de saúde de acolher as necessidades de saúde e, ao mesmo tempo, promover a reorganização das práticas, tornando-as resolutivas e integrais.²⁰⁰

À vista disso, em 19 de setembro de 1990, houve a aprovação da Lei Federal no 8.080, chamada de Lei Orgânica da Saúde, que estabelece as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e indica, ainda, mecanismos para a operacionalização das disposições constitucionais, definindo as atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS) nas três esferas de governo.²⁰¹

¹⁹⁸ HABERMAS, Jürgen. **Direito e democracia**: entre facticidade e validade. Tradução Flávio Beno Siebeneichle. v. 1. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997. p. 171.

¹⁹⁹ PASCHE, Dário Frederico; HENNINGTON, Élide Azevedo. **O Sistema único de saúde e a promoção da saúde**. In: CASTRO, Adriana; MALO, Miguel. **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006. p. 21.

²⁰⁰ PASCHE, Dário Frederico; HENNINGTON, Élide Azevedo. **O Sistema único de saúde e a promoção da saúde**. In: CASTRO, Adriana; MALO, Miguel. **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006. p. 30.

²⁰¹ BRASIL. **Direito sanitário e saúde pública**, p. 41.

Ou seja, o SUS passa, então, a cumprir uma dupla função, recriando as bases doutrinárias do sistema de saúde e, reconstruindo a rede de atenção e seus serviços.²⁰²

Portanto,

O reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado pela Magna Carta (CF, arts. 6º e 196) foi extremamente significativo, incorporando ao rol de direitos protegidos pelo Estado um direito social de primeira grandeza. Esse reconhecimento expresso do direito à saúde pela Constituição foi fundamental para o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro, especialmente com a criação constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS) (CF, arts. 196 a 200).²⁰³

Sendo assim, o modelo assistencial do SUS caracterizou-se por uma mudança de extrema importância, uma vez que determinou como serão produzidas as ações de saúde, bem como a maneira que irão se organizar frente aos desafios encontrados para colocar em prática o direito mais básico do ser humano, que é a saúde.

2.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, PRINCÍPIOS E ATRIBUTOS

Tendo como base o artigo 200 da CF/88²⁰⁴, a saúde passou a ser regulamentada pela Lei Orgânica nº 8.080/90, que dispôs sobre as condições para a

²⁰² PASCHE, Dário Frederico; HENNINGTON, Élide Azevedo. O Sistema único de saúde e a promoção da saúde. In: CASTRO, Adriana; MALO, Miguel. **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006.p. 21.

²⁰³ BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas. **Judicialização da saúde**. São Paulo: Saraiva, 2017 p. 115.

²⁰⁴ 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;
 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.
BRASIL. Constituição Federal de 1988.

promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, criando, dessa forma, o Sistema Único de Saúde.

A história, a trajetória e os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) e da promoção da saúde comumente se confundem e, nessa medida, a análise dos textos históricos de suas emergências é condição para a visualização de pontos de contato, de confluência e de tensão.²⁰⁵

Pois suas origens remontam a partir da crise do modelo médico assistencial privatista hegemônico evidenciado na segunda metade do século passado que teve como principais características o privilégio de atendimento apenas para uma parte da população em detrimento das ações coletivas, a criação de um complexo médico-industrial e o deslocamento da prestação dos serviços médicos a entes privados lucrativos e não-lucrativos.²⁰⁶

A Constituição Federal, ao mesmo tempo em que reconhece a saúde como um direito de todos, confere ao Estado a responsabilidade de organizar um conjunto de ações e serviços públicos de saúde capazes de reduzir os riscos de doenças e de outros agravos à saúde, bem como de garantir à população o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Para que o Estado seja capaz de cumprir esse importante objetivo, a Constituição Federal criou o Sistema Único de Saúde, instituição-organismo de Direito Público que reúne os instrumentos necessários para que o Estado brasileiro desenvolva as atividades necessárias para a garantia do Direito à Saúde no Brasil.²⁰⁷

O SUS se origina de um contexto de disputa política, onde estavam em jogo as próprias regras da democracia formal brasileira, o que possibilitou a

²⁰⁵ PASCHE, Dário Frederico; HENNINGTON, Élida Azevedo. O Sistema único de saúde e a promoção da saúde. In: CASTRO, Adriana; MALO, Miguel. **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006.p. 20.

²⁰⁶ BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS 20 anos. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Brasília**: CONASS, 2009. Disponível em: <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/sus20anosfinal.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2018. p. 18-19.

²⁰⁷ AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário**: a proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 2007.p. 339-340.

incorporação à sua base doutrinária de um ideário welfariano de política, embasado na universalidade do acesso a serviços integrais.²⁰⁸

Trata-se de uma instituição jurídica criada pela CF de 1988²⁰⁹, que se organiza como um conjunto individualizado, dotado de uma organização interna que se equilibra com o direito positivo e representa uma situação jurídica permanente. É formado pela rede de ações e serviços públicos de saúde prestados no país, reunindo em si todas as instituições jurídicas que desenvolvem ações e serviços públicos de saúde no Brasil.²¹⁰

A criação do SUS rompeu definitivamente com o padrão político anterior à CF de 1988 e afirmou um compromisso de proteção social abrangente, justo e democrático para todos, no qual o Estado tem o dever de promover a atenção à saúde mediante políticas sociais e econômicas que garantam o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.²¹¹

Embora se constitua uma instituição jurídica de extrema relevância para o Direito Sanitário, o SUS não possui personalidade jurídica própria. É um sistema dotado de todos os elementos que caracterizam uma instituição em conformidade com o direito positivo e sua definição passa pela compreensão de um conjunto de normas jurídicas que define os seus integrantes, estabelece seu campo de atuação, cria os

²⁰⁸ PASCHE, Dário Frederico; HENNINGTON, Élida Azevedo. **O Sistema único de saúde e a promoção da saúde**. In: **ASTRO, Adriana; MALO, Miguel. SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006.p. 29-30.

²⁰⁹ 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.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

²¹⁰ AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário**: a proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 2007.p. 341.

²¹¹ RIBEIRO, Carla Trevisan Martins; RIBEIRO, Marcia Gonçalves; ARAÚJO, Alexandra Pruffer; MELLO, Lívia Rodrigues; RUBIM, Luciana da Cruz; FERREIRA, Joyce Espírito Santo. O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2010;28(1):43-8. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2010.v28n1/43-48/pt>. Acesso em 03 dez. 2018. p. 45.

seus mecanismos de ação e prevê formas de sancionar eventuais descumprimentos.²¹²

Como organismo, o SUS é composto por um conjunto de instituições jurídicas autônomas e complementares entre si (Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde, Autarquias (Agências), Fundações, Conferências de Saúde, Conselhos de Saúde, Fundos de Saúde, dentre outras), que lhe dão corpo, consistência e vida.²¹³

Desde o princípio, o SUS busca superar a fragmentação político-institucional das intervenções em saúde e a centralidade das ações programáticas. Por isso, o SUS trabalha pela consecução de uma organização do sistema e dos serviços de saúde que sejam realizados conforme a análise do perfil epidemiológico das regiões, a integração de medidas de promoção, prevenção e tratamento, a equidade no acesso, a articulação entre os diferentes níveis de complexidade de atenção, o processo democrático na tomada de decisões, assim como as necessidades sanitárias percebidas pela população.²¹⁴

Foi pensado como um sistema para unificar o estado de produção de cuidado e para racionalizar a organização e a gestão da atenção à saúde²¹⁵ e despontou para descentralizar a saúde, cujo provimento não fica mais apenas sob a responsabilidade da União, passando, também, aos Estados e Municípios.²¹⁶

²¹² AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007.p. 342.

²¹³ AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007.p. 342-343.

²¹⁴ CASTRO, Adriana; MALO, Miguel. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006. p. 13.

²¹⁵ ACIOLE, Giovanni Gurgel. **A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 246.

²¹⁶ PILAU SOBRINHO, Liton Lanes. **Direito à saúde: uma perspectiva constitucionalista**. Passo Fundo: UPF, 2003.p. 106.

[...] a execução direta de ações e serviços públicos de saúde pelo Estado pressupõe a existência de um conjunto de instituições jurídicas de direito público a quem são conferidos poderes e responsabilidades específicos para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Todas as ações e serviços de saúde executados pelas instituições-organismos de Direito público serão consideradas ações e serviços públicos de saúde e estarão, portanto, dentro da esfera de atuação do Sistema Único de Saúde e sujeitos aos seus princípios e diretrizes.²¹⁷

Também serão consideradas ações e serviços públicos de saúde, integrantes do SUS, aquelas executadas por instituições privadas nos termos do § 1º do Art. 199 da Constituição²¹⁸. As instituições privadas de saúde que firmem convênios ou contratos com as instituições de direito público do SUS, tais como as Santas Casas, as entidades filantrópicas e alguns hospitais privados, passam a integrar o SUS e ter as suas ações e serviços de saúde vinculadas integralmente às diretrizes e aos princípios constitucionais do SUS.²¹⁹

Constitui-se como estratégia para garantir a atenção e o cuidado à saúde da população e nasce como um compromisso do Estado com a população, com a função de garantir cobertura universal e atendimento integral, a partir da descentralização de atribuições e responsabilidades entre as esferas do governo.²²⁰

Aliás, o texto constitucional deixa claro que o modelo de saúde está voltado para as necessidades da saúde da população, tendo no compromisso do Estado com o bem-estar social organizá-lo numa lógica universal e igual, financiada por fontes de

²¹⁷ Neste mesmo sentido prevê o artigo 4º da Lei nº 8.80/90: Art. 4º 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, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.

²¹⁸ 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.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.

²¹⁹ AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário:** a proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 2007.p. 341-342.

²²⁰ COSTA, Ana Maria; PONTES, Anna Cláudia Romano; ROCHA, Dais Gonçalves. Intersetorialidade na produção e promoção da saúde. In: CASTRO, Adriana. **SUS:** resignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006. p. 97.

diversas receitas de impostos e contribuições sociais, dos orçamentos da União, dos estados e dos municípios.²²¹

Em razão de se tratar de uma instituição jurídica pertencente ao Direito sanitário, o SUS está sujeito aos princípios que o orientam, os quais, fornecidos pela Constituição Federal, servem de base para o sistema e constituem seu fundamento.²²²

Tais princípios estabelecem um conjunto de proposições que fundamentam ou embasam um sistema e lhe conferem legitimidade. Traduzem uma concepção e apontam para a ação, para o objetivo, norteando a operacionalização e implementação de ações no serviço público e nos serviços privados de relevância pública. Definem o fazer da administração pública, assim como direcionam os atos administrativos, sendo considerados o ponto de partida e a base de referência para o controle social do SUS.²²³

Uma vez estabelecidos os princípios que organizam o SUS, a Constituição aponta os caminhos (diretrizes) que devem ser seguidos para que se alcance os objetivos nela previstos. Se os princípios são os alicerces do Sistema, as diretrizes são os seus contornos. O recado dado pela Constituição é evidente: os objetivos do SUS devem ser alcançados de acordo com os princípios fundamentais e em consonância com diretrizes expressamente estabelecidas pela Constituição e pela Lei Orgânica da Saúde. Tais princípios e diretrizes vinculam todos os atos realizados no âmbito do Sistema (sejam eles da Administração Direta ou Indireta, sejam eles normativos ou fiscalizatórios).²²⁴

Dessa forma, pode-se dizer que os contornos desse modelo de atenção estão configurados nos princípios constitucionais da universalidade, equidade e integralidade da assistência. Tais elementos de natureza doutrinária apontam a construção de um sistema de saúde que reverta a lógica de provisão de ações e serviços, reorientando a tendência hegemônica da assistência médico-hospitalar,

²²¹ IBAÑEZ, Nelson; ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de. O SUS estrutura e organização. In: **Manual de saúde pública & saúde coletiva no Brasil** / editor Juan Stuardo Yazlle Rocha. São Paulo: Editora Atheneu, 2012. p. 115.

²²² AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007.p. 353-354.

²²³ BRASIL; Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da educação na saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**. p. 60.

²²⁴ AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007.p. 354.

predominante no modelo anterior, substituindo-a por um modelo de atenção orientado para a vigilância à saúde.²²⁵

A regra do artigo 196 traz duas normas específicas sobre o desenvolvimento das atividades estatais: a universalidade e a igualdade nas ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Ambas se consideram concretizações do princípio da isonomia e se referem à necessidade de amplo acesso de todos os cidadãos aos serviços e ações de saúde pública.²²⁶

O conceito de universalidade baseia-se no fato legal, [...] de que todos os cidadãos brasileiros têm direito à saúde, sendo o Estado o provedor dos serviços. Assim, o Estado deve garantir o acesso aos serviços e ações necessários para a manutenção da saúde da população brasileira, de forma igualitária, sem discriminações de quaisquer origens. Aqui, consideramos serviços as unidades básicas de saúde (UBS), ambulatorios, hospitais, serviços de pré-atendimento hospitalar, entre outros, e ações a imunização e a vigilância em saúde, com os programas de controle de diversas doenças e agravos, como tuberculose, hanseníase, tabagismo, entre outros, bem como o controle da produção de bens de consumo. Em resumo, as ações são abrangentes, não estando limitadas a um serviço único; elas acontecem em todas as situações de assistência à saúde.²²⁷

Daí se entende que as ações e serviços devem estar acessíveis a todos os que deles necessitem, assim como serem fornecidos de forma igual e equitativa, a fim de que sejam prestados sem discriminação de qualquer natureza, assim como devem ser fornecidos de forma gratuita.²²⁸

²²⁵ MERCADANTE, Otávio Azevedo. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 250.

²²⁶ WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e federação na constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004. p. 158.

²²⁷ SOLHA, Raphaela Karla Toledo. **Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007. São Paulo: Érica, 2014. p. 22.

²²⁸ AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007. p. 354.

A universalidade possui a dimensão específica de que os serviços públicos devem ser destinados a toda a população indistintamente. O Sistema Único de Saúde não foi formulado apenas para a população carente (como uma política de assistência social) ou para os que contribuem à seguridade social (como uma prestação previdenciária), mas sim para a garantia de saúde a todos que necessitem e desejarem a ele (sistema público) recorrer. [...]

A igualdade no acesso às ações e serviços de saúde, por sua vez, revela primeiro uma conotação negativa, de vedação à discriminação na prestação dos serviços e ações de saúde. Não só os serviços públicos, mas também os privados – mesmo não conveniados ao SUS – devem obediência ao preceito da igualdade, até mesmo porque *“todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza”* (art. 5º, caput).²²⁹

Como consequência da universalidade e da igualdade, tem-se a impossibilidade dos entes federativos discriminarem qualquer pessoa em virtude da sua origem ou domicílio. Tal aspecto é ainda mais reforçado pela unidade do SUS, na medida em que os serviços da União, dos Estados e dos Municípios compõe uma rede integrada.²³⁰

Embora, o processo de implementação do SUS tenha se voltado à descentralização e à extensão da cobertura de serviços, bem como na busca da qualidade da atenção e do cuidado, expressas no princípio da integralidade, esse é seu maior desafio. Isso por que, se faz necessário aprofundar a reflexão sobre os diversos sentidos e dimensões da integralidade, que frequentemente está reduzida à garantia de acesso aos distintos níveis de complexidade da atenção, extrapola o âmbito dos serviços de saúde, relacionando-se, também, a formulações de políticas destinadas à produção da saúde tomada em seu sentido mais amplo.²³¹

²²⁹ WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e federação na constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004. p. 158-159.

²³⁰ WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e federação na constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004. p. 161.

²³¹ COSTA, Ana Maria; PONTES, Anna Cláudia Romano; ROCHA, Dais Gonçalves. Intersetorialidade na produção e promoção da saúde. In: CASTRO, Adriana. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006. p. 97.

Além da garantia de acesso às ações de saúde setoriais, ter saúde significa qualidade de vida, o que torna necessário o desenvolvimento de políticas de governo que melhorem a qualidade de vida das comunidades.²³²

Nesse sentido, a integralidade de assistência significa que o cidadão tem o direito de ser atendido e assistido sempre que necessitar, em qualquer situação de risco ou doença, fazendo o uso ou não de insumos, medicamentos, entre outros, sendo que o que define o atendimento é a necessidade do cidadão.²³³

Tanto no texto constitucional quanto na lei nº 8.080, fica claro que as ações e os serviços de saúde devem ser articulados entre o setor de saúde e os outros setores da sociedade, além de acontecerem com foco primordial na prevenção de doenças e promoção da saúde, sem prejuízo das ações de recuperação da saúde e reabilitação. [...]

Esse é um dos entendimentos do conceito de integralidade: organizar os serviços e ações de modo a oferecer cuidados que abranjam essas quatro faces da assistência à saúde, fazendo que elas se complementem, atendendo todas as necessidades de saúde da população.²³⁴

Promover a saúde significa recuperá-la como valor de uso e resgatá-la como instrumento de preservação e de desenvolvimento da vida. Significa interferir nos estilos e modos de vida e na produção de políticas públicas que tenham como prioridade o desenvolvimento do humano para a saúde. Para isso, é necessário que sejam construídas políticas públicas saudáveis, que venham propiciar a criação de ambientes favoráveis à saúde.²³⁵

²³² BRASIL; Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da educação na saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**. p. 64.

²³³ BRASIL; Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da educação na saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**. p. 64.

²³⁴ SOLHA, Raphaela Karla Toledo. **Curso de direito sanitário**: a proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 2007.p. 23-24.

²³⁵ PASCHE, Dário Frederico; HENNINGTON, Élida Azevedo. O Sistema único de saúde e a promoção da saúde. In: ASTRO, Adriana; MALO, Miguel. **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006.p. 27.

A explicitação dessa tarefa tem-se dado por sucessivas Normas Operacionais Básicas, pelas quais se tem caminhado progressivamente para consolidação do Sistema. [...]. A edição das Normas tem representado, outrossim, a expressão das divergências políticas predominantes nos espaços institucionais de poder, que ora se inclinam para políticas mais abrangentes, ora refletem a conjuntura constrangedora de gastos para a área da saúde.²³⁶

Já, no que diz respeito ao princípio da equidade ou da igualdade, esse se constitui a essência da dignidade da pessoa humana, ou seja,

O poder público deve oferecer condição de atendimento igual para todos. O que deve determinar o tipo e a prioridade para o atendimento é a necessidade das pessoas, por demanda própria ou identificadas pelo sistema de saúde e o grau de complexidade da doença ou agravo, e não a condição socioeconômica dos usuários, ou outros critérios particulares.²³⁷

A equidade é um valor baseado na justiça social, ou seja, todos possuem direito, mas nem todos têm as mesmas condições para acessar esse direito. Desse modo, o Estado deve prover as condições para que as pessoas sejam tratadas de forma justa, conforme sua necessidade.²³⁸

Além dos princípios previstos na CF de 1988, é necessário destacar, que a saúde brasileira também possui princípios organizativos que se fundamentam, primeiro, na regionalização e hierarquização como um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando à unificação desses e a divisão dos vários níveis de atenção à saúde para garantir formas de acesso a serviços disponíveis para todos; segundo, na descentralização e no comando único que trata da redistribuição de poder e responsabilidade entre os três níveis de governo, de modo que todos responsabilizam-se pela saúde, e, ainda, na concepção constitucional do mando único, segundo o qual cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões, devendo apenas respeitar os princípios gerais e a participação da

²³⁶ ACIOLE, Giovanni Gurgel. **A saúde no Brasil**: cartografias do público e do privado. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 246-247.

²³⁷ BRASIL; Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da educação na saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**. Direito sanitário e saúde pública. p. 64.

²³⁸ SOLHA, Raphaela Karla Toledo. **Saúde coletiva para iniciantes** - políticas e práticas profissionais. 2. ed. São Paulo: Érica, 2014. p. 41.

sociedade; e terceiro, na participação popular, uma vez que a sociedade deve participar do sistema de saúde.²³⁹

Assim, como se verá no capítulo seguinte, pode-se afirmar que os princípios para organização da política de saúde são conhecidos e derivam das premissas estabelecidas na constituição, ou seja, a necessidade de inversão do modelo com destaque na atenção básica e a organização do grau de complexidade. Desta feita, as ações e o desenho da rede de serviços devem ser capazes de promover o acesso e a qualidade na prestação dos cuidados ao cidadão, assim como estarem organizados em conformidade com premissas de eficiência econômica que venham propiciar ganhos de escala e escopo ao processo produtivo dos serviços de saúde.²⁴⁰

Desse modo, é possível constatar que o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, mas ao mesmo tempo passa por importantes mudanças que visam, principalmente, à ampliação da universalização do atendimento. Em busca de constante transformação, é necessário desenvolver um debate acerca das políticas e estratégias do sistema para servir de base para o trabalho setorializado e a sociedade em seu conjunto, por meio da construção de políticas públicas que deem respostas ao quadro social e se solidifiquem na prática para enfrentar as necessidades e problemas que a saúde brasileira enfrenta.²⁴¹

Para isso, a análise de como se opera a gestão participativa e descentralizada que o SUS propõe é necessária para melhorar a qualidade nos serviços, uma vez que somente a implantação de um processo de gestão ou procedimento pode não ser suficiente para atingir o objetivo da universalização do atendimento por intermédio de práticas humanizadas e serviços oferecidos pela saúde brasileira. É sob esse contexto que o próximo capítulo se baseia, na avaliação da

²³⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios do SUS**. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>. Acesso em 06 dez. 2018.

²⁴⁰ TEIXEIRA, Marcelo Gouvêa. O imperativo do financiamento e da gestão: desafios ao Sistema Único de Saúde. In: **Revista de direito sanitário**. v. 4, n. 1, mar. 2003. São Paulo: LTR. p. 93.

²⁴¹ CASTRO, Adriana; MALO, Miguel. **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006. p. 152.

qualidade nos serviços ofertados sob o ponto de vista de quem aplica tais metodologias.²⁴²

²⁴² TERRA, José Daniel Rodrigues; BERSSANETI, Fernando Tobal. Acreditação hospitalar e seus impactos nas boas práticas em serviços da saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, 2017. v. 41(1):11-17. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/acreditacao_hospitalar_impactos.pdf. Acesso em: 06 dez. 2018. p. 12

CAPÍTULO 3

GESTÃO DA SAÚDE

3.1 GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

A saúde é uma prestação de serviço que possui demanda constante, ou seja, encontra-se presente desde o nascimento até a morte de qualquer ser humano, razão pela qual, o seu planejamento torna-se indispensável na criação de estruturas e recursos que melhorem a qualidade de vida do homem.²⁴³

Por isso, a gestão intervém como uma atividade que visa comandar o sistema de saúde, seja municipal, estadual ou nacional, desempenhando as funções de coordenação, negociação, planejamento, controle, avaliação e auditoria.²⁴⁴

Portanto, para gerir a saúde pública o Estado controla, por meio de leis, o comportamento dos indivíduos, objetivando impedir qualquer ação nociva à saúde de todo o povo, impondo normas que a administração deve cumprir e fazer cumprir. São textos legais que orientam a ação do Estado para a realização do desenvolvimento socioeconômico e cultural.²⁴⁵

Entretanto, oportuno mencionar que a concepção de uma Constituição que caracteriza o Estado social não resolve toda a questão de implementação dos direitos sociais²⁴⁶, uma vez que, entre os pontos que representam obstáculos a serem superados, está a estruturação organizacional e funcional do sistema de gestão das práticas de saúde, pois, embora existam diversas diretrizes legais que tratem do

²⁴³ BUSATO, Ivana Maria Saes. **Planejamento Estratégico em saúde**. Curitiba: InterSaberes, 2017. (Série Gestão Pública). p. 44.

²⁴⁴ BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão e Financiamento do Sistema Único de Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2008. Disponível em: https://secure.upf.br/pdf/PDF%20de%20Livro/Gestao_e_financiamento_do_SUS.pdf. Acesso em 20 out. 2018. p. 13-14.

²⁴⁵ DALLARI, Sueli Gandolfi. Direito Sanitário. In: ARANHA, Márcio Iorio (Org.). **Direito sanitário e saúde pública**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 49.

²⁴⁶ WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e federação na constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004. p. 115.

assunto, não se pode deduzir todas as relações necessárias para que a saúde atinja plenamente sua finalidade.²⁴⁷

Os direitos sociais e prestações, ao contrário dos direitos de defesa, não dirigem à proteção da liberdade e igualdade abstrata, mas sim, como já assinalado alhures, encontram-se intimamente vinculados às tarefas de melhoria, distribuição e redistribuição dos recursos existentes, bem como à criação de bens essenciais não disponíveis para todos os que deles necessitem.²⁴⁸

Tais direitos subjetivos só podem ser estabelecidos e impostos por meio de organismos que tomem decisões e repassem tais obrigações para a coletividade,²⁴⁹ demonstrando que a necessidade de interposição legislativa dos direitos sociais prestacionais²⁵⁰ se justificam pelo fato de que se cuida de um problema de natureza competencial, uma vez que, esses direitos dependem da disponibilidade de outros meios, assim como da implementação e execução de políticas públicas na esfera socioeconômica.²⁵¹

²⁴⁷ BARATA, Luiz Roberto Barradas; TANAKA, Oswaldo Yoshimi; MENDES, José Dínio Vaz. O papel do gestor estadual no Sistema Único de Saúde (SUS). In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Convergências e Divergências sobre Gestão e Regionalização do SUS/** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2004. Disponível em: http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_6.pdf. Acesso em: 20 out. 2018. p. 105

²⁴⁸ SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional.** 11. ed. rev. atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012. p. 284.

²⁴⁹ HABERMAS, Jurgen. **Direito e democracia: entre facticidade e validade.** p. 170.

²⁵⁰ Os direitos sociais prestacionais possuem dimensão positiva, não excluindo, portanto, uma faceta negativa. Seu objetivo principal é a conduta positiva do Estado, ou de particulares destinatários da norma, consistente em numa prestação de natureza fática. Ou seja, reclamam uma posição ativa do Estado na esfera econômica e social. Pressupõem que seja criada ou colocada à disposição a prestação que constitui o seu objeto, uma vez que objetivam a realização da igualdade material, no sentido de garantir a participação do povo na distribuição pública de bens materiais e imateriais. (SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional.** 11. ed. rev. atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2012. p. 283).

²⁵¹ SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional.** 11. ed. rev. atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2012. p. 293.

A reorganização das práticas e serviços de saúde apresenta-se como estratégia necessária para a reorientação do sistema, haja vista que o modo de produção hegemônico tem privilegiado ações de cura-reabilitação, que, além de preterir ações promocionais e de prevenção, não produz interações e não articula essas áreas, impedindo, em certa medida, que a área da saúde seja tratada de forma sistêmica, constituindo-se, então, em aglomerado desarticulado de serviços e, com frequência, subsistemas de saúde.²⁵²

O marco estratégico para novas práticas de gestão, dado o relacionamento dos entes políticos, econômicos e sociais, como uma forma integrada que possui como foco a realidade local e iniciativas de novos arranjos institucionais está incidindo fortemente sob três aspectos, a intersetorialidade, a integralidade e a participação social²⁵³ que articulam a dimensão biológica com a sociológica e a psicológica, em comunhão com o saber médico, a fim de encontrar uma solução prática dos problemas de saúde e gestão.²⁵⁴

Aliás, considerando a saúde em todas as suas dimensões, os três aspectos mencionados atuam como meio de mobilização para a convergência de políticas e práticas sociais, promovendo a qualidade de vida e a saúde dos indivíduos e das coletividades²⁵⁵ envolvendo uma complexa discussão, já que é um grande desafio abranger necessidades de mudanças, com operações políticas, gestão de instituições e principalmente, as pessoas que integram esta implementação.²⁵⁶ Assim sendo, pode-se dizer que a intersetorialidade abarca a integração de diversos saberes e experiências de diferentes sujeitos e serviços sociais por meio de saberes, poderes e vantagens para resolver problemas complexos, que no fim, acabam por contribuir, de

²⁵² PASCHE, Dário Frederico; HENNINGTON, Élida Azevedo. O Sistema único de saúde e a promoção da saúde. In: CASTRO, Adriana; MALO, Miguel. **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006. p. 22.

²⁵³ WESTPHAL, Marcia Faria; PAIS, Tadeu Dias (Org.) **Capela Saudável**: Gestão de Políticas Públicas Integradas e Participativas / Marcia Faria Westphal; Tadeu Dias Pais, organizadores. – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006 – (Acadêmica; 68). p. 14.

²⁵⁴ QUEIROZ, Marcos S. **Saúde e doença**: um enfoque antropológico / Marcos S. Queiroz; revisão técnica Sérgio Fernando Torres de Freitas. Bauru, SP: Edusc, 2003. p. 71

²⁵⁵ COSTA, Ana Maria; PONTES, Anna Cláudia Romano; ROCHA, Dais Gonçalves. Intersetorialidade na produção e promoção da saúde. In: CASTRO, Adriana. **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006. p. 98.

²⁵⁶ COSTA, Ana Maria; PONTES, Anna Cláudia Romano; ROCHA, Dais Gonçalves. Intersetorialidade na produção e promoção da saúde. In: CASTRO, Adriana. **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006. p. 105.

forma única, nas decisões de ações voltadas aos interesses coletivos, melhorando a eficiência da gestão política e dos serviços prestados.²⁵⁷

O princípio da integralidade em saúde aparece como o ponto de partida para se buscar estratégias para o desenvolvimento de práticas que produzam saúde em sentido ampliado, especialmente pela proposição da recuperação da unidade do sujeito no sentido de não ser fragmentado em partes e de ser respeitado na sua subjetividade e, ainda, na relação com o ambiente físico e social.²⁵⁸

A participação social funciona como o sistema ou o mecanismo institucional por meio do qual o cidadão pode manifestar sua opinião e atividade, de maneira coletiva ou individual, aos serviços de saúde, tais como os conselhos municipais ou sistemas de queixas e sugestões. Mas para que isso aconteça, a população em geral deve conhecer seus direitos em saúde, os problemas e as suas causas, as possíveis intervenções, os serviços oferecidos e sua qualidade, assim como os mecanismos pelos quais pode interagir com o Sistema. Nesse sentido, salienta-se que, no Brasil, a participação da população é um dos eixos principais na estruturação do Sistema Único de Saúde e está claramente definida na Constituição Federal.²⁵⁹

Desse modo, para que haja a comunhão dos três aspectos basilares que a gestão pública de saúde brasileira adota, é de suma importância analisar de quem parte a responsabilidade para gerir cada setor, território ou comunidade, posto que

Os indivíduos receberão assistência médica na medida de suas necessidades pessoais e coletivas, em instituições públicas ou privadas, contratadas pelo Estado, inclusive podendo participar do financiamento dessa assistência, na proporção dos seus níveis de renda, através de contribuições indiretas para a Seguridade Social, quando segurados obrigatórios.²⁶⁰

²⁵⁷ TOTARO GARCIA, Leandro Martin et al. Intersetorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, p. 966-980, out./dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2014.v38n103/966-980/pt>. Acesso em: 02 nov. 2018. p. 967.

²⁵⁸ COSTA; PONTES; ROCHA. Intersetorialidade na produção e promoção da saúde. In: CASTRO, Adriana. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006. p. 102.

²⁵⁹ VÁZQUEZ, Maria Luisa et al. Nível de informação da população e utilização dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois municípios do Nordeste do Brasil. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10 Suplemento, Publicado: 2005. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2005.v10suppl0/141-155/pt>. Acesso em: 02 nov. 2018. p. 142.

²⁶⁰ DIAS, Hélio Pereira. **A responsabilidade pela saúde: aspectos jurídicos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 10-11.

Assim, como já foi mencionado no capítulo anterior, a elaboração organizacional do setor de saúde brasileiro, conforme os dispositivos constitucionais, é baseado num sistema único para todo âmbito nacional, que, por sua vez, é organizado de forma descentralizada, de modo que cada governo regionaliza e hierarquiza essa esfera e os municípios são responsáveis por gerir e executar as ações e os serviços prestados em seus territórios, inclusive criando subprefeituras, cabendo aos respectivos Estados e União apenas autoridade complementar e suplementar.²⁶¹

A descentralização objetivou a distribuição das responsabilidades, cabendo ao Ministério da Saúde desenvolver, coordenar e avaliar os programas de saúde; na esfera federal, à Secretaria de Estado da Saúde, coordenar e avaliar tais programas; na esfera estadual e à Secretaria Municipal de Saúde, programar, executar e avaliar os atendimentos na esfera municipal. A regionalização, por sua vez, delimitou os territórios de atuação dos gestores de forma planejada²⁶², de modo que o poder público estadual poderá apenas mediar a relação entre os sistemas municipais, ocorrendo o mesmo na esfera federal em relação aos sistemas estaduais, que somente podem responder provisoriamente pela gestão de um conjunto de serviços que possam dar atenção integral à população, carente de um sistema próprio ainda inexistente.²⁶³

Uma rede de saúde regionalizada e hierarquizada concretiza um direito social pelo critério da subsidiariedade²⁶⁴ e esse desenho organizacional fomenta a gestão local, já que foram criadas as possibilidades de organizar e estruturar as ações públicas a partir das necessidades de cada território, proporcionando o desenvolvimento de um novo modelo de gestão de acordo com as características e

²⁶¹ SILVA, Aglaé Regina; CARBONI, Marli Terezinha e PIRES, Vanise Tombesi. Controle e avaliação do SUS: Competência e responsabilidade dos municípios. In: BORDIN, Ronaldo et al. (Org.). **Práticas de Gestão em saúde: em busca da qualidade**. Porto Alegre: Dacasa, 1996. p. 39

²⁶² SOLHA, Raphaela Karla de Toledo. **Saúde coletiva para iniciantes:- políticas e práticas profissionais**. p. 42-43.

²⁶³ ALBUQUERQUE, Carlos César de. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/96. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais**. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001. p. 44

²⁶⁴ MENDES, Gilmar Ferreira. O Município na Constituição Federal Brasileira. In: FERREIRA, Gilmar Mendes; CARNEIRO, Rafael Araripe (Org.). **Gestão pública e direito municipal: tendências e desafios**. São Paulo: Saraiva, 2016. (Série IDP). p. 58

necessidades locais que rompeu com as formas tradicionais de ação governamental e instituiu um processo de redistribuição de poder político.²⁶⁵

A Lei nº 8.080, de 19 de dezembro de 1990, criou o SUS, sendo regulamentada pelo Decreto no 7.508, de 28 de junho de 2011. A Lei n. 8.080 estabelece diretrizes para a gestão do sistema nas três esferas de gestão: federal, estadual e municipal; também dá ênfase à descentralização político-administrativa e determina como competência do SUS a definição de critérios de avaliação/implantação, de valores e da qualidade dos serviços. A Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação popular no SUS, por meio dos conselhos apresentados no item “As diretrizes”. Determina também que o financiamento é feito por repasse do Fundo Nacional de Saúde diretamente para os fundos estaduais e municipais. Essas duas leis juntas são denominadas Lei Orgânica de Saúde (LOS). Outros instrumentos legais foram usados para orientar a gestão: as Normas Operacionais Básicas (NOB) e as Normas Operacionais de Assistência (NOA).²⁶⁶

A funcionalidade dos municípios parte da sua responsabilização em desenvolvimento de métodos e instrumentos de planejamento e gestão, coordenação e operacionalização do sistema municipal de saúde, bem como do controle e da avaliação das ações de vigilância sanitária, administração e desenvolvimento dos recursos humanos.²⁶⁷

Essa concepção de sistema descentralizada e administrada com a participação da sociedade, além de prever mudanças na distribuição das responsabilidades também faz com que gestores setoriais passem a ter um papel fundamental na concretização dos princípios e diretrizes da normativa brasileira.²⁶⁸

²⁶⁵ LICO, Fátima Madalena de Campos; FERNANDEZ, Regina Mara Ramo Aneiros. A Experiência Viva: Projeto Capela Saudável. In: WESTPHAL, Marcia Faria; PAIS, Tadeu Dias (Org.) **Capela Saudável: Gestão de Políticas Públicas Integradas e Participativas**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006 – (Acadêmica; 68). p. 49

²⁶⁶ SOLHA, Raphaela Karla de Toledo. **Saúde coletiva para iniciantes: políticas e práticas profissionais**. p. 46.

²⁶⁷ PAIM, Jairnilson Silva. **Desafio para a saúde coletiva do século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006. p. 56.

²⁶⁸ BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2011. v. 1. Disponível em: https://secure.upf.br/pdf/PDF%20de%20Livro/Sistema_Unico_de_Saude_v1.pdf. Acesso em: 05 nov. 2018. p. 32

Para gerir o trabalho em saúde, o gerente e os gestores devem ter em mente que os trabalhadores precisam de autonomia para a realização de suas tarefas, amparados pelos gestores/gerentes e responsabilizados, junto dos gestores, por seus resultados. Oferecer estrutura e condições de trabalho dignas é papel a ser compartilhado entre gestores e gerentes, que devem se comprometer com o processo de trabalho em todas as suas nuances: relações interpessoais, equipamentos/materiais, estrutura física, formação de equipes multidisciplinares, definição de objetivos e acompanhamento dos processos, entre outras.²⁶⁹

Por isso, para operacionalizar a participação social, há uma orientação nacional, estadual e municipal sobre a formação dos conselhos de saúde que são compostos por trabalhadores, gestores da saúde e por usuários do próprio sistema, sendo que todos os representantes devem ter legitimidade e compromisso político com seus representados.²⁷⁰

No âmbito da formação de atores sociais coletivos, as Conferências e Conselhos de Saúde são coletividades heterogêneas pelas diferenças essenciais da origem e aspirações dos segmentos sociais que os compõem, comportando tensões correspondentes, mas se encontram desafiados permanentemente para construir o coletivo homogêneo a partir da precedência e concordância do cumprimento dos princípios e diretrizes constitucionais do SUS, a que todos estão obrigados. Cada um dos quatro segmentos componentes comporta uma homogeneidade interna (coletivo homogêneo), que por sua vez exige permanentes articulações de sua manutenção, frente à heterogeneidade das entidades e categorias que os compõem. Assim, impõe-se a permanente e intensiva construção de consensos: não aqueles superficiais, ou forçados ou oportunistas, sempre fugazes, mas os capazes de cumprir caminhos e etapas na implementação dos princípios e diretrizes do SUS, reconhecendo os dissensos, criando alternativas e escutando o outro como legítimo.²⁷¹

Outrossim, o município é o melhor personagem para tratar diretamente sobre a saúde, uma vez que é o ente federado que está mais próximo da realidade de seus habitantes, participando ativamente da avaliação e da fiscalização dos gestores e dos principais usuários do sistema que são os cidadãos.²⁷²

²⁶⁹ SOLHA, Raphaela Karla de Toledo. **Sistema Único de Saúde** - componentes, diretrizes e políticas públicas. São Paulo: Érica, 2014. p. 64.

²⁷⁰ SANTOS, Nívea Cristina Moreira. **Legislação profissional em saúde: conceitos e aspectos éticos**. Nívea Cristina Moreira Santos. 1. ed. São Paulo: Érica, 2014. p. 69-70.

²⁷¹ BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. p. 161.

²⁷² BARATA, Luiz Roberto Barradas; TANAKA, Oswaldo Yoshimi; MENDES, José Dínio Vaz. **O papel do gestor estadual no Sistema Único de Saúde (SUS)**. p. 106.

Já, a inclusão da participação da comunidade na organização dos sistema público de saúde brasileiro é de suma importância, pois propiciou a criação de mecanismos de articulação entre esferas de governo, bem como o controle social sobre as políticas públicas.²⁷³

Um sistema de atenção integral deve ser constituído de práticas sanitárias e sociais, intervindo nos diversos estágios e nas múltiplas dimensões do processo saúde-doença. Deve ser capaz de satisfazer necessidades sociais e individuais tal como sentidas e demandadas por pessoas, assim como as necessidades coletivas passíveis de serem detectadas coletivamente e processadas técnica e politicamente. Assim, atenção integral pressupõe articulação das ações intra-setoriais e intersetoriais com participação social.²⁷⁴

Com a estratégia de organização voltada para a atenção primária, foram criadas as Equipes de Saúde da Família que estão implantadas em unidades básicas de saúde e responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias de uma determinada área geográfica, permitindo estabelecer um vínculo maior com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade desses profissionais com os usuários e a comunidade, visando uma maior resolubilidade dos casos que tratam da saúde.²⁷⁵

Nesse sentido, o programa de saúde da família é a principal estratégia governamental para reorientação do modelo de assistência, posto que foi reconhecido como sendo a política pública a mais bem capacitada a atingir a universalização do acesso à atenção integral de cada comunidade.²⁷⁶

Entretanto, na prática, há uma divisão dos municípios em duas categorias, ou seja, os que têm uma maior oferta de serviços de saúde denominados de primeira classe, e, os que só oferecem serviços de atenção básica, como sendo da segunda

²⁷³ MERCADANTE, Otávio Azevedo. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). Caminhos da saúde pública no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 251.

²⁷⁴ COSTA, Ana Maria; PONTES, Anna Cláudia Romano; ROCHA, Dais Gonçalves. Intersetorialidade na produção e promoção da saúde. In: CASTRO, Adriana. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006. p. 103.

²⁷⁵ SALOMÃO, Maria Lúcia Machado; ZANETTA, Dirce Maria Trevisan. Sistema Único de Saúde. In: GARCIA, Maria Lúcia Bueno. **Manual de saúde da família**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. p. 11.

²⁷⁶ MERCADANTE, Otávio Azevedo. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 261.

classe, fomentados por uma gestão de oferta ao invés de se preocuparem com da possibilidade de gerir as demandas dos seus habitantes.²⁷⁷

Esse padrão gerencial do setor público está causando uma incapacidade de lidar com pessoas, uma vez que os mecanismos de incentivos são insuficientes, as próprias políticas salariais e de evolução profissional estão sendo afetadas devido ao alto grau de burocratização e lentidão para serem colocadas em prática, pois os avanços teóricos acerca de novos modelos para as políticas de gestão não têm sido acompanhados de mudanças práticas em escala suficiente para gerarem um novo padrão de governança para o SUS.²⁷⁸

O baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe, diminui a possibilidade de um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários em suas diferentes necessidades. Há poucos dispositivos de fomento à co-gestão, à valorização e à inclusão dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde, com forte desrespeito aos seus direitos. Um processo de gestão com tais características é acompanhado de modos de atenção baseados – grande parte das vezes – na relação queixa-conduta, automatizando-se o contato entre trabalhadores e usuários, fortalecendo um olhar sobre a doença e, sobretudo, não estabelecendo o vínculo fundamental que permite, efetivamente, a responsabilidade sanitária que constitui o ato de saúde. O quadro se complexifica quando também verificamos que o modelo de formação dos profissionais de saúde mantém-se distante do debate e da formulação das políticas públicas de saúde.²⁷⁹

Além disso, o setor das políticas públicas é marcado pela imagem da ineficiência na prestação dos seus serviços que assistem o sucateamento de suas estruturas, enquanto ao lado encontram a eficiência e a efetividade dos serviços organizados pela iniciativa privada.²⁸⁰ Os serviços de saúde têm apresentado dificuldades de atuar sobre fatores que extrapolam os limites dos territórios

²⁷⁷ MENDES, Eugênio Vilaça. O SUS que temos e o SUS que queremos. In: Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Convergências e Divergências sobre Gestão e Regionalização do SUS**/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2004. p. 09.

²⁷⁸ AMARAL, Marcia Aparecida do; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza Campos. Organização do trabalho e gestão do cuidado em saúde. In: VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria. **Uma metodologia de congestão**. 2. ed. [Reimpr.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. p. 73.

²⁷⁹ BRASIL. Humaniza SUS. **Política Nacional de humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em: 10 nov. 2018. p. 05.

²⁸⁰ ACIOLE, Giovanni Gurgel. **A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 247-248.

disciplinares estritamente médicos, que exigem novas estruturas teóricas, necessariamente interdisciplinares e novas estratégias de operação²⁸¹ interligadas diretamente com o discurso e o que está sendo realmente posto em prática. Isso demonstra complexidade cada vez maior, de maneira que condições como pobreza, falta de esperança no futuro e a própria influência da economia global estão tendo um papel importante na gestão da saúde pública.²⁸²

Desse modo, observa-se que para melhorar os resultados assistenciais é necessário assegurar respostas individuais, que dependem de muitas variantes a serem avaliadas, já que o objetivo de todas as iniciativas da qualidade de gestão da saúde pública no Brasil é a busca constante pela qualidade na prestação dos seus serviços.²⁸³

3.2 HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE

Ao buscar traduzir os princípios que regem o sistema único de saúde no Brasil por meio da universalidade, da integralidade e da equidade foi possível constatar uma concepção de saúde que não se reduz apenas à ausência de doença, mas engloba a valorização na dignidade do ser humano e respeito por seu direito a uma vida com qualidade. A partir dessa percepção, vieram as práticas de humanização na saúde, nas quais a valorização dos diferentes sujeitos implicou diretamente no processo de produção de saúde envolvendo usuários, trabalhadores e gestores.²⁸⁴

²⁸¹ PASCHE, Dário Frederico; HENNINGTON, Élide Azevedo. O Sistema único de saúde e a promoção da saúde. In: CASTRO, Adriana; MALO, Miguel. **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006. p. 30.

²⁸² TARRIDE, Mario Iván. **Saúde Pública**: uma complexidade anunciada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 24

²⁸³ MALIK, Ana Maria; SCHIESARI, Laura Maria Cesar. Qualidade e Acreditação. In: VECINA NETO, Gonzalo. **Gestão em saúde**. Gonzalo Vecina Neto, Ana Maria Malik. 2. ed. [Reimpr.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. p. 353

²⁸⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSUS_politica_nacional_humanizacao.pdf. Acesso em: 10 nov. 2018. p. 14-15.

Assim, o conceito de humanização é definido como a busca pelo melhor atendimento aos pacientes, por melhores condições para os trabalhadores e pela qualidade nas unidades de saúde, levando-se em conta fatores como liberdade, bem-estar na relação entre o doente e o profissional da saúde, sendo que os interesses científicos e econômicos devem estar subordinados ao ser humano.²⁸⁵

A expressão “humanização da saúde” em si é polissêmica, e os registros históricos apontam várias tentativas de delimitar o conceito. A discussão conceitual ao longo do tempo passou pelo entendimento inicial de que humanizar estaria relacionado ao ato de fazer caridade, de dar condição humana, por meio de ações dependentes de boa vontade e atitudes individuais, e alcançou o entendimento de que vários atores estariam envolvidos no processo. Portanto, a necessidade de se estabelecerem parcerias e acordos consensuais formais tornou-se obrigatória, e chegou a um estágio de direitos humanos igualitários e de responsabilidade global, o que requer mudanças na forma de pensar e de agir em uma verdadeira teia social, um modelo sistêmico em que o todo não menospreza as partes, mas compreende as inter-relações e a interdependência de cada uma delas.²⁸⁶

O cuidado com o ser humano na sua totalidade, em relação a sua dor e sofrimento nas esferas físicas, psíquicas, sociais e espirituais exige um sistema integrado que possa repensar em todo atendimento clínico e no próprio significado da palavra humanização, pois, tudo torna-se prática em rede e tem-se a exigência de uma gestão conectada, significando cuidar de alguém com foco em todo seu itinerário de vida e suas necessidades de saúde provocadas pelas condições que vive e a essência do seu ser com respeito à sua individualidade.²⁸⁷ A proposta de um modelo de humanização centrado no diálogo entre os usuários, profissionais e gestores, visa instituir uma nova cultura de atendimento, sabendo que, para humanizar, é necessário garantir que o indivíduo expresse suas percepções de dor, sofrimento ou prazer e seja reconhecido pelo outro.²⁸⁸

²⁸⁵ MARTIN, Leonard M. A ética e a humanização hospitalar. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (Org.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004. p. 39.

²⁸⁶ ARAÚJO, Sonia Regina Cassiano de. **Humanização dos processos de trabalho: fundamentos, avanços sociais, tecnológicos e atenção à saúde**. São Paulo: Erica, 2014. p. 60.

²⁸⁷ JUNGES, José Roque; BARBIANI, Rosângela. **Repensando a humanização do sistema único de saúde à luz das redes de atenção à saúde mundo saúde** (1995); 36(3): 397-406, jul./set. 2012. p. 399.

²⁸⁸ SANTOS, Nívea Cristina Moreira. **Legislação profissional em saúde: conceitos e aspectos éticos**. p. 69

Outro “olhar” possível sobre o conceito é a percepção que os serviços e trabalhadores da rede devem ter sobre os indivíduos e comunidades que estão sob seus cuidados: as pessoas e as comunidades são complexas, não podendo ser reduzidas apenas aos seus aspectos biológicos, isto é, não basta cuidar da doença, é preciso cuidar da pessoa! Cuidar de forma integral, acolher as demandas dos usuários é postura imprescindível dos profissionais, tendo o gerente a responsabilidade de organizar o serviço de forma a garantir espaços adequados onde seja possível realizar uma escuta qualificada, atenciosa e resolutiva dos problemas trazidos pelos usuários, os quais, muitas vezes, não estão diretamente ligados à saúde, mas a influenciam fortemente. Ouvir atentamente e ajudar o usuário na construção de soluções para seus problemas, seja oferecendo um atendimento profissional, encaminhando para o serviço de assistência social ou até o convidando para participar de uma atividade coletiva no serviço, entre outras possibilidades, fortalece o vínculo entre o serviço e comunidade. Os profissionais de saúde devem ajudar o usuário “a caminhar” em busca de sua saúde, atuando como facilitadores do processo, discutindo com os indivíduos e comunidades quais os melhores caminhos a serem traçados, em busca da autonomia necessária para se gozar e buscar a saúde plena.²⁸⁹

A humanização deriva de um conjunto de estratégias de qualificação da atenção e da gestão no SUS, envolvendo atitudes éticas em defesa da vida, estéticas das normas que regulam a vida em relação ao homem e demais seres vivos e políticas na relação entre os homens e suas relações sociais com a corresponsabilidade dos vínculos interprofissionais e os usuários na produção de saúde.²⁹⁰ Essas três dimensões buscam singularizar as experiências humanas como forma de compromisso social e político com a realidade de cada sujeito, ou seja, a dimensão ética é marcada pela escuta e pela transformação dos modos de ser, conectados com a afirmação da vida. Já a dimensão estética aposta na reinvenção do ser, do estar e do sentir, a partir de modos mais efetivos de produzir saúde. E a dimensão política, para a política nacional de humanização está focada diretamente nas relações de poder e na democratização institucional de diferentes sujeitos.²⁹¹

Dessa forma, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, sendo esse, posteriormente, transformado

²⁸⁹ SOLHA, Raphaela Karla de Toledo. **Curso de direito sanitário**: a proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 2007. p. 24.

²⁹⁰ BRASIL. Humaniza SUS. **Política nacional de humanização**. Brasília: Ministério da Saúde. p. 08.

²⁹¹ VERDI, Marta; FINKLER, Mirelle; MATIAS, Maria Claudia Souza. A dimensão ético-estético-política da Humanização do SUS: estudo avaliativo da formação de apoiadores de Santa Catarina (2012-2014). *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 24, n. 3, p. 363-372, jul./set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00363.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018. p. 364.

em uma política pública de saúde, chamada de Política Nacional de Humanização que busca ampliar a qualidade e melhorar o acesso aos serviços de saúde no Brasil.²⁹² Esse programa tem como proposta recuperar a comunicação entre a equipe de profissionais da saúde e o usuário, considerando o momento de fragilidade emocional do paciente, uma vez que foi posto em prática por meio de pesquisas feitas pelo Ministério da Saúde, nas quais verificou-se que mesmo com a utilização de aparelhos de diagnósticos extremamente sofisticados, bem como técnicas de tratamento avançadas, tais ações não vinham acompanhadas de um atendimento humanizado.²⁹³

A intenção de empregar a humanização como política pública de saúde reflete justamente a preocupação com a desumanização nos serviços de saúde, que na prática é evidenciada na limitação ao acesso aos serviços da saúde, em maus-tratos e más condições de trabalho, sendo que, essa situação vem sendo tratada desde o ano de 2000, quando foi tema central da XI Conferência Nacional da Saúde.²⁹⁴ Na oportunidade, realizou-se uma intensa discussão sobre a gestão do SUS, exigindo que ele torne-se capaz de atender aos problemas de saúde individuais e coletivos, cuidando da qualidade da saúde e não apenas da sua capacidade em tratar doenças e acometimentos graves com risco à vida.²⁹⁵

Assim, a Política Nacional de Humanização reconhece as diferentes especialidades e práticas de saúde, aproxima trabalhadores e usuários demonstrando como funciona a gestão dos serviços e rede de saúde para participarem ativamente das tomadas de decisões nas organizações.²⁹⁶ Propõe uma transformação na relação social dos trabalhadores e gestores da saúde com sua experiência cotidiana na

²⁹² NIGRI, Luciana Ludwig. **Humanização em Saúde: como alcançá-la?** Disponível em: <https://saudebusiness.com/noticias/humanizacao-em-saude-como-alcanca-la/>. Acesso em: 29 nov. 2018.

²⁹³ PESSINI, Leo. (Org.) BERTACHINI, Luciana. (Org.) **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004. p. 02.

²⁹⁴ VILAR, Rosana Lúcia Alves de. **Humanização na estratégia saúde da família**. São Caetano do Sul, SP: Yendes, 2014. p. 33-34.

²⁹⁵ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (11: 2000: Brasília, DF). **11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11_cns.pdf. Acesso em 29 nov. 2018. p. 102-103.**

²⁹⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza. SUS: sobre o programa**. Disponível em: <http://portalsms.saude.gov.br/acoes-e-programas/humanizasus/sobre-o-programa>. Acesso em: 29 nov. 2018.

prestação dos serviços à população, uma vez que, a atenção primária representa o primeiro contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde.²⁹⁷

A HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO: É a responsabilização mútua entre os serviços de saúde e a comunidade com o estabelecimento de vínculo entre as equipes de saúde e a população. Consiste no atendimento das pessoas que buscam um determinado serviço de saúde, com a decisão de acolher, escutar e dar resposta positiva na solução dos seus problemas de saúde. Implica o compromisso de todos os atores envolvidos no Sistema: gestores, trabalhadores, prestadores de serviço e dos próprios usuários. Essencialmente, a humanização do atendimento expressa-se por relações estabelecidas sob parâmetros humanitários, de solidariedade e responsabilidade, que terminam por produzir satisfação pela qualidade dos serviços realizados.²⁹⁸

Entretanto, um dos desafios enfrentados pelo programa de saúde é a falta de adequação do ensino médico às necessidades da população, isso quer dizer que, atualmente, a medicina que cuida da saúde familiar necessita de um profissional generalista, ou seja, capaz de prevenir, identificar e tratar precocemente as doenças de maior predominância no local de sua atuação para que sequer cheguem ao hospital especializado ou nos serviços de emergência, já que, essa atuação assistencial com ação preventiva, terapêutica e de promoção da vida saudável acabaria com a dependência dos hospitais como foco central dos serviços públicos de saúde.²⁹⁹

²⁹⁷ GRANJA, Gabriela Ferreira; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. **Humanização da atenção primária à saúde: gestão em redes e governança local.** Mundo saúde (1995), v. 36, n. 3, p. 494-501, jul./ set. 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/humanizacao_atencao_primaria_saude_gestao.pdf. Acesso em: 29 nov. 2018. p. 496.

²⁹⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. **Direito sanitário de saúde pública.** p. 60.

²⁹⁹ MERCADANTE, Otávio Azevedo. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 262-263.

Mas o diálogo entre o médico e o paciente não é uma tarefa fácil no mundo moderno. O médico de família, que era como um parente próximo, já não existe e a chamada consulta não se presta muito a conversação. O médico não está livre, ou seja, na sua práxis está já sempre ocupado com uma conversação responsável com outro paciente ou com a atenção requerida por um tratamento. Por sua vez, o paciente é assolado por uma espera angustiante, se não mesmo pelo clima opressivo de toda a sala de espera. A aproximação entre o médico e o paciente tornou-se assim muito problemática, sobretudo quando hoje se vai a uma clínica moderna. Para começar uma perplexidade justificada por se perder o próprio nome e receber, em troca, número 57. Talvez sejam necessidades do moderno sistema de saúde, que aqui não pretendo criticar. Não me compete. Mas tudo isso nos faz tomar consciência das dificuldades com que ambas as partes se deparam – o médico e o paciente – para estabelecer um diálogo que inaugure o tratamento e que acompanhe a cura.³⁰⁰

A considerada síndrome da medicina moderna se caracteriza por aspectos como distanciamento do compromisso pela qualificação da vida, denunciado pela medicalização e a itrogenia em todas as suas derivantes, e, conseqüentemente, descompromisso com a produção de saúde, transformada quase que exclusivamente na execução de atividades-meio, particularmente procedimentos diagnóstico-terapêuticos, incorporados extensivamente no processo de trabalho; degradação da clínica, que está orientada para a ação sobre a doença e não para o sujeito portador de necessidades de saúde; baixo impacto positivo das ações médicas apesar do crescente incremento do gasto na área; dificuldade de acesso, que, como regra, é inversamente proporcional às necessidades dos cidadãos; e, por fim, relativização das necessidades sociais de saúde na organização e oferta dos serviços.³⁰¹

Alguns fatores que concorrem para a desumanização hospitalar são a ausência de normas-guias com o ser humano como ponto de referência, excesso de tecnologia na rotina médica que causa a falta de comunicação entre médico e paciente, existência de burocracia exagerada que toma muito tempo da equipe médica, erros médicos e acusações de negligências, uma vez que há sobrecarga na exigência de cura do paciente, desconsideração dos valores culturais e religiosos,

³⁰⁰ GADAMER, Hans-Georg. **O mistério da saúde**: o cuidado da saúde e a arte da medicina. Lisboa: Edições 70, 1993. p. 122-123.

³⁰¹ PASCHE, Dário Frederico; HENNINGTON, Élida Azevedo. O Sistema único de saúde e a promoção da saúde. In: CASTRO, Adriana; MALO, Miguel. **SUS**: resignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006.p. 24.

além da presença de imaturidade emocional dos profissionais de saúde que fogem das relações humana.³⁰²

Impondo-se um modelo médico de saber técnico, apenas especializado na dor que dispensa as dimensões simbólicas, afetivas e emocionais, sendo que a doença é tratada como um inimigo que deve ser combatido com medicamentos feitos em laboratórios que buscam a acumulação de lucros ao invés de se especializarem para prestar serviços a ciência, deixando-se de lado a possível manifestação de um desequilíbrio sistêmico relacionado ao contexto social, cultural, psicológico e ambiental do cidadão que busca a cura.³⁰³

O modelo de médico estimulado pelas faculdades de medicina, em todo o país, é o mesmo da maioria dos professores dessas faculdades, isto é, o do profissional liberal especializado que tem no consultório e na clínica privada o centro de sua atividade. O serviço público quase sempre é tratado como uma coisa menor, um “bico”, um lugar aonde se faz a triagem de coisas interessantes ou de quem pode pagar, futuramente, no consultório particular. Além disso, a formação acadêmica segue o mesmo padrão de monopólio das multinacionais, só que aqui é na formação de especialistas [...]. Isto além de não garantir a busca de uma qualidade maior, gerada pela competição do mercado, coloca toda a sociedade na dependência absurda de meia dúzia de profissionais que impõe seu preço sempre acima do que seria estabelecido pela livre concorrência, e tentam, permanentemente, afastar-se do atendimento de massa, ameaçando deixar pelo menos 80% da população desamparada.³⁰⁴

Outrossim, é preciso reconhecer, que em muitas instituições há cortes de verbas públicas e dificuldades para gerir o sistema de saúde em prol da população e do próprio quadro de profissionais que encontram condições insalubres, falta de recursos materiais para o exercício correto das funções, aumentando a insegurança e favorecendo a insatisfação no trabalho, tornando-se um ambiente desfavorável que vem contribuindo, progressivamente, para relações de desrespeito entre os próprios

³⁰² REIS, Maria Leticia Cascelli de Azevedo. **Bioética e Humanização em Saúde**. Carolina Becker Bueno de Abreu (Org.). Curitiba: InerSaberes, 2018. (Série Principios da Gestão Hospitalar). p. 129-130.

³⁰³ MARTINS, Paulo Henrique. **Contra a desumanização da medicina**: crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. p. 147.

³⁰⁴ TERRA, Osmar Gasparini. **SUS**: Contradições estruturais e as vantagens da municipalização. In: *Municipalização da Saúde na Prática: A experiência de Santa Rosa*. Neidemar José Fachinetto, Maria Ceci Misoczky & Osmar Gasparini Terra (Orgs.). Porto Alegre: DaCasa Editora, 1996. p. 10.

profissionais, bem como para a geração de uma assistência cada vez mais, desumanizada.³⁰⁵

O padrão de desenvolvimento científico, tecnológico e a organização da atenção à saúde sob esta lógica impuseram formas de produção e consumo de serviços e práticas de saúde que combinaram uma série de efeitos como a elevação de custos, o baixo impacto na saúde da população, o especialismo (ação que decorre da eleição dos eventos raros como prioritários, secundarizando os predominantes) e a ampliação das barreiras de acesso devido à inserção das necessidades de saúde na esfera do consumo privado.³⁰⁶

Aliás, nos hospitais públicos e filantrópicos a consideração que determina a admissão ou não do doente é sua necessidade de ser tratado, porém no hospital particular o fator determinante para admissão não é a enfermidade da pessoa e sua necessidade de ser tratada, mas sim, a validade do seu plano de saúde.³⁰⁷

Essas contradições produziram inquietudes no interior dos sistemas de saúde e a necessidade de se introduzir novas formas e padrões de oferta de serviços e práticas, as quais deveriam possibilitar maior impacto sanitário, ampliar o acesso e permitir a utilização mais racionalizada dos recursos.³⁰⁸ A saúde popular como estratégia estruturante dos sistemas é o foco de toda essa mudança que busca qualificar práticas de gestão por meio de uma abordagem sistêmica, com maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais.³⁰⁹

Dessa forma, para a implementação de qualquer política nacional de humanização deve-se levar em conta a atuação descentralizada de todos que atuam

³⁰⁵ BACKES, Dirce Stein; LUNARDI, Valéria Lerch; LUNARDI FILHO, Wilson D. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 1325- janeiro-fevereiro 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a18>. p. 134. Acesso em: 25 nov. 2018.

³⁰⁶ PASCHE, Dário Frederico; HENNINGTON, Élide Azevedo. O Sistema único de saúde e a promoção da saúde. In: CASTRO, Adriana; MALO, Miguel. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006. p. 24.

³⁰⁷ MOTA, Roberta Araújo; MARTINS, Cileide Guedes de Melo; VÉRAS, Renata Meira. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 323-330, maio/ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/pe/v11n2/v11n2a10.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2018. p. 327.

³⁰⁸ PASCHE, Dário Frederico; HENNINGTON, Élide Azevedo. O Sistema único de saúde e a promoção da saúde. In: ASTRO, Adriana; MALO, Miguel. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006.p. 25.

³⁰⁹ ARAÚJO, Sonia Regina Cassiano de. **Humanização dos processos de trabalho: fundamentos, avanços sociais, tecnológicos e atenção à saúde**. p. 63.

no SUS brasileiro com a união de suas experiências para a propositura de novas ações em prol da humanização de toda a rede de atenção.³¹⁰ Como um processo reflexivo que engloba valores e princípios profissionais, pressupondo, um tratamento e cuidado digno, solidário e acolhedor por parte dos profissionais da saúde com uma nova postura ética que permeie todas as atividades profissionais e processos de trabalho institucionais.³¹¹ Somente a partir dos saberes e práticas da área da saúde é possível aproximar-se de uma ação integral, antes da produção necessária para se intervir com efetividade sobre dada situação.

A humanização depende somente da valorização do tecido social e potencial humano de cada pessoa que em comunidade podem organizar políticas públicas voltadas para os mais necessitados, uma tarefa compartilhada por todos através do trabalho eficaz que realmente cumpra com o que se propõe a fazer. Aliás, o comprometimento dos envolvidos com amor naquilo em que se acredita, multiplicando o saber na orientação da população desde informações básicas de saúde até educação para continuidade da transformação social.³¹²

Essa construção requer a articulação e intersecção de vários atores e terrenos disciplinares (saberes, práticas e tecnologias da promoção da saúde e dos serviços assistenciais), se apresentando como ponto de união entre a promoção de saúde e o SUS,³¹³ porém distante de sua base doutrinária, sendo necessário percorrer um longo caminho que deve considerar tanto transformações em sua lógica de gestão e organização, como também, no sentido de ampliação qualitativo de seu cardápio de ofertas.³¹⁴

³¹⁰ BRASIL. **Humaniza SUS**. Política Nacional de humanização. p. 18-19.

³¹¹ BACKES, Dirce Stein; LUNARDI, Valéria Lerch. LUNARDI FILHO, Wilson D. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 1325- janeiro-fevereiro 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a18>. p. 134.p. 133.

³¹² NEUMANN, Zilda Arns. **Depoimento**: Zilda Arns Neumann: ela criou uma rede de solidariedade que salva centenas de milhares de crianças brasileiras. Belo Horizonte: Editora Leitura, 2003. p. 130.

³¹³ PASCHE, Dário Frederico; HENNINGTON, Élide Azevedo. O Sistema único de saúde e a promoção da saúde. In: ASTRO, Adriana; MALO, Miguel. **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006.p. 36-37.

³¹⁴ PASCHE, Dário Frederico; HENNINGTON, Élide Azevedo. O Sistema único de saúde e a promoção da saúde. In: ASTRO, Adriana; MALO, Miguel. **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006.p. 30-31.

3.3 IMPLEMENTAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Com a busca de novas práticas na área da saúde pública foram propostas diversas ações que visam à implantação de programas de humanização, ou seja, projetos que desenvolvam atividades ligadas aos diversos setores do saber.³¹⁵ Isso ocorre, pois há uma grande preocupação dos planejadores, executores e administradores de programas da saúde e bem-estar social em encontrar soluções de menor custo possível e maior rendimento, principalmente nas regiões ou Estados mais pobres, onde os recursos materiais e humanos são escassos e as necessidades sociais são maiores,³¹⁶ situações evidenciadas pelo acentuamento da pobreza em regiões menos favorecidas, pelo aparecimento de crianças de rua, famílias sem moradia, pessoas desnutridas, patologias que poderiam ser facilmente tratadas, violência nas famílias, presença de idosos com sinais de descuido, ou seja, posturas prejudiciais à comunidade local que precisam ter mais atenção e serem priorizadas.³¹⁷

A dor e o sofrimento no contexto hospitalar passam por uma crise de humanismo, pois a pessoa vulnerabilizada pela doença deixa de ser o centro das atenções e passa a ser instrumentalizada para objeto de aprendizado, cobaia de pesquisa, situações que comprometem a verdade ética e muitas vezes a dignidade do enfermo, por isso, busca-se a implementação de uma política assistencial de cuidado que honre a dignidade do ser humano doente.³¹⁸

Atualmente, o objetivo principal é o repasse do problema, tendo como foco a doença e não o sujeito e suas necessidades, cujos hospitais são organizados a partir das filas por ordem de chegada, sem avaliação do potencial de risco, de agravo ou do

³¹⁵ MOTA, Roberta Araújo; MARTINS, Cileide Guedes de Melo; VÉRAS, Renata Meira. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 323-330, maio/ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a10.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2018. p. 324.

³¹⁶ AMÂNCIO, Aloysio. QUADRA, Antônio Augusto F. Saúde, saber médico e recursos humanos. In: FLEURY, Sônia; BAHIA, Lígia; AMARANTE, Paulo (Org.) **Saúde em Debate: fundamentos da reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2007. Disponível em: <http://docvirt.com/docreader.net/DocReader.aspx?bib=BibliotRS&PagFis=1181&Pesq=sus>. Acesso em: 01 dez. 2018. p. 50.

³¹⁷ CIANCIARULLO, Tamara Iwanow. Compreendendo a família no cenário de uma nova estratégia de saúde. In: CIANCIARULLO, Tamara Iwanow et al. **Saúde na família e na comunidade** São Paulo: Ícone, 2011. p. 19-20.

³¹⁸ PESSINI, Leo.; BERTACHINI, Luciana. (Org.) **Humanização e cuidados paliativos**. p. 12.

grau de sofrimento, entre outras práticas que não somente comprometem a eficácia como causam sofrimento desnecessário aos trabalhadores e usuários do SUS.³¹⁹

Um serviço de saúde pode ser ótimo do ponto de vista tecnológico e, ao mesmo tempo, ser desumano no atendimento quando trata os pacientes como simples objetos de intervenção técnica sem tempo de ouvir as angústias, os temores e as expectativas do paciente ou sequer informando sobre qual procedimento está sendo feito.³²⁰

Em nome do lucro e do interesse, a racionalidade mercantil transforma progressivamente os ambientes dos hospitais. A lógica racional-utilitária desfaz o clima de acolhimento familiar tradicional para favorecer a distância e a simulação de competência técnica. A criação dos pólos médicos, no Brasil, é um exemplo claro do que está acontecendo. O ar luxuoso de certas clínicas privadas, entre nós, passa a impressão de que estamos em hotéis cinco estrelas e não num estabelecimento de internamento e tratamento de doentes. Com essas estratégias mercadológicas procura-se esconder um fato óbvio: que os hospitais continuam a ser prioritariamente “hospedarias” para os portadores de sofrimento, dor, morte e luto, antes de aparecerem como um mercado de bens e serviços médicos. O verniz desses pseudo-hotéis apenas camufla o fato de que o sistema hospitalar passa a ser um braço do movimento geral de acumulação do capital especulativo.³²¹

Portanto, estimular um médico voltado para a área da saúde coletiva em prol da sociedade brasileira, pode promover um novo modelo de atenção mais efetivo, humanizado e igualitário que criaria uma mudança substancial na situação atual.³²²

³¹⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude_2ed.pdf. Acesso em 01 dez. 2018. p. 15.

³²⁰ BERTACHINI, Luciana. A comunicação terapêutica como fator de humanização da Atenção Primária. In: **O Mundo da Saúde**, São Paulo, 2012, 36(3):507-520. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/comunicacao_terapeutica_fator_humanizacao_atencao.pdf. Acesso em: 01 dez. 2018. p. 511.

³²¹ MARTINS, Paulo Henrique. **Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.p. 158.

³²² PAIM, Jairnilson Silva. **Desafios para a saúde coletiva do século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006. p. 113.

Assim, a tarefa imputada ao SUS se traduz na exigência como expressão da materialidade da política – da combinação de uma nova eticidade, sobretudo baseada na defesa radical do direito à saúde e à oferta de ações integrais; e de uma nova racionalidade – sistêmica – capaz de emprestar senso de ordenamento tendo em vista a otimização de recursos. No âmago da política se impõe, então, uma difícil tarefa: a conjugação de dois elementos – o direito à cidadania e a racionalidade sistêmica – que por suas distintas naturezas não são muito amigáveis.³²³

A recuperação da dimensão cuidadora e a possibilidade de ser oferecida atenção integral à pessoa são desafios que todos os serviços da saúde enfrentam, por isso, é necessário desenvolver tecnologias de cuidado, capacidade de acolhimento, de escuta, trato da dor e do sofrimento, bem como respeito à autonomia da pessoa que está sendo tratada.³²⁴ Isso somente é possível se for superada a política de lamentações e adotada uma nova postura, mais afirmativa, partindo das contradições da atual política de saúde, suas denúncias e construindo um método alternativo de práticas médico-sanitárias, unindo, ao mesmo tempo, o interesse dos trabalhadores da saúde, os usuários por meio de sindicatos, movimentos urbanos ou associações, até a opinião pública.³²⁵

Partindo da premissa de que, além do estudo das práticas de saúde desenvolvidas pelos profissionais, é necessário também investigar as práticas desenvolvidas pela população, para que as trajetórias, suas estratégias e táticas de cuidado e cura possam ganhar lógica nas atuais práticas de saúde dominantes, faz-se necessário abordar uma atenção integral dos sujeitos, concretizando ações de interação entre serviços, profissionais e população.³²⁶

³²³ PASCHE, Dário Frederico; HENNINGTON, Élida Azevedo. O Sistema único de saúde e a promoção da saúde. In: ASTRO, Adriana; MALO, Miguel. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006.p. 22-23.

³²⁴ AKERMAN, Marco; FEUERWERKER, Laura. Estou me formando (ou eu me formei) e quero trabalhar: Que oportunidades o sistema de saúde me oferece na saúde coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver? In: **Tratado de Saúde Coletiva** / Gastão Wagner de Souza Campos. . . [et al.]. – São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 178.

³²⁵ CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **A saúde pública e a defesa da vida**. Terceira Edição. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 27.

³²⁶ ACIOLI, Sonia. Os sentidos das práticas voltadas para a saúde e doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 165.

A Constituição Federal de 1988 tomou a integralidade como uma das diretrizes do SUS. Essa definição passou a exigir, entre outros, a organização de serviços e práticas de modo que articulasse as ações preventivo-promocionais com as de cura-reabilitação, cuja integração nos distintos estágios do cuidado favorecesse a produção de saúde. A integralidade, nessa medida, pressupõe a equanimização entre curar e prevenir, superando-se entendimentos que dispõem estes campos como opostos, compreendendo-os em sua complementariedade e intercâmbio na produção de saúde.³²⁷

Dessa forma, o sistema de saúde deve manter uma troca contínua de informações e recursos com o meio ambiente no qual se insere orientado por metas de como melhorar a saúde da população, alcançar a satisfação dos clientes, das famílias e da comunidade³²⁸, porém desde a criação do SUS até o presente momento suas atividades encontram-se focadas, fundamentalmente, na ampliação de cobertura e da sua descentralização para estados e municípios, deixando de dar atenção à questão da integralidade, fato esse, que revela-se pela evidente carência de dois tipos de intervenção, ou seja, uma que preocupe-se em recuperar o sujeito como unidade, devendo esse ser acolhido pelos serviços de saúde de forma integral, com atendido eficiente para alívio de seu sofrimento, respeitando sua singularidade; e outra que atue na perspectiva de uma ação do Estado com práticas de governo, dando tratamento à saúde como resultado de um desenvolvimento social voltado ao bem-estar e qualidade de vida, incentivando o aprimoramento de práticas integrais nas quais, tanto a oferta dos serviços quanto a formulação e gestão de políticas públicas e o fortalecimento de ações intersetoriais assumem importância fundamental.³²⁹

³²⁷ CASTRO, Adriana; MALO, Miguel. **SUS: ressignificando a promoção da saúde.** p. 35.

³²⁸ CIANCIARULLO, Tamara Iwanow. **Compreendendo a família no cenário de uma nova estratégia de saúde.** p. 28.

³²⁹ COSTA, Ana Maria; PONTES, Anna Cláudia Romano; ROCHA, Dais Gonçalves. Intersetorialidade na produção e promoção da saúde. In: CASTRO, Adriana. **SUS: ressignificando a promoção da saúde.** São Paulo: Hucitec: Opas, 2006. p. 104.

Três aspectos que consideramos relevantes: O primeiro é o da integralidade no seu sentido vertical, que pressupõe a busca das necessidades dos usuários a partir de um olhar integral, ampliado, procurando captar holisticamente o que pode beneficiar sua saúde nos seus contatos com os diferentes pontos do sistema. O segundo é o da integralidade horizontal, no qual se evidencia que as respostas às necessidades dos usuários geralmente não são obtidas a partir de um primeiro ou único contato com o sistema de saúde, havendo necessidade de contatos sequenciais, com diferentes serviços e unidades, e monitorização do trajeto de uns aos outros. O terceiro diz respeito à interação entre políticas públicas e, portanto, à intersetorialidade. Ou seja, as redes de atenção à saúde não devem ser restritas ao setor saúde, devendo incluir políticas de outros setores relacionados às determinantes do processo saúde-doença.³³⁰

Essa ideologia implica em dar prioridade à dignidade da pessoa e considerá-la integralmente, única para si, seus familiares e respeitando suas necessidades espirituais, discutindo o passado, o presente e o futuro, dando oportunidade do paciente obter respostas diretas e controlar os sintomas da sua doença.³³¹

Uma política, respaldada pela constante criação de conhecimentos e ofertas de práticas, direcionada para coletividades implica a utilização de um instrumental diferenciado de gestão pública, cuja principal característica é a atenção integral ao homem integral. Isso pressupõe uma política que opere à margem de setores e repartições, introduzindo e acatando os produtos dos diálogos de governo e população, em que seja valorizada a percepção que o cidadão tem acerca de seus problemas, com suas identidades e sua prática social. Ao debater os seus problemas, a população trata do que há de mais complexo e relevante no universo: os assuntos humanos. Tão relevante e precioso deve ser o objeto das políticas públicas voltadas à produção de saúde, visto estar relacionado ao cuidado, à vida, ao destino e à liberdade dos indivíduos, das coletividades e, por conseguinte, da humanidade. Nesse sentido, a política requer, avitalmente, um pensamento que possa alcançar o nível da complexidade dos próprios problemas políticos e, ao mesmo tempo, responder ao desejo de viver da espécie humana.³³²

³³⁰ SILVA, Silvio Fernandes da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(6):2753-2762, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2011.v16n6/2753-2762/pt>. Acesso em: 05 dez. 2018. p. 2755.

³³¹ MCCOUGHLAN, Marie. A necessidade de cuidados paliativos. In: PESSINI, Leo. (Org.) BERTACHINI, Luciana. (Org.) **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004. p. 175.

³³² COSTA, Ana Maria; PONTES, Anna Claudia Romano; ROCHA, Dais Gonçalves. Intersetorialidade na produção e promoção da saúde. In: CASTRO, Adriana. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006. p. 106-107.

A atenção dada ao princípio da integralidade remete à ações de promoção da saúde na prevenção de riscos, agravos e assistência aos doentes baseada numa sistematização de práticas desenvolvidas para a eliminação e a redução dos problemas da saúde, que para assegurar tal prerrogativa é necessário dispor de unidades de prestação de serviços, pessoal capacitado e recursos que possam propor assistência e recuperação de indivíduos enfermos na detecção precoce de doenças para um diagnóstico e um tratamento adequado, a fim de reabilitar a pessoa.³³³

Posto que a gestão de um sistema de saúde inclui uma intensa reflexão acerca do quadro de pessoal necessário à sua operacionalização, da quantidade e composição das equipes de trabalho, da distribuição do pessoal conforme demanda, das características do local de atuação, de qual a política de desenvolvimento a ser adotada.³³⁴

Assim, para a implementação do serviço público de saúde que trata exclusivamente da humanização, deve-se considerar um planejamento que avalie as condições de saúde da população para obter informações que permitam identificar tais problemas. Essa relação parte de um estudo com dados demográficos de crescimento populacional, índice de envelhecimento, estrutura etária da população, mortalidade, dados socioeconômicos, taxa de desemprego, nível de escolaridade, taxa de analfabetismo, índice de desenvolvimento humano, dados epidemiológicos, mortalidade por grupos de causas segundo raça, cor, sexo, além de serem verificadas também a atenção básica, assistência ambulatorial especializada, assistência hospitalar, urgências e emergências.³³⁵

³³³ BAHIA, Ligia. A política de saúde no Brasil. In: **Manual de saúde pública & saúde coletiva no Brasil**. Editor Juan Stuardo Yazlle Rocha. – São Paulo: Editora Atheneu, 2012. p. 217.

³³⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. **Direito sanitário de saúde pública**. p. 95.

³³⁵ ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. Introdução ao Planejamento em Saúde no Brasil. In: **Manual de saúde pública & saúde coletiva no Brasil**. São Paulo: Atheneu, 2012. p. 182.

No espaço institucional, as mudanças necessárias estão também relacionadas à prática e ao aperfeiçoamento para a gestão participativa. Entre estas, a valorização dos profissionais, o redirecionamento da lógica de organização dos serviços para os usuários e, no plano do maior desafio, as mudanças subjetivas, tanto referidas aos trabalhadores quanto aos usuários, cujo objetivo é a construção de novos sujeitos, na condição de atores sociais e políticos, ansiosos por mudanças e capazes de realizá-las.³³⁶

No setor da saúde em específico, há diversos atores que possuem interesses divergentes, como usuários que reivindicam serviços de qualidade, mas baratos; profissionais que querem desenvolver sua profissão e obter uma boa renda; empresas de materiais e produtos, estabelecimentos privados que querem fazer bons negócios; o governo, que quer benefícios políticos, sendo que todos devem considerar essas particularidades.³³⁷

Em face disso, é indispensável a participação popular como instrumento de cidadania e transformação da realidade sanitária nacional,³³⁸ pois a rede de humanização é uma permanente construção de laços de cidadania e criação de vínculos solidários de participação coletiva no processo de gestão, onde há a valorização de todos os sujeitos na produção da saúde, posto que, o empenho na mudança dos modelos de atenção e gestão vigentes podem melhorar as condições de atendimento e de trabalho, mudando a opinião dos usuários que desacreditam nos hospitais públicos, apresentando uma imagem de atendimento ruim e falta de médicos.³³⁹

A avaliação feita pelo usuário no que diz respeito ao desempenho do profissional da saúde pelas respostas às perguntas que foram feitas e orientações dadas, bem como a resolutividade da enfermidade propiciam um melhor vínculo do

³³⁶ COSTA, Ana Maria; PONTES, Anna Cláudia Romano; ROCHA, Dais Gonçalves. Intersetorialidade na produção e promoção da saúde. In: CASTRO, Adriana. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006. p. 104-105.

³³⁷ DUSSAULT, Gilles. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. In: **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26 n. 2, 1992. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/8792>. Acesso em: 05 dez. 2018. p. 9.

³³⁸ PILAU SOBRINHO, Liton Lanes. **Comunicação e direito à saúde**. Punto Rojo Libros, S.L., 2016. p. 207.

³³⁹ MOTA, Roberta Araújo; MARTINS, Cileide Guedes de Melo; VÉRAS, Renata Meira. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 323-330, maio/ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/pe/v11n2/v11n2a10.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2018. p. 325.

usuário com o serviço de saúde, otimizando o processo da assistência, permitindo que os profissionais conheçam seus pacientes e as prioridades de cada um, facilitando-lhes o acesso.³⁴⁰

Uma questão fundamental é o entendimento de que inclusão e participação implicam em conhecer, comunicar, dialogar e deliberar com o outro. E estar aberto e receptivo para este outro, diferente e heterogêneo, que tem a experiência dispersa do cotidiano, onde as questões são intersetoriais, imbricadas, complexas e obedecem a lógicas singulares. Deve significar uma possibilidade de resgate do diálogo intersubjetivo, da interlocução com o outro, se baseado no princípio da igualdade, no direito à participação, o que é diferente de uma crença a priori e incondicional de que todos os participantes são iguais ou estão partindo do mesmo lugar. Na verdade, eles são diferentes nas suas características, formações, informações, conhecimentos, nível de instrução e no acesso à informação, mas são iguais na possibilidade da participação, da troca, da busca do entendimento e da decisão consensual.³⁴¹

É preciso restabelecer no cotidiano a implementação dos vínculos solidários entre os profissionais e a população, empenhados na construção coletiva de estratégias que promovam mudanças nas práticas dos serviços, tendo como princípios éticos a defesa e a afirmação de uma vida digna de ser vivida. Para tanto, é necessário ampliar a qualificação técnica dos profissionais e das equipes em atributos e habilidades relacionadas à escuta qualificada para estabelecer interação humanizada, cidadã e solidária com usuários, familiares e comunidade, implantando uma sistemática de acolhimento na rede SUS de forma integrada e contínua.³⁴²

Tais medidas ocasionam a diminuição da vulnerabilidade humana no campo da saúde, observando-se uma mudança significativa no papel do usuário, que conquista maior liberdade e autonomia nas etapas da assistência por meio da comunicação terapêutica como fator de sua valorização, pois a afetividade na atenção singular possibilita habilidades comunicativas provocando compreensão e

³⁴⁰ MOIMAZ, Suzely Adas Saliba et al. **Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde**. *Physis* [online]. 2010, v. 20, n.4, pp.1419-1440. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2010.v20n4/1419-1440/pt>. Acesso em 05 dez. 2018. p. 1427.

³⁴¹ NOGUEIRA MARTINS, Maria Cezira Fantini; BOGUS, Cláudia Maria. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde soc.** [online]. 2004, v.13, n.3. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/06.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2018. p. 46.

³⁴² BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. p. 29-30.

reciprocidade entre as pessoas, ou seja, novos saberes para a aceitação do outro em uma relação intersubjetiva.³⁴³

A avaliação dos serviços feita pela população é parte fundamental no planejamento e na gestão de qualquer sistema de saúde em todos os seus níveis, podendo constituir-se em um instrumento concreto de melhorias dentro de um processo que procure realmente implementar o nível da atenção à saúde. Cabe destacar que existem diversas maneiras de abordar a questão de avaliação dos serviços da rede básica de saúde, como a qualidade profissional dos prestadores, o grau de relacionamento entre o serviço de saúde e a comunidade, a integração da rede básica com outros níveis do sistema e o acesso ao serviço.³⁴⁴

Esse ideário pode ser traduzido por alguns conceitos e objetivos, tais como: (1) vinculação da equipe de atenção básica a determinado território onde exista contingente compatível de usuários à capacidade de trabalho da equipe; (2) responsabilização da equipe pela promoção da saúde e pela oferta e referenciamento de atividades assistenciais adequados à população adstrita – incluindo os diferentes campos de atenção: prevenção, cura, reabilitação e promoção e (3) incorporação dos usuários como sujeitos coletivo e individual das ações de saúde, considerando que as mudanças não devem ser feitas *para eles*, mas *com eles*.³⁴⁵

Porém, todos reconhecem que a humanização nas práticas de saúde não consegue ser implementada de forma tão simples, sendo um erro acreditar que somente a pesquisa de satisfação dos usuários, dados estatísticos e diminuição do tempo de espera nas filas, por si só resolveriam o problema.³⁴⁶ Mesmo que os princípios e diretrizes de promoção da saúde pública estejam presentes nas

³⁴³ BERTACHINI, Luciana. A comunicação terapêutica como fator de humanização da Atenção Primária. In: PESSINI, Leo. (Org.) BERTACHINI, Luciana. (Org.) **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004. p. 510.

³⁴⁴ OLIVEIRA, Francisco J. Arsego de. Por uma perspectiva dos usuários: Avaliação de uma unidade de saúde comunitária. In: BORDIN, Ronaldo et al. (Org.). **Práticas de Gestão em saúde: em busca da qualidade** / org. Ronaldo Bordin et. al. Porto Alegre: Dacasa, 1996. p. 14-15.

³⁴⁵ SILVA, Silvio Fernandes da. **Municipalização da saúde e poder local: sujeito, atores e políticas** / Silvio Fernandes da Silva; prefácio de Maria Cecília de Souza Minayo. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 280.

³⁴⁶ BETTINELLI, Luiz Antônio; WASKIEVICZ, Josemara; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI Luciana. (Org.) **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004. p. 98.

normativas da Política Nacional de Saúde, ainda não existe, no Brasil, uma política explícita e formalizada que compreenda todas as dimensões que a saúde requer.³⁴⁷

É importante registrarmos que a luta que se trava neste momento a favor de uma nova ecologia médica não visa abolir nem o modelo da sociedade mercantilizada, de inspiração estatista, nem aquele da medicina mercantil, de inspiração neoliberal, que são os atualmente mais conhecidos no Ocidente. A luta pela reforma de instituição médica visa preservar as propostas básicas buscadas pelo Estado (a questão da universalidade dos direitos de todos os cidadãos a um cuidado médico) e pelo mercado (a questão da melhor qualidade e do menor preço dos serviços a serem obtidos por uma estrutura competitiva livre e aberta).³⁴⁸

Desse modo, se, atualmente, busca-se de fato a humanização nos setores de saúde pública um dos caminhos seria estar inteiramente atento ao paciente, além de ampliar a qualificação técnica dos profissionais e das equipes em atributos e habilidades de escuta para estabelecer uma interação humanizada, cidadã e solidária com usuários, familiares e comunidade. Para isso, seria necessário implantar a sistemática de acolhimento na rede SUS de forma integrada, com as várias unidades de saúde que visassem à capacidade resolutiva e a garantia de continuidade da atenção que a Constituição Federal propõe.³⁴⁹

Portanto, mesmo o SUS estando totalmente sedimentado no compromisso de proteção social, justo e democrático para promoção da saúde, mediante políticas sociais e econômicas igualitárias, ainda assim, o tratamento humanizado seria um dos fatores indispensáveis para que as ações e os serviços públicos voltados à saúde da população brasileira fossem satisfatórios, senão decisivos na qualificação da saúde.

³⁴⁷ MERCADANTE, Otávio Azevedo. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 295.

³⁴⁸ MARTINS, Paulo Henrique. **Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas**. p. 214.

³⁴⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. p. 30-31.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde o seu reconhecimento nas primeiras constituições, os direitos fundamentais passaram por diversas transformações ao longo dos anos. Entretanto, é incontestável que sua positivação é resultado dos ideais de liberdade e da dignidade da pessoa humana, reconhecidos nas primeiras declarações do século XVIII.

Esses direitos iniciaram-se com as Constituições que vigoraram na legislação brasileira, na qual a lei passou a proteger os indivíduos e grupos contra ações que interferiam nas liberdades fundamentais e na dignidade humana.

Face ao seu reconhecimento, tem-se que a saúde foi afirmada no Brasil como um direito social fundamental a partir da Constituição Federal de 1988. Essa mesma Constituição consagrou a transição democrática e de institucionalização dos direitos humanos no Brasil.

Entretanto, no plano internacional, tem-se que a saúde passou a ser vista em 1946, quando foi reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como um direito fundamental de todo o ser humano.

O sistema público de saúde brasileiro está estabelecido no contexto de constituição do Estado moderno de Direito, também chamado de social, que considera a integridade física como perspectiva individual e corrobora com o interesse coletivo para melhorar as condições de vida dos hipossuficientes, visando à concretização da igualdade social.

A Magna Carta de 1988, por sua vez, adotou o conceito amplo de saúde englobando exigência de políticas públicas, econômicas e sociais que promovam, protejam e recuperem tais direitos. Por isso, a saúde é considerada um direito fundamental do ser humano e exige que o Estado forneça as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Entretanto, a função social protetiva dada pela Constituição de 1988 deu ao direito à saúde, na perspectiva brasileira, uma predefinição sujeita a discussões conceituais controversas que têm como natureza a reunião de várias áreas de

conhecimento, observação do contexto social, cultural e religioso que envolve o indivíduo, bem como influências desses ambientes sobre a sua vida.

Assim, já que o reconhecimento da saúde como direito de todos é um dever do Estado, para cumprir esse importante objetivo, a Constituição Federal criou o Sistema Único de Saúde, que possuiu princípios e atributos próprios.

Diante disso, tem-se que, para a efetivação do direito fundamental à saúde, a saúde pública no Brasil é fundamentada numa rede regionalizada e hierarquizada que organiza e estrutura as ações públicas a partir das necessidades de cada território, por meio de um sistema único que atua de forma descentralizada em todo o âmbito nacional.

Esse desenho organizacional, baseado na gestão local, possibilita a investigação e a criação de estratégias para solução prática dos problemas de saúde e gestão.

E esse é o objeto de estudo do presente trabalho, uma vez que se evidencia que a saúde pública brasileira tornou-se um aglomerado desarticulado de serviços prestados de forma ineficiente que acabaram por causar a incapacidade de lidar com pessoas.

Assim, com a criação do SUS e a categorização dos seus princípios baseados na universalidade, na integralidade e na equidade, pode-se constatar que houve a valorização do ser humano em sua totalidade com uma maior compreensão da sua dor nas esferas físicas, psíquicas, sociais e espirituais, respeitando seus direitos para uma vida com mais qualidade e exigindo do sistema propostas que visassem à implantação de programas de humanização.

Essa intenção de empregar a humanização como política pública de saúde, como foi explanado no Capítulo 3, reflete justamente a preocupação com a desumanização nos serviços de saúde, que, na prática conta com uma realidade de limitação no acesso aos serviços, maus-tratos, patologias que poderiam ser facilmente tratadas, presença de pessoas com sinais de descuido e más condições de trabalho.

Observou-se, que a humanização vista em conjunto com a intersetorialidade, a integralidade e a participação social, estabelecendo ligação direta

entre as dimensões biológica, sociológica e psicológica, em comunhão com o saber médico, seria uma solução prática possível dos problemas de saúde e gestão.

A partir dessa percepção do cuidado, com foco em todo itinerário de vida do indivíduo, bem como, as suas necessidades de saúde provocadas pelas condições em que vive, iniciou-se o procedimento de valorização dos diferentes sujeitos que atuam diretamente no processo de produção de saúde, ou seja, a inclusão dos usuários, trabalhadores e gestores dessa área.

Conforme exposto ao longo da pesquisa, a humanização depende somente da valorização do tecido social e potencial humano de cada pessoa, no sentido de ouvir o outro e ajudá-lo na construção de soluções para seus problemas, seja por meio de um atendimento profissional, de um encaminhamento para o serviço de assistência social ou, até mesmo, por um convite para participar de uma atividade coletiva no serviço, visando fortalecer o vínculo de todos os envolvidos.

Dessa forma, as políticas públicas de humanização têm como principal proposta recuperar a comunicação entre a equipe de profissionais da saúde e o usuário, levando em consideração o momento de fragilidade emocional do paciente, já que constatou-se que, mesmo com a utilização de aparelhos de diagnósticos extremamente sofisticados e técnicas de tratamento avançadas, ainda assim, não se consegue substituir o afeto de um atendimento humanizado.

O desafio enfrentado para a implementação de qualquer política pública e ainda mais as de humanização é realmente a interação das pessoas, uma vez que o momento atual é fortalecido por uma medicina caracterizada pelo distanciamento do compromisso com a vida, pela medicalização em excesso, por ações de cura pensadas somente sobre a doença e não do ponto de vista do sujeito portador de necessidades de saúde.

Outrossim, em muitas instituições, há cortes de verbas públicas e dificuldades para gerir o sistema de saúde em prol da população, já que o próprio quadro de profissionais se encontra em condições insalubres, falta de recursos materiais para o exercício correto das suas funções, causando a insatisfação no trabalho e, por consequência, transformando-se num ambiente desfavorável para o progresso das medidas humanizadas.

Por isso, a solução para os desafios desses problemas foi o redirecionamento dos princípios profissionais, pressupondo, tratamento e cuidado digno, solidário e acolhedor por parte dos profissionais da saúde, com uma nova postura ética de comprometimento dos envolvidos, estimulando o amor naquilo que acreditam, o que tem como resultado a obtenção de um tratamento humanizado para os mais necessitados.

Para tanto, é necessário ampliar a qualificação técnica desses profissionais e das equipes em atributos e habilidades para, assim, estabelecer uma interação humanizada, cidadã e solidária que beneficie a todos e, principalmente, ao sistema de acolhimento que o SUS tanto preceitua.

Deve-se unir, ao mesmo tempo, o interesse dos trabalhadores da saúde com os dos usuários por meio de sindicatos, movimentos urbanos ou associações, sendo que tais medidas ocasionam a diminuição da vulnerabilidade humana e de mudança significativa na atuação de cada um dos indivíduos que estão envolvidos com a saúde, já que conquistam maior liberdade e autonomia nas etapas da assistência por meio da comunicação terapêutica e ampliam suas habilidades comunicativas, provocando mais reciprocidade entre as pessoas.

A recuperação do sujeito como um todo é um desafio que todos os serviços da saúde enfrentam, por isso, é necessário desenvolver tecnologias que respeitem a autonomia da pessoa que está sendo tratada, além de priorizar a dignidade da pessoa e considerá-la integralmente, do ponto de vista individual e do ponto de vista familiar, respeitando suas necessidades espirituais, discutindo o passado, o presente e o futuro dando oportunidade do paciente obter suas próprias respostas.

Essa busca pela constante aplicação de gestão humanitária nos serviços da saúde visa preservar as propostas básicas buscadas pelo Estado, pela Constituição Federal de 1988 e principalmente pelo SUS, que explicitaram a questão da universalidade dos direitos de todos os cidadãos a um cuidado digno, da melhor qualidade e estrutura.

Desse modo, concluiu-se que a humanização é a forma mais promissora que há para manter tais princípios, já que é expressa por relações estabelecidas sob parâmetros humanitários, de solidariedade e responsabilidade, que produzem uma

satisfação em relação à qualidade dos serviços realizados, o que não precisa estar restrito ao setor saúde. Há uma clara necessidade de que sejam incluídas políticas de outros setores relacionados às determinantes do processo saúde-doença, direcionadas para a coletividade.

REFERÊNCIAS DAS FONTES CITADAS

ACIOLE, Giovanni Gurgel. **A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado**. São Paulo: Hucitec, 2006.

ACIOLI, Sonia. Os sentidos das práticas voltadas para a saúde e doença: Maneiras de fazer de grupos da sociedade civil. In: PINHEIRO Roseni; ARAÚJO DE MATTOS, e Ruben. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

ALBUQUERQUE, Carlos César de. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/96. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais**. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001.

ALEXY, Robert. **Teoria discursiva do direito**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2014.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 3, n. 1, São Paulo, abr./dez. 2000. p. 7-8.

AMÂNCIO, Aloysio. QUADRA, Antônio Augusto F. Saúde, saber médico e recursos humanos. In: FLEURY Sônia; BAHIA Ligia; AMARANTE Paulo. (Org.). **Saúde em debate: fundamentos da reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2007. Disponível em: <http://docvirt.com/docreader.net/DocReader.aspx?bib=BibliotRS&PagFis=1181&Pesq=sus>. Acesso em: 01 dez. 2018.

AMARAL, Marcia Aparecida do; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza Campos. Organização do trabalho e gestão do cuidado em saúde: uma metodologia de congestão. In: VECINA NETO, Gonzalo; MALIK Ana Maria. **Gestão em saúde**. 2. ed. (Reimpr.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

AKERMAN, Marco; FEUERWERKER, Laura. Estou me formando (ou eu me formei) e quero trabalhar: Que oportunidades o sistema de saúde me oferece na saúde coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver? In: GASTÃO, Wagner de Souza; CAMPOS et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

ARAÚJO, Sonia Regina Cassiano de. **Humanização dos processos de trabalho: fundamentos, avanços sociais, tecnológicos e atenção à saúde**. São Paulo: Erica, 2014.

BACKES, Dirce Stein; LUNARDI, Valéria Lerch. LUNARDI FILHO, Wilson D. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Revista Latino-americana Enfermagem**. jan./fev. 2006, v. 14, n. 1, p. 132-135. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a18>. Acesso em: 25 nov. 2018.

BAHIA, Ligia. A política de saúde no Brasil. In: **Manual de saúde pública & saúde coletiva no Brasil**. São Paulo: Atheneu, 2012.

BARATA, Luiz Roberto Barradas; TANAKA, Oswaldo Yoshimi; MENDES, José Dínio Vaz. O papel do gestor estadual no Sistema Único de Saúde (SUS). In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Convergências e divergências sobre gestão e regionalização do SUS**. Brasília: CONASS, 2004. Disponível em: http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_6.pdf. Acesso em: 20 out. 2018.

BATISTA, Flávio Roberto. A universalização dos direitos humanos, o direito à saúde e a saúde pública. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo**. v. 110. p. 231-249, jan./dez. 2015.

BARCELLOS, Ana Paula de. **A eficácia jurídica dos princípios constitucionais: o princípio da dignidade da pessoa humana**. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

BERTACHINI, Luciana. A comunicação terapêutica como fator de humanização da Atenção Primária. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. (Org.) **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.

BETTINELLI, Luiz Antonio; WASKIEVICZ, Josemara; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In: PESSINI, Leo e BERTACHINI, Luciana (Org.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão e financiamento do Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2008. Disponível em: https://secure.upf.br/pdf/PDF%20de%20Livro/Gestao_e_financiamento_do_SUS.pdf. Acesso em: 20 out. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília: CONASS, 2009. Disponível em: <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/sus20anosfinal.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2018.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011. v. 1. Disponível em: https://secure.upf.br/pdf/PDF%20de%20Livro/Sistema_Unico_de_Saude_v1.pdf. Acesso em: 5 nov. 2018.

_____. Constituição (1934). **Constituição da República federativa dos Estados Unidos do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm. Acesso em: 26 abr. 2018.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 03 abr. 2018.

_____. **Humaniza SUS. Política Nacional de humanização**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em: 10 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Sobre o programa. **HumanizaSUS**. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/humanizasus/sobre-o-programa>. Acesso em: 06 dez. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Princípios do SUS**. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>. Acesso em: 06 dez. 2018.

_____. **Lei nº 8.080/1990, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 02 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. In: ARANHA, Márcio Iório **Direito sanitário de saúde pública** (Org.). v. 1, série E. Legislação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSUS_politica_nacional_humanizacao.pdf. Acesso em: 10 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude_2ed.pdf. Acesso em: 01 dez. 2018.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas. **Judicialização da saúde**. São Paulo: Saraiva, 2017.

BUSATO, Ivana Maria Saes. **Planejamento estratégico em saúde**. Curitiba: InterSaberes, 2017. (Série Gestão Pública).

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **A saúde pública e a defesa da vida**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

CANOTILHO, Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 7. ed. Portugal: Almedina, 2003.

CASTRO, Adriana; MALO, Miguel. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006.

CIANCIARULLO, Tamara Iwanow. Compreendendo a família no cenário de uma nova estratégia de saúde. In: CIANCIARULLO, Tamara Iwanow et al. **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: Ícone, 2011.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE 11ª **Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000**: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11_cns.pdf. Acesso em: 29 nov. 2018.

COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

COSTA, Ana Maria; PONTES, Anna Cláudia Romano; ROCHA, Dais Gonçalves. Intersetorialidade na produção e promoção da saúde. In: CASTRO, Adriana. **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006.

CURY, Ieda Tatiana. **Direito fundamental à saúde**: evolução, normatização e efetividade. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos de teoria geral do estado**. 30. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Direito Sanitário. In: ARANHA, Márcio Iorio (Org.). **Direito sanitário e saúde pública**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. **Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris**. 10 dez. 1948. Disponível em: http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/direitos-humanos/declar_dir_homem_cidadao.pdf. Acesso em: 03 abr. 2018.

DIAS, Hélio Pereira. **A responsabilidade pela saúde**: aspectos jurídicos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

DUSSAULT, Gilles. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. In: **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, 1992. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/8792>. Acesso em: 05 dez. 2018.

GADAMER, Hans-Georg. **O mistério da saúde**: o cuidado da saúde e a arte da medicina. Lisboa: Edições 70, 1993.

GRANJA, Gabriela Ferreira; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. **Humanização da atenção primária à saúde**: gestão em redes e governança local. Mundo saúde, 1995.v. 36, n. 3, p. 494-501, jul./set. 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/humanizacao_atencao_primaria_saude_gestao.pdf. Acesso em: 29 nov. 2018.

GROFF, Paulo Vargas. **Direitos fundamentais nas constituições brasileiras**. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/45/178/ril_v45_n178_p105.pdf. Acesso em 31 mai 2018. Acesso em: 31 maio 2018.

HABERMAS, Jurgen. **Direito e democracia: entre facticidade e validade**. Trad. Flávio Beno Siebeneichler, Volume 1. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997.

HESSE, Konrad. **Elementos de direito constitucional da República Federativa da Alemanha**. Trad. Luís Afonso Heck. Porto Alegre: Sergio Antônio Fabris Editor, 1998.

IBAÑEZ, Nelson; ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de. O SUS estrutura e organização. In: **Manual de saúde pública & saúde coletiva no Brasil**. São Paulo: Atheneu, 2012.

JUNGES, José Roque; BARBIANI, Rosangela. **Repensando a Humanização do Sistema Único de Saúde à luz das Redes de Atenção à Saúde Mundo saúde**. 1995, v. 36, 3, p. 397-406, jul./set. 2012.

LICO, Fátima Madalena de Campos; FERNANDEZ, Regina Mara Ramo Aneiros. A Experiência Viva: Projeto Capela Saudável. In: WESTPHAL, Marcia Faria; PAIS, Tadeu Dias (Org.). **Capela saudável: gestão de políticas públicas integradas e participativas**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

MALIK, Ana Maria; SCHIESARI, Laura Maria Cesar. Qualidade e Acreditação. In: VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria. **Gestão em saúde**. 2. ed. (Reimpr.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

MARTIN, Leonard M. A ética e a humanização hospitalar. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. (Org.) **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004. p. 31-50.

MARTINS, Paulo Henrique. **Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MCCOUGHLAN, Marie. A necessidade de cuidados paliativos. In: Pessini, Leo; Bertachini, Luciana. (Org.) **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004. p. 167-180.

MENDES, Eugênio Vilaça. O SUS que temos e o SUS que queremos. In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Convergências e Divergências sobre Gestão e Regionalização do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2004.

MENDES, Gilmar Ferreira. O Município na Constituição Federal Brasileira. In: MENDES, Gilmar Ferreira; CARNEIRO, Rafael Araripe. (Coord.). **Gestão pública e direito municipal: tendências e desafios**. São Paulo: Saraiva, 2016.

MERCADANTE, Otávio Azevedo. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 235-313.

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba. et al. **Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde**. Physis [online]. 2010, vol. 20, n.4, pp.1419-1440. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2010.v20n4/1419-1440/pt>. Acesso em: 05 dez. 2018.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**, 33. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MOTA, Roberta Araújo; MARTINS, Cileide Guedes de Melo; VÉRAS, Renata Meira. **Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar.** *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 2, p. 323-330, mai./ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/pe/v11n2/v11n2a10.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2018.

NEUMANN, Zilda Arns. **Depoimento:** Zilda Arns Neumann: ela criou uma rede de solidariedade que salva centenas de milhares de crianças brasileiras. Belo Horizonte: Editora Leitura, 2003.

NIGRI, Luciana Ludwig. **Humanização em saúde:** como alcançá-la? Disponível em: <https://saudebusiness.com/noticias/humanizacao-em-saude-como-alcanca-la/>. Acesso em: 29 nov. 2018.

NOGUEIRA MARTINS, Maria Cezira Fantini; BOGUS, Cláudia Maria. **Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde.** *Saúde soc.* [online]. 2004, v.13, n.3. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/06.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2018.

OLIVEIRA, Francisco J. Arsego de. Por uma perspectiva dos usuários: Avaliação de uma unidade de saúde comunitária. In: BORDIN, Ronaldo et al. (Org.). **Práticas de Gestão em saúde:** em busca da qualidade. Porto Alegre: Dacasa, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946.** Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 30 mar. 2018.

ONU. **Organização das Nações Unidas.** Disponível em: <https://nacoesunidas.org/conheca/>. Acesso em: 03 ago. 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. **Desafio para a saúde coletiva do século XXI.** Salvador: EDUFBA, 2006.

PASCHE, Dário Frederico; HENNINGTON, Élide Azevedo. O Sistema único de saúde e a promoção da saúde. In: CASTRO, Adriana; MALO, Miguel. **SUS:** ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006.

PECES-BARBA, Gregório. **Curso de derechos fundamentales:** teoría general. Madrid: Universidad Carlos III de Madrid, 1999.

PÉREZ LUÑO, Antonio Enrique. **Los derechos fundamentales.** 11. ed. Madrid: Tecnos, 2013.

_____. **Derechos humanos, estado de derecho y constitución.** 9. ed. Madrid: Tecnos, 2005.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. (Org.) **Humanização e cuidados paliativos.** São Paulo: Loyola, 2004.

PILAU SOBRINHO, Liton Lanes. **Direito à saúde:** uma perspectiva constitucionalista. Passo Fundo: UPF, 2003.

_____. **Comunicação e direito à saúde.** Punto Rojo Libros, S.L., 2016.

PIOVESAN, Flávia. **Temas de direitos humanos.** 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

_____. **Temas de direitos humanos.** 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

_____. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional.** 17. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

QUEIROZ, Marcos S. **Saúde e Doença: um enfoque antropológico.** Bauru, SP: EDUSC, 2003.

REIS, Maria Leticia Cascelli de Azevedo. Bioética e Humanização em Saúde. In: ABREU, Carolina Becker Bueno de (Org.). **Bioética e gestão em saúde** (livro eletrônico] / Curitiba: InerSaberes, 2018. (Série Princípios da Gestão Hospitalar). p. 116-145.

RIBEIRO, Carla Trevisan Martins et al. O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. **Rev Panam Salud Publica.** 2010, v. 28, n. 1, p. 43-48. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2010.v28n1/43-48/pt>. Acesso em: 03 dez. 2018.

ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. Introdução ao Planejamento em Saúde no Brasil. In: **Manual de saúde pública & saúde coletiva no Brasil.** São Paulo: Atheneu, 2012.

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

SALOMÃO, Maria Lúcia Machado; ZANETTA, Dirce Maria Trevisan. Sistema Único de Saúde: referência e contrarreferência. In: GARCIA, Maria Lúcia Bueno. **Manual de saúde da família** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

SANTOS, Nívea Cristina Moreira. **Legislação profissional em saúde: conceitos e aspectos éticos.** 1. ed. São Paulo: Érica, 2014.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional.** 11. ed. rev. e atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2012.

_____. Da saúde. In: CANOTILHO, J. Gomes. **Comentários à constituição do Brasil.** São Paulo: Saraiva, 2013. p. 1925-1945.

SARMENTO, Daniel. **Direitos fundamentais e relações privadas.** 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 31, n. 5, 1997.

SILVA, Aglaé Regina, CARBONI, Marli Terezinha e PIRES, Vanise Tombesi. Controle e avaliação do SUS: Competência e responsabilidade dos municípios. In: BORDIN, Ronaldo et al. (Org.). **Práticas de Gestão em saúde: em busca da qualidade.** Porto Alegre: Dacasa, 1996.

SILVA, Silvio Fernandes da. **Municipalização da saúde e poder local: sujeito, atores e políticas**. São Paulo: Hucitec, 2001.

_____. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(6):2753-2762, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2011.v16n6/2753-2762/pt>. Acesso em: 05 dez. 2018.

SCHWARTZ, Germano. **O tratamento jurídico do risco no direito à saúde**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.

SOLHA, Raphaela Karla de Toledo. **Sistema Único de Saúde: componentes, diretrizes e políticas públicas**. São Paulo: Érica, 2014.

_____. **Saúde coletiva para iniciantes: políticas e práticas profissionais**. 2. ed. São Paulo: Érica, 2014.

TARRIDE, Mario Iván. **Saúde Pública: uma complexidade anunciada**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

TEIXEIRA, Marcelo Gouvêa. O imperativo do financiamento e da gestão: desafios ao Sistema Único de Saúde. **Revista de direito sanitário**, v. 4, n. 1, mar. 2003. São Paulo: LTR.

TERRA, José Daniel Rodrigues; BERSANETTI, Fernando Tobal. Acreditação hospitalar e seus impactos nas boas práticas em serviços da saúde. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, 2017, v. 41, n. 1, p. 11-17. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/acreditacao_hospitalar_impactos.pdf. Acesso em: 06 dez. 2018.

TERRA, Osmar Gasparini. SUS: Contradições estruturais e as vantagens da municipalização. In: FACHINETTO, Neidemar José, Maria Ceci Misoczky; TERRA, Osmar Gasparini. (Org.). **Municipalização da saúde na prática: a experiência de Santa Rosa**. Porto Alegre: DaCasa, 1996.

TOJAL, Sebastião Botto de Barros. A constituição dirigente e o direito regulatório do estado social: o direito sanitário. In: ARANHA, Márcio Iório (Org.). **Direito sanitário e saúde pública**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

TOTARO GARCIA, Leandro Martin et al. Intersetorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. **Saúde em Debate**. v. 38, n. 103, p. 966-980, OUT-DEZ 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2014.v38n103/966-980/pt>.

VÁZQUEZ, María Luisa et al. Nível de informação da população e utilização dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 10 Suplemento, publicado em 2005. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2005.v10suppl0/141-155/pt>. Acesso em: 02 nov. 2018.

VENTURA, Miriam. Direitos humanos e saúde: possibilidades e desafios. Saúde e direitos humanos/Ministério da Saúde. **Fundação Oswaldo Cruz, Grupo Direitos**

Humanos e Saúde Helena Besserman. Rio de Janeiro, ano 7, n. 7 (2010). p. 97-100. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_direitos_humanos_ano7_n7.pdf. Acesso em: 03 ago. 2018.

VERDI, Marta; FINKLER, Mirelle; MATIAS, Maria Claudia Souza. A dimensão ético-estético-política da Humanização do SUS: estudo avaliativo da formação de apoiadores de Santa Catarina (2012-2014). **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, 3, p. 363-372, jul./set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00363.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

VILAR, Rosana Lúcia Alves de. **Humanização na estratégia saúde da família.** São Caetano do Sul: Yendes, 2014.

WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e federação na Constituição Brasileira.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.

WESTPHAL, Marcia Faria; PAIS, Tadeu Dias (Org.) **Capela saudável: gestão de políticas públicas integradas e participativas.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006 – (Acadêmica; 68).