



ESTADUAL DA PARAÍBA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PRÁTICA JUDICANTE

REBECA DELFINO VASCONCELOS

**O PRINCÍPIO DA DIGNIDADE HUMANA, O DIREITO À SAÚDE E SUA
EFETIVIDADE NO ÂMBITO DO HOSPITAL DE TRAUMA DE JOÃO PESSOA –
PARAÍBA.**

CAMPINA GRANDE
2013

REBECA DELFINO VASCONCELOS

O PRINCÍPIO DA DIGNIDADE HUMANA, O DIREITO À SAÚDE E SUA EFETIVIDADE NO ÂMBITO DO HOSPITAL DE TRAUMA DE JOÃO PESSOA – PARAÍBA.

Monografia apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em parceria com a Escola Superior de Magistratura da Paraíba – ESMA-PB, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Especialista em Prática Judicante.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Félix Araújo Neto.

CAMPINA GRANDE
2013

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

V331P Rebeca Delfino Vasconcelos

O princípio da dignidade humana, o direito à saúde e sua efetividade no âmbito do hospital de trauma de João Pessoa, Paraíba. [manuscrito] / Rebeca Delfino Vasconcelos. - 2014.
107 p. : il. color.

Digitado.

Monografia (Curso de Especialização em Prática Judicante) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Jurídicas, 2014.

"Orientação: Prof. Dr. Félix Araújo Neto, Departamento de Direito Público".

1. Direito à saúde. 2. Princípio da dignidade humana. 3. Hospital de trauma. I. Título.

21. ed. CDD 344.04

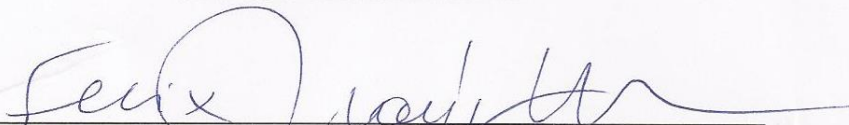
REBECA DELFINO VASCONCELOS

O PRINCÍPIO DA DIGNIDADE HUMANA, O DIREITO À SAÚDE E SUA EFETIVIDADE NO ÂMBITO DO HOSPITAL DE TRAUMA DE JOÃO PESSOA – PARAÍBA.

Monografia apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em parceria com a Escola Superior de Magistratura da Paraíba – ESMA-PB, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Especialista em Prática Judicante.

Aprovada em: ____ / ____ / ____

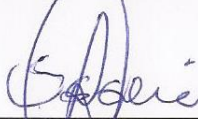
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. FÉLIX ARAÚJO NETO

Orientador

Escola Superior de Magistratura da Paraíba – ESMA-PB



Profª. Dra. SABRINA CORREIA M. CAVALCANTE

Membro Examinador

Instituição Educacional



Prof. ELY JORGE TRINDADE

Membro Examinador

Escola Superior de Magistratura da Paraíba – ESMA-PB

A minha Mãe pelo amor incondicional e pelo apoio em toda e qualquer situação.

A meu Pai (in memoriam), maior exemplo de luta e dignidade.

As minhas Tias pelo carinho inesgotável.

Enfim, a todos àqueles que, como diria Chico Buarque, eu não sei viver sem. E fim.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente toda a minha gratidão ao Único que é digno de receber a Honra e a Glória, a Força e o Poder. **Ao Deus** Eterno e Imortal. Àquele que é criador e sustentador da minha vida. Ao que tem por mim amor sem limites e misericórdia infinda; que me surpreende sempre com providências inusitadas e me faz crer que milagres acontecem todos os dias!

Ao meu Amado **Pai** (*in memoriam*), pelos ensinamentos dados na mais tenra idade, a quem devo tudo que sou e que aprendi. Pelo carinho, pelo estímulo, por acreditar, mesmo em um tempo distante, no meu sucesso.

À minha **mãe** e **tias** pelo amor incondicional, apoio, paciência, incentivo nos momentos em que fraquejei.

Ao meu orientador, Félix Araújo Neto, pelo aceite e disponibilidade, mais uma vez, além do real comprometimento, ajuda e tempo dispensados, e por julgar-me competente para a realização deste trabalho, assim como o fez na Graduação.

Aos funcionários da ESMA-PB, por toda e qualquer parcela de contribuição para a conclusão deste curso.

Aos irmãos da **Igreja Evangélica Congregacional Conservadora de Campina Grande** pelas orações incessantes, elas com certeza me sustentaram e me deram força durante estes cinco longos anos.

À professora e amiga **Ana Lúcia Carvalho** pelo empenho, ajuda, estímulo, a fim de que pudesse concluir este curso.

No reino dos fins tudo tem um preço ou uma dignidade. Quando uma coisa tem um preço, pode pôr-se em vez dela qualquer outra como equivalente; mas quando uma coisa está acima de todo preço, e portanto, não permite equivalente, então tem ela dignidade [...].

(IMMANUEL KANT)

RESUMO

A falência do sistema de saúde brasileiro é visível. Todos os dias são noticiados atos de desrespeito aos direitos humanos de pacientes, com um número cada vez mais crescente de usuários que se amontoam nos corredores dos hospitais, com instalações precárias e sem qualquer infraestrutura digna de um ser humano (doente), o que diminui consideravelmente as chances de promoção e recuperação da saúde. Percebe-se, então, que apesar da Constituição Federal elencar como fundamento da República Federativa do Brasil o princípio da dignidade da pessoa humana e como norteador máximo a prevalência dos direitos humanos, além de elevar ao patamar de direito fundamental e social o direito à saúde, disposto no art. 5º, 6º e mais especificamente nos artigos 196 a 200 da Carta Magna, e inobstante haverem leis infraconstitucionais, a exemplo da Lei 8.080/1990 – Lei Orgânica da Saúde -, e também diplomas internacionais, os usuários não tem gozado de uma boa e efetiva assistência médica. Devido a essas constatações, o presente trabalho tem como objetivo analisar a efetividade e respeito do princípio da dignidade da pessoa humana, especificamente do direito à saúde, consagrado na Lei Maior e na Lei 8.080 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, através de um estudo de dados do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, localizado no município de João Pessoa, Estado da Paraíba. Pretende-se demonstrar, por meio de explanações sobre o princípio da dignidade humana, breve histórico dos direitos humanos e da saúde no Brasil e em outros países, e como é resguardado o direito à saúde em nosso ordenamento jurídico, o (des) respeito e a efetividade do direito à saúde naquela unidade hospitalar. Por fim, o estudo dos dados foi feito com base em indicadores mensais disponibilizados no site do Hospital de Trauma e o exame foi feito com um olhar voltado para o índice de satisfação dos usuários daquela unidade de saúde. Os indicadores aqui observados objetivam ratificar o respeito do princípio da dignidade humana, o cumprimento dos direitos humanos, e da Lei 8.080/1990, em especial no que se refere àquele grupo de vulneráveis, usuários e paciente do Hospital de Trauma. Mostrar-se-á, então, as conclusões sobre o assunto, na certeza de que a mudança, melhoria dos serviços e satisfação dos pacientes depende da atuação não somente do Estado, mas de toda a sociedade.

Palavras-chave: Princípio da dignidade da pessoa humana. Direito à saúde. Hospital de Trauma.

ABSTRACT

The failure of the Brazilian health system is visible. All days are reported human rights abuses of patients, with an ever – increasing number of users who throng the corridors of hospitals, with poor facilities and infrastructure without any worthy of a human being (sick), which reduces considerably the chances of promotion and restoration of health. Then one realizes that despite the Federal Constitution as a basis to list the Federative Republic of Brazil to the principle of human dignity and how much guiding the prevalence of human rights, in addition to increasing the level of fundamental social rights and the right to health, provisions of art. 5, 6 and more specifically in Articles 196-200 of the Constitution, and they had infra inobstante laws, like the Law 8.080/1990 – Health Law – and also international diplomas, users have not enjoyed a good and effective medical assistance. Because of these findings, this study aims to examine the effectiveness and the principle of human dignity, in particular the right to health enshrined in the highest law and the 8080 Act which provides for the conditions for the promotion, protection and recovery health, organization and functioning of relevant services, through a study of data from the State Hospital Emergency and Trauma Senator Humberto Lucena, in the city of João Pessoa, Paraíba state. We intend to demonstrate, through explanations of the principle of human dignity, brief history of human rights and health in Brazil and other countries, and how guarded the right to health in our legal system, the (dis) respect and effectiveness of the right to health in that hospital. Lastly, the study data was based on monthly indicators available in the Trauma Hospital site and the procedure was done with one facing the satisfaction of the users of that health unit look. The indicators aim to ratify observed here that the principle of human dignity, the respect of human rights, and the Law 8.080/1990, particularly in respect to that group of vulnerable users and patient Hospital Trauma. Will show up, then, the conclusions on the subject, in the certainty that change, improve services and patient satisfaction depends on the performance not only of the state but of the whole society.

Keywords: Principle of human dignity. Right to health. Hospital Trauma.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Meses a serem analisados (Outubro/2012 a Abril/2013).....	85
Tabela 2 – Indicadores do Mês de Outubro de 2012	86
Tabela 3 – Indicadores do Mês de Novembro de 2012.....	87
Tabela 4 – Indicadores do Mês de Dezembro de 2012.....	88
Tabela 5 – Indicadores do Mês de Janeiro de 2013	89
Tabela 6 – Indicadores do Mês de Fevereiro de 2013.....	90
Tabela 7 – Indicadores do Mês de Março de 2013	91
Tabela 8 – Indicadores do Mês de Abril de 2013.....	92
Tabela 9 – Formulário da Ouvidoria	94
Tabela 10 – Registro de Não Conformidade.....	96

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
AI-5	Ato Institucional 5
AIS	Ações Integradas de Saúde
ALD	Infecção de Longa Duração
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ART	Artigo
CCAA	Comunidades Autônomas
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CF	Constituição Federal
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CSG	Contribuição Social Generalizada
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
EUA	Estados Unidos da América
FSESP	Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública
FUNRURA	Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural
GTH	Grupo de Trabalho em Humanização
HEETSHL	Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
HMO	<i>Health Maintenance Organization</i>
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LINDB	Lei de Introdução as Normas de Direito Brasileiro
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
MS	Ministério da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PIB	Política Nacional de humanização
PNH	<i>Preferred provider organization</i>
PPO	Produto Interno Bruto
PSF	Programa de Saúde da Família
SADT	Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

SALTE	Saúde, Alimentação, Transporte e Energia
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTQ	Unidade de Tratamento de Queimados

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	O PRINCÍPIO DA DIGNIDADE HUMANA	18
2.1	CONCEITO DE PRINCÍPIO	18
2.2	CARACTERÍSTICAS DOS PRINCÍPIOS	20
2.3	BREVES REFLEXÕES SOBRE A EVOLUÇÃO E O CONCEITO DE DIGNIDADE	22
2.3.1	Conceito de Dignidade nos dias atuais.....	25
2.4	O PRINCÍPIO DA DIGNIDADE HUMANA COMO NORTEADOR MÁXIMO DO ORDENAMENTO JURÍDICO E SUA APLICAÇÃO NO DIREITO BRASILEIRO..	28
3	EVOLUÇÃO HISTÓRICA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS.....	30
3.1	CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE DIREITOS HUMANOS	30
3.1.1	Significado da expressão “Direitos Humanos”	30
3.1.2	Características dos Direitos Humanos e Declarados.....	32
3.1.3	Gerações dos Direitos Fundamentais	33
3.2	BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A CONTRIBUIÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS E DIPLOMAS ALIENÍGENAS AO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO	35
4	DIREITO À SAÚDE	46
4.1	CONCEITO DE SAÚDE	46
4.2	HISTÓRICO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL	50
4.3	O DIREITO À SAÚDE EM OUTROS PAÍSES	57
4.3.1	Estados Unidos da América.....	57
4.3.2	França	58
4.3.3	Canadá	59
4.3.4	Inglaterra	60
4.3.5	Espanha	61
4.3.6	Cuba	63
4.4	A CRIAÇÃO DO SUS.....	65
4.5	O DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO DE 1988.....	73
5	DIREITO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA	82
5.1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	82
5.2	INDICADORES E SUAS RESPECTIVAS ANÁLISES	85
5.2.1	Indicadores do Mês de Outubro de 2012.....	86
5.2.2	Indicadores do Mês de Novembro de 2012	87
5.2.3	Indicadores do Mês de Dezembro de 2012	88

5.2.4 Indicadores do Mês de Janeiro de 2013	89
5.2.5 Indicadores do Mês de Fevereiro de 2013.....	90
5.2.6 Indicadores do Mês de Março de 2013	91
5.2.7 Indicadores do Mês de Abril de 2013	92
5.3 FORMAS DE MELHORIAS NO ATENDIMENTO	93
5.3.1 Formulário da Ouvidoria	93
5.3.2 Registro de Não Conformidade.....	94
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	99
REFERÊNCIAS	103

1 INTRODUÇÃO

O termo saúde origina-se do latim “*salus*”, “conservação da vida, salvação, designa o vocábulo estado de saúde, ou o estado de sanidade dos seres vivos”¹. Desde o início da existência de vida humana a saúde é tida como uma qualidade importante, os seres humanos procuraram viver da forma mais saudável possível, inclusive rejeitando seus semelhantes que não tivessem tal condição, a exemplo do que acontecia na Antiguidade, quando os bebês que nasciam com alguma deficiência eram rejeitados ou mortos, pois a ausência de saúde era vista como uma maldição. Com o passar dos séculos, a concepção de saúde foi sendo alterada e passou a ser um direito. A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) a consagrou como direito em seus Artigos III e XXV.

O ordenamento jurídico brasileiro por sua vez incorporou tal direito, elevando-o ao patamar de direito fundamental social, consagrando-o na Constituição de 1988, em seus artigos 6º e 196. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde, e sendo o direito à saúde um dever do Estado, deve ser garantido a todos, ou seja, seu acesso é, ou pelo menos deve ser, universal e igualitário, e deve-se buscar sempre implementar ações para sua promoção, proteção e recuperação”². No ordenamento jurídico brasileiro existem ainda outros mecanismos que garantem ou servem para implementar o direito à saúde, um deles são os princípios.

Os princípios, em uma época mais remota, eram concebidos como diretrizes ou pautas, e devido ao seu alto grau de generalidade e abstração não poderia haver subsunção, não seriam aplicáveis de forma imediata. Com o passar dos anos e a proliferação, no mundo todo, de constituições escritas, esses princípios passaram a “assumir uma nova roupagem e *status* constitucional”³, e no estágio atual de compreensão da ordem jurídica, pode-se dizer que eles funcionam como autênticas normas jurídicas, assumindo uma normatividade máxima, servindo de alicerce para toda a ordem subsequente.

¹ SILVA, De Plácido e. **Vocabulário Jurídico**/Atualizadores: Nagib Slaibi Filho e Gláucia Carvalho. 26. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2006. p. 1257.

² SILVA, De Plácido e. **Vocabulário Jurídico**/Atualizadores: Nagib Slaibi Filho e Gláucia Carvalho. 26. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2006. p. 1257.

³ LEITE, Glauco Salomão; LEITE, George Salomão (Coord). *Dos Princípios Constitucionais: Considerações em torno das normas principiológicas da Constituição*. 2. ed. rev. Atual. e Ampl. São Paulo: Método, 2008. p. 22.

É devido a essa vinculatividade assumida pelos princípios que analisaremos o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, elencado na Constituição Federal de 1988 e que tem aplicação ampla, entre as quais se deseja evidenciar seu emprego no direito à saúde, especificamente no âmbito do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena (HEETSHL), incluindo eficiência, humanização e satisfação dos usuários.

A pesquisa tentará responder ao seguinte problema: qual a real situação do atendimento ao Direito à saúde pública no Hospital de Trauma? Como tornar o atendimento eficaz e humanizado? Há verdadeiro (des)respeito ao princípio da dignidade humana e direito à saúde? Os usuários estão satisfeitos com a qualidade do atendimento?

Como é sabido, todos os cidadãos já necessitaram alguma vez de atendimento médico. Alguns o tiveram em hospitais da rede privada, outros (a maioria) foram atendidos na rede pública de saúde, organizada pelo SUS. O relato de quem já precisou dos serviços públicos de saúde e mesmo reportagens diárias em vários meios de comunicação evidenciam a crise pela qual passa a saúde pública no nosso país. São poucas unidades de atendimento, poucos profissionais, que ficam sobrecarregados pelo excesso de trabalho, o que ocasiona filas, e por vezes, falta total de atendimento, falta de medicamentos, entre outros problemas que geram um péssimo atendimento aos pacientes. A consequência de tudo isso é o descumprimento do Princípio da Dignidade Humana (Art., 1º, III, CF/88) e do Direito à Saúde (Art. 6º, *Caput*, CF/88).

As normas que regem a saúde pública no Brasil são claras e a literatura sobre o assunto é vasta, mas existe a necessidade de investigação do caso do Hospital de Trauma de João Pessoa devido ao caos em que viveu tal unidade de saúde no ano de 2012, inclusive com intervenção, chegando seus serviços a serem prestados pela Cruz Vermelha Brasileira, e também por ser um hospital de referência no estado da Paraíba e atender uma grande quantidade de pacientes, não só da capital, mas também de várias cidades circunvizinhas, isto é, da denominada grande João Pessoa.

A pesquisa fará uso da literatura sobre o assunto e dados obtidos no site do próprio Hospital de Trauma, informações estas referentes ao período de outubro2012/abril2013. Este estudo contribuirá não apenas para o acervo de conhecimento sobre o tema, servindo como fonte de consulta para outros

profissionais e organizações interessadas, mas também para aperfeiçoar as ações na área da saúde pública (HEETSHL), algo que terá impacto imediato tanto na quantidade como na qualidade dos serviços desenvolvidos naquela unidade de saúde.

O objetivo geral deste trabalho é investigar o Direito à Saúde, lato sensu, e mais especificamente a qualidade/quantidade do atendimento aos cidadãos no Hospital de Trauma de João Pessoa, de modo a contribuir para seu aperfeiçoamento e ampliação.

Para atingir o objetivo geral, o fizemos por meio dos objetivos específicos, quais sejam: compreender o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana e seu desenvolvimento ao longo dos anos; compreender o Direito à Saúde em nosso ordenamento jurídico, salientando a construção do Sistema Único de Saúde (SUS); observar, identificar e analisar a forma/meio/quantidade/humanização do atendimento à pacientes no Hospital de Trauma do Município de João Pessoa; demonstrar ou comprovar o (des)respeito ao Princípio da Dignidade Humana e Direito à Saúde na referida unidade de saúde; propor a forma mais adequada para Gestão, atendimento, humanização do Hospital de Trauma.

A investigação a ser realizada se caracteriza como uma pesquisa aplicada, teórico-empírica e de caráter descritivo. Seus dados terão origem bibliográfica, e documental (dados), estes últimos a serem colhidos no site do HEETSHL, no período de sete meses (outubro de 2012 a abril de 2013).

Uma vez completada a descrição da qualidade/quantidade de atendimentos no (HEETSHL), a pesquisa procederá a uma comparação dos dados, visando relacionar o que assegura o nosso Ordenamento Jurídico, em especial a Constituição Federal, no que tange ao Princípio da Dignidade Humana e o Direito à Saúde, e a realidade da pesquisa. Em outras palavras, buscar-se-á responder se há ou não respeito ao princípio/direito acima elencados. Tudo isto será feito à luz da literatura revisada visando determinar os pontos de congruência e de discordância de modo a possibilitar uma síntese que possa contribuir para o avanço do conhecimento nesta área de estudo.

2 O PRINCÍPIO DA DIGNIDADE HUMANA

2.1 CONCEITO DE PRINCÍPIO

A palavra princípio deriva do latim *principium* e quer dizer começo ou origem de qualquer coisa. O termo, quando usado no plural, “significa normas elementares ou os requisitos primordiais instituídos como base, como alicerce de alguma coisa”⁴.

No Direito, os princípios, por servirem de norma a toda ação jurídica, e delinirem a forma de agir em qualquer operação jurídica, passam, em certos momentos, a serem mais importantes que a norma ou regra jurídica.

Os princípios inicialmente eram vistos como diretrizes ou pautas, e serviam somente como uma orientação futura na aplicação das demais normas. Em virtude da generalidade e abstração próprias, eles não eram capazes de oferecer soluções a casos concretos, não se podia subsumir o fato ao princípio. Porém, com a evolução do pensamento jurídico os princípios “são considerados não como simples pautas valorativas, senão como autênticas normas jurídicas”⁵.

Para o renomado autor Paulo Bonavides os princípios passaram por três fases distintas de desenvolvimento⁶.

A primeira delas se deu com o jusnaturalismo, onde eles se localizavam na ordem supralegal, não integrando o direito propriamente, estavam ligados ao Direito Natural. Possuíam uma normatividade duvidosa, quase nula. Eram então carecedores de carga jurídica e vinculatividade.

Na fase positivista passam a fazer parte do ordenamento jurídico positivo, mas somente deviam ser usados em caso de vazio normativo (lacunas da lei), ocupando, desse modo, uma posição secundária, supletiva. É o que ocorre com o art. 4º da Lei de Introdução às Normas de Direito Brasileiro, *in verbis*:

Art. 4º Quando a lei for omissa, o juiz decidirá o caso de acordo com a analogia, os costumes e os princípios gerais de direito.

⁴ SILVA, De Plácido e. **Vocabulário Jurídico**/Atualizadores: Nagib Slaibi Filho e Gláucia Carvalho. 26. ed. Rio de Janeiro: editora Forense, 2006. p. 1094 e 1095.

⁵ LEITE, Glauco Salomão; LEITE, George Salomão (Coord). **Dos Princípios Constitucionais**: Considerações em torno das normas principiológicas da Constituição. 2. ed. rev. Atual. e Ampl. São Paulo: Método, 2008. p. 21.

⁶BONAVIDES (apud LEITE, Glauco Salomão; LEITE, George Salomão (Coord). **Dos Princípios Constitucionais**: Considerações em torno das normas principiológicas da Constituição. 2. ed. rev. Atual. e Ampl. São Paulo: Método, 2008p. 21.

Na fase pós-positivista os princípios, no dizer do autor, assumem uma “normatividade máxima”⁷. Com o advento de Constituições escritas os princípios gerais do direito passaram por um processo de constitucionalização e adquiriram *status* constitucional.

Os princípios, a partir de então, servem de alicerce para toda a ordem subsequente, com a característica essencial da “supremacia jurídico-normativa”⁸. O autor enfatiza:

Então, com o pós-positivismo, quando se afirma que determinadas normas encerram princípios, e com mais razão princípios constitucionais, pretende-se sedimentar a ideia de que eles não são meras diretrizes a serem perseguidas ou não pelos seus destinatários, a seu talante e conforme suas conveniências. Não são simples recomendações utilizáveis na ocasião de insuficiência regulatória dos diplomas legais. Os princípios, frise-se, são normas jurídicas que impõe um dever-ser. Dotados de cogência e imperatividade, não podem ser relegados a um plano secundário na aplicação do Direito, especialmente tendo em conta que normas que asseguram direitos fundamentais possuem estrutura de normas principiológicas⁹.

O autor demonstra a importância dos princípios atualmente. Após o advento de constituições escritas em todo o mundo passa-se a ter um respeito maior aos princípios, eles passam a compor verdadeiramente o ordenamento jurídico, cabendo ao intérprete ou aplicador usá-los em todos os seus termos, e não somente quando lhes convier ou em caso de lacunas da lei.

Cabe expor aqui que, ao falarmos de princípios deve-se entender não somente os explícitos, mas também aqueles não enunciados. Todos eles (expressos e subentendidos) provêm da sistemática lógica da Carta Magna e gozam/encerram tanta normatividade/ vinculatividade quanto às outras regras constitucionais.

Importante dizer do papel atualizador que os princípios têm na Constituição. Como os princípios são normas mais abstratas, com maior possibilidade de aplicação aos casos concretos que as regras, promovem uma maior acomodação e atualização no bojo constitucional, uma vez que as transformações sociais são cada vez mais rápidas, e não se pode a qualquer tempo, e diante de qualquer situação da vida real, querer-se mudar, alterar, ou emendar a Constituição Federal. Eis o entendimento doutrinário:

⁷ LEITE, Glauco Salomão; LEITE, George Salomão (Coord.). **Dos Princípios Constitucionais: Considerações em torno das normas principiológicas da Constituição**. 2. ed. rev. Atual. e Ampl. São Paulo: Método, 2008. p. 22.

⁸ Idem.

⁹ Ibidem.

Entretanto, esta abertura e flexibilidade constitucional só se torna possível em razão da presença dos princípios na Constituição. O elevado teor de abstração e a intensa carga axiológica fazem com que a Constituição acompanhe a dinâmica social, sem, contudo, cair em desuso. Tal fato torna-se patente quando estamos diante de normas consagradoras de direitos fundamentais, ou seja, dos princípios constitucionais. Portanto, concretizam-se os direitos fundamentais por meio da interpretação constitucional. Tal exegese torna-se um meio de concretização dos direitos fundamentais, que podem muitas vezes, não estar consignados no *corpus* constitucional.¹⁰

Assim, diante da era em que vivemos, resta claro que a sociedade precisa não mais de regras, escritas, imutáveis, estanques, mas de princípios constitucionais que se adequem, amoldem, se flexibilizem diante das incontáveis situações concretas.

2.2 CARACTERÍSTICAS DOS PRINCÍPIOS

Já é sabido que as normas jurídicas se subdividem em regras e princípios, e por isso mesmo existem certas diferenças entre essas duas espécies de normas. O renomado autor J.J. Canotilho salienta os atributos dos princípios, quais sejam: “alto grau de abstração; grau de determinabilidade; fundamentalidade; proximidade; natureza normogênica”¹¹.

Ao se falar que os princípios possuem alto grau de abstração ou generalidade se quer dizer que podem reger uma série incontável de situações concretas. Eles, na verdade, conseguem se amoldar um número, quanto mais alto melhor, de questões de fato.

Quanto à determinabilidade importa dizer que os princípios não delimitam, não fixam, ou não criam um rol de circunstâncias em que serão aplicados, apenas direcionam a solução a ser tomada. Os princípios necessitam de mediações, ou ponderações, que diferentemente das regras, podem ser aplicadas diretamente. Assim nos esclarece George Salomão Leite:

[...] Na verdade, eles apontam uma direção, que deverá ser apreciada no caso concreto, à luz do peso relativo dos princípios envolvidos. Dessa forma, ainda que presentes as condições estabelecidas para aplicação de um princípio, isso não significa que ele deverá ser definitivamente aplicado, pois que deverá haver outros princípios incidentes na mesma situação, mas que acenando para uma decisão oposta da inicial, de modo que será

¹⁰ LEITE, Glauco Salomão; LEITE, George Salomão (Coord). **Dos Princípios Constitucionais: Considerações em torno das normas principiológicas da Constituição**. 2. ed. rev. Atual. e Ampl. São Paulo: Método, 2008. p. 22.

¹¹ LEITE, Glauco Salomão; LEITE, George Salomão (Coord). **Dos Princípios Constitucionais: Considerações em torno das normas principiológicas da Constituição**. 2. ed. rev. Atual. e Ampl. São Paulo: Método, 2008. p. 24.

necessário avaliar o peso de cada princípio envolvido, a fim de determinar qual será o aplicado.¹²

Os princípios não tem em si o objetivo de determinarem em qual situação serão aplicados, e como bem explicou o autor, por abarcarem um número relativamente alto de situações concretas, precisam ser amoldados a cada uma delas, e se preciso e possível, complementados com outros princípios por meio da ponderação ou razoabilidade.

No que pertine à fundamentalidade deve-se expor que os princípios têm posição hierárquica superior e força estruturante no nosso sistema jurídico. Em nossa Constituição Federal de 1988, em especial um princípio, a saber, o princípio da dignidade da pessoa humana, tem papel fundamental, orientando todo nosso sistema jurídico.

Como última característica, diz-se que os princípios tem natureza normogênica, porque eles são fundamentos das próprias regras. Como se sabe os princípios constitucionais são normas que ocupam o mais alto nível na ordem normativa, e devido a isso, fundamentam todas as demais normas inferiores ou infraconstitucionais. Por isso, não podem os princípios ser preteridos ou minimizados em favor das normas infraconstitucionais, haja vista que estas vão buscar na Constituição sua razão de existir.

Outros renomados autores, a saber, George Salomão Leite e Glauco Salomão Leite, trazem ainda outra característica, qual seja, a dimensão de peso ou de importância. Em cada situação concreta os princípios apontam uma direção, que deverá ser analisada, à luz do peso relativo de cada princípio envolvido. Se existem vários princípios incidentes naquele caso concreto, é necessário avaliar o peso de cada princípio envolvido, com o objetivo de determinar qual será o efetivamente aplicado. Eis o esclarecimento dos referidos autores:

No que tange à colisão de princípios, o intérprete-aplicador deverá verificar as circunstâncias fáticas presentes no caso concreto para saber qual princípio deverá ser privilegiado naquele momento. A ponderação por um ou outro princípio só poderá ser feita à luz da situação concreta que reclama

¹² LEITE, Glauco Salomão; LEITE, George Salomão (Coord). **Dos Princípios Constitucionais: Considerações em torno das normas principiológicas da Constituição**. 2. ed. rev. Atual. e Ampl. São Paulo: Método, 2008. p. 25.

uma solução, exigindo do aplicador um verdadeiro exercício de sopesamento entre os princípios concorrentes no caso específico¹³.

É importante salientar que não é uma simples escolha, mas um ato pensado, analisado e vinculado às variáveis fáticas do caso concreto, a fim de que se possa dar ao caso concreto a solução mais equânime e justa.

2.3 BREVES REFLEXÕES SOBRE EVOLUÇÃO E CONCEITO DE DIGNIDADE

É sabido que tentar definir ou conceituar qualquer instituto é tarefa difícil, ainda mais em uma área como a das ciências humanas e jurídicas, tão profundamente permeadas por elementos subjetivos. Mas, buscar-se-á, sem querer, logicamente, exaurir a matéria, identificar e apresentar em alguns momentos, autores e concepções do termo.

Inicialmente cabe expor que a ideia do valor intrínseco da pessoa humana deita raízes no pensamento clássico e no ideário cristão. É fato que tanto no Novo quanto no Antigo testamento é possível encontrar referências de que o ser humano foi criado à imagem e semelhança de Deus, premissa de onde se extrai que o ser humano é dotado de valor próprio, nato, que lhe é intrínseco, não podendo ser transformado em objeto, instrumento, coisa.

Assim, o homem era um ser que somente se submeteria a Deus, só a ele deveria estar resignado, e foi nesse contexto que surgiu o individualismo moderno, sendo o homem concebido, por esta, visão, como o ser mais digno de todos. Então:

Na Bíblia, ao contrário, mais do que como um momento do cosmos, ou seja, como uma coisa entre as coisas do cosmos, o homem é visto como criatura privilegiada de Deus, feita “à imagem” do próprio Deus e, portanto, dono e senhor de todas as outras coisas criadas por ele. [...] E é exatamente essa capacidade de fazer livremente a vontade de Deus que coloca o homem acima de todas as coisas.¹⁴

Na antiguidade clássica os pensamentos político e filosófico eram de que a dignidade da pessoa humana relacionava-se com a posição social ocupada pelo indivíduo e o reconhecimento dado a este pelos demais membros da comunidade. O autor Ingo Wolfgang Sarlet esclarece “[...] Daí poder falar-se em uma quantificação e

¹³ LEITE, Glauco Salomão; LEITE, George Salomão (Coord). **Dos Princípios Constitucionais: Considerações em torno das normas principiológicas da Constituição**. 2. ed. rev. Atual. e Ampl. São Paulo: Método, 2008. p. 26.

¹⁴ REALE, Giovane; ANTISERE, Dario (1990, p. 380 apud CAVALCANTE, 2007).

modulação da dignidade, no sentido de admitir a existência de pessoas mais dignas ou menos dignas”¹⁵.

No pensamento estóico a noção de dignidade começou a se modificar, sendo entendida como a qualidade, que por ser intrínseca ao ser humano, o distingue das demais criaturas, o que leva ao entendimento de que todos os seres humanos são dotados de dignidade.

Mais uma vez Sarlet explica que essa noção de dignidade “se encontra, por sua vez, intimamente ligada à noção da liberdade pessoal de cada indivíduo (o Homem como ser livre e responsável por seus atos e destino), bem como a ideia de que todos os seres humanos, no que diz com a sua natureza, são iguais em dignidade”¹⁶.

Desse modo, vê-se a mudança de entendimento sobre o que significa dignidade. Passou-se a reconhecer um sentido moral, vinculado às virtudes pessoais do mérito, integridade, lealdade.

No período do medievo a concepção cristã e estóica de dignidade continuaram a ser advogada, mas Tomás de Aquino teve destaque, pois se referiu diretamente ao termo “*dignitas humana*” e afirmou que a noção de dignidade, além de estar fundamentada na circunstância de que o ser humano foi feito à imagem e semelhança de Deus, também encontra fulcro na capacidade de autodeterminação do homem, que sendo livre por natureza, existe em função da sua própria vontade.

Seguindo Aquino, veio Pico della Mirandola, que já na Renascença, considerava a racionalidade humana como qualidade peculiar inerente ao ser humano, o que o possibilitaria construir de forma livre o seu próprio destino. Nas palavras dele, citadas por Cavalcante ¹⁷.

Finalmente, pareceu-me ter compreendido por que razão é o homem o mais feliz de todos os seres animados e digno, por isso, de toda a admiração, e qual enfim condição que lhe coube em sorte na ordem universal, invejável não só pelas bestas, mas também pelos astros e até pelos espíritos supramundanos. Coisa inacreditável e maravilhosa. E como não? Já que

¹⁵ SARLET, Ingo Wolfgang, **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**, 2012, p. 34-35.

¹⁶ SARLET, Ingo Wolfgang, **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**, 2012, p. 35.

¹⁷ CAVALCANTE, Lara Campelo. **O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana como fundamento da produção da existência em todas as suas formas**. Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 2007, p. 52.

precisamente por isso o homem é considerado justamente um grande milagre e um ser animado, sem dúvida digno de ser admirado.¹⁸

No breve histórico sobre dignidade cabe dizer a contribuição de Francisco de Vitória, que já no século XVI, a respeito da escravização de indígenas, sustentou que os índios, em função do direito natural e da sua natureza humana, eram em princípio livres e iguais, devendo-se respeitá-los como sujeitos de direitos e proprietários na condição de signatários dos contratos firmados com a coroa espanhola.

Apesar desses avanços no conceito de dignidade foi somente com Immanuel Kant que a concepção de dignidade relacionou-se a autonomia ética do ser humano, abandonando as influências sacras e religiosas.

A visão de Kant refere-se à denominada “autonomia da vontade” e foi construída a partir da natureza racional do homem e de sua capacidade e faculdade de autodeterminar-se, o qual age de acordo com as suas próprias valorações e em conformidade com a representação de certas leis, o que só acontece por ser o homem um ser racional, o que se constituiu no fundamento da dignidade da natureza humana.

Ingo Sarlet ao explicar o pensamento Kantiano expõe:

Em síntese no que diz com o presente tópico, é possível acompanhar Thadeu Weber quando refere que a autonomia e dignidade estão, notadamente, no pensamento de Kant, intrinsecamente relacionados e mutuamente imbrincados, visto que a dignidade pode ser considerada como o próprio limite do exercício do direito de autonomia, ao passo que este não pode ser exercido sem o mínimo de competência ética.¹⁹

Assim, a natureza humana distingue o homem dos outros seres como um fim em si mesmo, como algo que não pode ser empregado como simples meio, e que, por consequência, limita nessa medida todo o arbítrio.

Nas palavras do próprio Kant:

Os seres cuja existência depende, não em verdade da nossa vontade, mas da natureza, tem, contudo, se são seres irracionais, apenas um valor relativo como meios e por isso se chamam coisas, ao passo que os seres racionais se chamam pessoas, por que a sua natureza os distingue já como fins em si mesmos, quer dizer, como algo que não pode ser empregado como simples meio e que, por conseguinte, limita nessa medida todo o arbítrio (*e é um objeto de respeito*).²⁰ (GRIFO NOSSO)

¹⁸ MIRANDOLA, [Giovanni Pico Della](#). **Discurso sobre a dignidade do homem**. 1998, p. 49.

¹⁹ SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 2012, p. 40.

²⁰ Kant (apud SARLET, 2012, p. 40-41).

Essa ideia de Kant pôde ser gerada, deste modo, sobretudo por ser Kant um filósofo do estado liberal, que primava pela liberdade como ponto fundamental de toda a reflexão moral de mundo, incluindo neste conceito o respeito próprio e mútuo.

Já Hegel, em sua Filosofia do Direito, produziu visão oposta em relação à dignidade humana, sustentando, semelhantemente a Tomás de Aquino, que “a dignidade constitui uma qualidade a ser conquistada”, isto é, o ser humano não nasceria digno, mas “torna-se digno a partir do momento que assume sua condição de cidadão”.²¹

Na mesma perspectiva da Filosofia do direito de Hegel já existia a concepção de que a dignidade é o resultado do reconhecimento de que cada um deve ser pessoa e respeitar os outros como tais.

Nesse sentido Kurt Seelman defende que se encontra subjacente à perspectiva acima citada uma teoria da dignidade como viabilização de determinadas prestações. Senão vejamos:

Significa que uma proteção jurídica da dignidade reside no dever de reconhecimento de determinadas possibilidades de prestação, nomeadamente, a prestação do respeito aos direitos, do desenvolvimento de uma individualidade e do reconhecimento de um autoenquadramento no processo de interação social²².

Finalmente, pode-se perceber que as teorias de Kant e Hegel diferenciam-se basicamente porque Hegel não fundamenta a sua noção de pessoa e de dignidade em aspectos ou qualidades intrínsecos e inerentes a todos os homens.

2.3.1 Conceito de Dignidade nos Dias Atuais

Inicialmente vale lembrar que todo o pensamento de valorização do ser humano não se deu de forma completa até o Iluminismo, o qual acabou por refletir na Revolução Francesa de 1789, quando de forma mais enfática e complexa se começou a considerar a importância do homem, após a larga difusão dos conceitos de liberdade, igualdade e fraternidade.

A Revolução Francesa deixou um importante legado: a afirmação de que o Estado não pode ser um elemento de dominação do homem, uma vez que ele é

²¹ SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 2012, p. 45 e 46.

²² K. Seelmann (apud SARLET, 2012, p. 45-46).

livre, deve, antes, o Estado, ser um ente de serviço, que proporcione prestações aos cidadãos.

Com todo o processo revolucionário acontecendo na França, houve a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, em 1789, a qual, com clareza solar tratou o homem como ser livre e pensante, de forma nunca antes vista, com consequências práticas em todo o mundo. Tal documento foi a base para muitas constituições democráticas contemporâneas.

Aproximadamente 150 anos depois, houve a Segunda Guerra Mundial, e após todos os horrores por ela trazidos, surgiram novos documentos, a Carta das Nações Unidas de 1945, que trouxe o reconhecimento da “dignidade inerente a todos os membros da família humana”; a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que reafirmou “sua fé nos direitos humanos fundamentais”; e o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos de 1966, senão vejamos:

Considerando que, em conformidade com os principais enunciados na Carta das Nações Unidas, o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e dos seus direitos iguais e inalienáveis constitui o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no Mundo; Reconhecendo que estes direitos decorrem da dignidade inerente à pessoa humana; [...]²³

Todos estes documentos buscaram alcançar um único objetivo: reconhecer que a dignidade é inerente a todos os seres humanos e resguardá-la, a fim de efetivá-la, por meio dos vários direitos fundamentais.

Após a breve exposição do desenvolvimento do conceito de dignidade, cabe mostrar como está o pensamento atual sobre o tema.

A dignidade continua a ocupar lugar de destaque, senão dizer, central, no pensamento filosófico, político e jurídico, sendo qualificada como valor fundamental do ordenamento jurídico, em um número expressivo de ordens constitucionais que se constituem Estados Democráticos de Direito²⁴.

Com relação à definição intrínseca da palavra “dignidade” ela é derivada do latim *dignitas*, que significa honra, consideração, qualidade moral de uma pessoa que serve de base ao próprio respeito em que é tida²⁵.

²³ Preâmbulo do Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Disponível em: <<http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhuniversais/cidh-dudh-psocial.html>> Acessado em: 26 ago.2013.

²⁴ SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 2012, p. 48.

²⁵ SILVA, De Plácido e. **Vocabulário Jurídico**/Atualizadores: Nagib Slaibi Filho e Gláucia Carvalho. 26. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2006, p. 458.

Devido a seu conceito amplo, que ao contrário das normas jusfundamentais não cuida de aspectos específicos, mas é tida como qualidade inerente a todo ser humano, alguns autores argumentam que esta definição não ajuda a compreender o âmbito de proteção da dignidade, não sendo possível estabelecer uma pauta exaustiva de suas violações²⁶.

Inobstante a difícil delimitação do termo, o autor Sarlet, o conceituou de forma magistral:

A qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos, mediante o devido respeito aos demais seres que integram a rede da vida²⁷.

Do conceito supramencionado pode-se inferir o caráter pluridimensional da dignidade da pessoa humana, observando-se que ele possui uma dimensão ontológica, histórico-cultural, negativa (no sentido de impedir certos abusos cometidos pelo Estado ou por outros indivíduos), prestacional (no que diz respeito oferecer ao ser humano certos direitos), e ainda as dimensões objetiva e subjetiva, uma vez que é simultaneamente princípio e norma embasadora de direitos fundamentais.

Por fim, importa dizer da relação umbilical (dinâmica e recíproca) entre o princípio da dignidade da pessoa humana e os direitos fundamentais, os quais só podem ter seu conteúdo protegido, concretizado e tornado operativo com base naquele, e vice-versa. Leia-se Sarlet:

O que se percebe, em última análise, é que onde não houver respeito pela vida e pela integridade física e moral do ser humano, onde as condições mínimas para uma existência digna não forem asseguradas, onde não houver limitação do poder, enfim, onde a liberdade e a autonomia, a igualdade (em direitos e dignidade) e os direitos fundamentais não forem reconhecidos e minimamente assegurados, não haverá espaço para a dignidade da pessoa humana e esta (a pessoa), por sua vez, poderá não passar de mero objeto de arbítrio e injustiças²⁸.

²⁶ SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 2012, p. 50-51.

²⁷ SARLET, Ingo Wolfgang, **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 2012, p. 73.

²⁸ Idem.

Tendo-se já em mente o conceito de dignidade e sua relação com os direitos fundamentais, passa-se então a sua aplicação no ordenamento jurídico brasileiro.

2.4 O PRINCÍPIO DA DIGNIDADE HUMANA COMO NORTEADOR MÁXIMO DO ORDENAMENTO JURÍDICO E SUA APLICAÇÃO NO DIREITO BRASILEIRO

No período que se seguiu a Segunda Grande Guerra, com os avanços e reconhecimentos feitos em nível de direitos e da dignidade humana, o mundo passou por um ínterim de democracia. Porém, pouco tempo depois ressurgiu a ditadura na Alemanha e Itália, com os regimes nazista e fascista, respectivamente, nas repúblicas latinas e também no Brasil, com o Golpe Militar de 1964, o qual reduziu drasticamente os direitos e as liberdades individuais, a exemplo do que disciplinava o AI-5.

Depois dos longos anos de sofrimento, tortura, repressão, e limitações de direitos, em 1988 foi promulgada a Constituição Federal, conhecida como constituição cidadã. Este novo texto constitucional trouxe de volta princípios humanos e garantiu as liberdades individuais, direitos fundamentais e direitos sociais.

Foi assim, que de forma expressa, a Carta Magna, em seu artigo 1º, inciso III, declarou que a Dignidade da Pessoa Humana é um dos fundamentos do nosso Estado Democrático de Direito. A afirmação de tal princípio altera radicalmente o contexto vivido e o ordenamento jurídico a partir de agora, pois que toda interpretação da própria Constituição, de leis anteriores e de novas leis infraconstitucionais, devem por ele se pautar, servindo, assim, como verdadeiro farol, direcionador, que regulará toda a gama legislativa, todas as decisões judiciais e também todas as políticas públicas (ações do executivo). Senão vejamos:

Neste sentido, o valor da dignidade da pessoa humana impõe-se como núcleo básico e informador de todo ordenamento jurídico, como critério e parâmetro de valoração a orientar a interpretação e compreensão do sistema constitucional.²⁹

²⁹LEITE, Glauco Salomão; LEITE, George Salomão (Coord). **Dos Princípios Constitucionais: Considerações em torno das normas principiológicas da Constituição**. 2. ed. rev. Atual. e Ampl. São Paulo: Método, 2008, p. 150.

O autor Ronald Dworkin defende que ao lado das normas legais existem os princípios, os quais são normas que incorporam as exigências de justiça e dos valores éticos. Além do mais, esses princípios funcionam como suporte axiológico que proporciona coerência interna e harmonia ao sistema jurídico. Desse modo:

[...] A interpretação constitucional é aquela interpretação norteadada por princípios fundamentais, de modo a salvaguardar, da melhor maneira, os valores protegidos pela ordem constitucional.³⁰

Também o renomado autor Fábio Konder Comparato esclarece que se antigamente, de acordo com a Lei de Introdução ao Código Civil (hoje LINDB), os princípios constituíam uma fonte secundária, só utilizada nos casos de omissão da lei, atualmente, os princípios em geral, e em especial o da dignidade da pessoa humana, funcionam como fonte primária por excelência para a tarefa interpretativa.

Nesta tarefa interpretativa, a ordem jurídica, por meio do valor da dignidade humana encontra sentido, sendo tal princípio ponto de partida e ponto de chegada ao mesmo tempo. Desse modo, a dignidade humana é verdadeiro superprincípio que orienta tanto do Direito Internacional (por meio dos tratados), como o Direito Interno (nas Constituições dos Estados). A esse respeito, Paulo Bonavides salienta: “nenhum princípio é mais valioso para compendiar a unidade material da Constituição que o princípio da dignidade da pessoa humana”.³¹

Nesse mesmo sentido, a defender a importância e primazia da dignidade da pessoa como superprincípio, destacam-se as lições de Konrad Hesse:

O artigo de entrada da Lei Fundamental normaliza o princípio superior, incondicional e, na maneira da sua realização, indisponível, da ordem constitucional: a inviolabilidade da dignidade do homem e a obrigação de todo o poder estatal, de respeitá-la e protege-la. Muito distante de uma fórmula abstrata ou mera declamação, à qual falta significado jurídico, cabe a esse princípio o peso completo de uma fundação normativa dessa coletividade histórico-concreta, cuja legitimidade, após um período de

³⁰ LEITE, Glauco Salomão; LEITE, George Salomão (Coord). **Dos Princípios Constitucionais: Considerações em torno das normas principiológicas da Constituição**. 2. ed. rev. Atual. e Ampl. São Paulo: Método, 2008, p. 151.

³¹ BONAVIDES, Paulo. Teoria constitucional da democracia participativa, São Paulo, Malheiros, 2001, p. 233. Neste mesmo sentido o referido autor leciona: “Sua densidade jurídica no sistema constitucional há de ser, portanto, máxima, e se houver, reconhecidamente um princípio supremo no trono da hierarquia das normas, esse princípio não deve ser outro senão aquele em que todos os ângulos éticos da personalidade se acham consubstanciados” (Idem).

inumanidade e sob o signo da ameaça atual e latente à “dignidade do homem”, está no respeito e na proteção da humanidade”.³²

A dignidade, após positivada, deve, então, desafiar os operadores do direito a ser reconhecida, respeitada, protegida e promovida, uma vez que é o valor absoluto de cada ser humano, que não sendo indispensável, é insubstituível e irrenunciável³³, e porque é fonte e sentido de toda experiência jurídica³⁴. É com esse pensamento que abordaremos o aspecto do Princípio da Dignidade Humana aplicado ao direito à saúde, ambos protegidos em nosso ordenamento, e com foco no atendimento do HEETSHL.

3 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

3.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE DIREITOS HUMANOS

3.1.1 Significado da Expressão “Direitos Humanos”

A expressão direitos humanos é ampla e pode ser entendida em várias acepções. Em um compreender genérico pode-se dizer que é todo direito instituído pelo homem, em oposição ao direito que se gerou das revelações divinas feitas ao homem. É também, de forma clara, como o próprio nome expressa, os direitos que resguardam os valores do ser humano, a exemplo da própria vida, liberdade, igualdade, fraternidade, dignidade da pessoa humana. Apesar de ser tema já conhecido de nossa população³⁵ e facilmente identificado, complexa a construção de um conceito em razão da magnitude e extensão do tema.

³² HESSE (apud LEITE, Glauco Salomão; LEITE, George Salomão (Coord). **Dos Princípios Constitucionais: Considerações em torno das normas principiológicas da Constituição**. 2. ed. rev. Atual. e Ampl. São Paulo: Método, 2008, p. 153.

³³ SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**, 2007, p. 43.

³⁴ LEITE, Glauco Salomão; LEITE, George Salomão (Coord). **Dos Princípios Constitucionais: Considerações em torno das normas principiológicas da Constituição**. 2. ed. rev. Atual. e Ampl. São Paulo: Método, 2008, p. 154.

³⁵ Comprovado por meio de pesquisa do Governo Federal à respeito do conhecimento do nosso povo sobre os direitos humanos, “Direitos Humanos – percepções da opinião pública. Brasília, DF, Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2010. O conteúdo deste livro também se encontra disponível no site da SDH: <www.presidencia.gov.br/sedhhttp://www.direitoshumanos.gov.br/biblioteca> Acessado em: 20 ago. 2013.

Apesar da dificuldade, podemos conceituar a expressão “direitos humanos” etimologicamente como sendo uma série de direitos e liberdades civis públicas, que ensejam um elevado número de benefícios a todos os membros da sociedade, sem qualquer distinção. A esse respeito:

Direitos humanos são as ressalvas e restrições ao poder político ou as imposições a este, expressas em declarações, dispositivos legais e mecanismos privados e públicos, destinados a fazer respeitar e concretizar as condições de vida que possibilitem a todo o ser humano manter e desenvolver suas qualidades peculiares de inteligência, dignidade e consciência, e permitir a satisfação de suas necessidades materiais e espirituais³⁶.

Importante dizer que a noção de direitos humanos em seus primórdios surgiu da necessidade de se impor certos limites ao Estado e evitar o arbítrio dos governantes, uma vez que havia descontentamento geral da população, que a seu ver, atuava sem lei nem regras. Os direitos humanos vieram então para resguardar a integridade física e psicológica da pessoa humana, perante os seus semelhantes e mais ainda perante o poder estatal, por meio da instituição de um “governo de leis e não de homens.”³⁷.

Válido dizer, por fim, que um Estado que se rege pelo Direito Objetivo deve buscar cada vez mais instituir um governo não arbitrário, organizado sob normas que não se possam reduzir³⁸, e se pautar em primeiro lugar pelo respeito devido aos direitos do homem³⁹, nesse sentido a lição de Herkenhoff:

Por direitos humanos ou direitos do homem são, modernamente, entendidos aqueles direitos fundamentais que o homem possui pelo fato de ser homem, por sua própria natureza humana, pela dignidade que a ela é inerente. São direitos que não resultam de uma concessão da sociedade política. Pelo contrário, são direitos que a sociedade política tem o dever de consagrar e garantir.⁴⁰

³⁶ ALMEIDA, Fernando Barcellos de. **Teoria geral dos direitos humanos**. Sérgio Antônio Fabris Editor. p.24.

³⁷ Frase conhecidíssima e escrita na Constituição de Massachusetts, no artigo 30.

³⁸ São as conhecidas cláusulas pétreas. Cláusulas pétreas são limitações materiais ao poder de reforma da constituição de um Estado. Em outras palavras, são disposições que proíbem a alteração, por meio de Emenda, tendentes a abolir as normas constitucionais relativas às matérias por elas definidas. Tem-se que demandam interpretação estrita, pois constituem ressalvas ao instrumento normal de atualização da Constituição (as emendas constitucionais). São cláusulas que embora digam que não podem ser mudadas, na verdade não podem ser reduzidas ou suprimidas. As cláusulas pétreas inseridas na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 encontram-se dispostas em seu artigo 60, § 4º. São elas: A forma federativa de Estado; O voto direto, secreto, universal e periódico; A separação dos Poderes; Os direitos e garantias individuais. (GRIFO NOSSO).

³⁹ Segundo nos ensina Montesquieu nos Estados de Direito o exercício do poder deve ser em um sistema de freios e contrapesos e não pode ir além dos limites que lhe traçam os direitos fundamentais. É o que cita também Manoel Gonçalves Ferreira Filho em seu livro *Direitos Humanos Fundamentais*.

⁴⁰ HERKENHOFF, João Baptista. **Curso de Direitos Humanos** – Gênese dos Direitos Humanos. Volume 1. São Paulo: Ed. Acadêmica, 1994, p. 30.

Para a doutrina primeira do jusnaturalismo os direitos fundamentais, a exemplo do que cita Herkenhoff, decorrem apenas e tão somente da natureza humana, não sendo, portanto, criados e nem outorgados pelo legislador, mas imanescentes a todo homem e unicamente declarados. Tal declaração prescinde de um documento escrito, porém é melhor que haja a redução a termo, em texto solene, como forma de formalizar os direitos, trazer clareza e precisão aos mesmos, e ainda trazer um viés educativo, eis a *Declaração de Direitos*, conhecida em todo o globo. Expressando o mesmo entendimento as palavras de Fábio Konder Comparato:

Essa convicção de que todos os seres humanos têm direito a ser igualmente respeitados pelo simples fato de sua humanidade, nasce vinculada a uma instituição social de capital importância: a lei escrita, como regra geral e uniforme, igualmente aplicada a todos os indivíduos que vivem numa sociedade organizada.⁴¹

Assim, a ideia de direitos humanos passa necessariamente pela característica fundamental de um Estado Democrático de Direito, ou ainda Estado Constitucional de Direito, ou por fim de um Estado Democrático Humanista⁴², em aspectos éticos, culturais, sociais e/ou econômicos, sendo na maior parte desses Estados elegida a lei escrita, por texto solene, como forma de assegurar direitos e igualdade de tratamento ao seu povo. A democracia, tão defendida nestes tipos de governo, se mostra até certo ponto como precursora dos direitos humanos, pois quando se fala em cidadania democrática automaticamente supõe-se a vigência de direitos humanos; já que “não há democracia sem garantia dos direitos humanos e vice-versa”⁴³.

3.1.2 Características dos Direitos Humanos e Declarados

Como já explicitado anteriormente, os direitos humanos tem seu fulcro nos direitos naturais, pois derivam da natureza humana, sendo, somente declarados e não criados pelo homem. O que se extrai dessa peculiaridade inicial dos direitos

⁴¹ COMPARATO (apud JUNQUEIRA, Ivan de Carvalho). **Dos direitos humanos do preso**. São Paulo: Lemos e Cruz, 2005. p. 38.

⁴² Expressão usada após a Segunda Grande Guerra Mundial e logo no momento do surgimento da Declaração dos Direitos Humanos em 1948, com o propósito de criar, nas palavras de Comparato, um ‘direito humanitário’ em matéria internacional com o propósito de reduzir os sofrimentos dos soldados doentes e feridos e dos demais envolvidos no conflito bélico.

⁴³ BENEVIDES, Maria Victoria. **Luzes e trevas da paixão igualitária: a situação contemporânea dos direitos humanos no Brasil**. *Caros Amigos* – Edição Especial, n.15, p.4, nov.2002.

humanos é que estes são abstratos, comuns a todos os homens indistintamente, e não privilégio de determinado povo. Dessa forma, tais direitos trazem consigo certas características, a saber: a imprescritibilidade, a inalienabilidade, a individualidade e a universalidade⁴⁴.

Por imprescritíveis devem-se entender aqueles direitos que não se perdem com o passar do tempo, são sempre atuais. Os direitos humanos assim se apresentam por se prenderem à natureza imutável do ser humano, à sua constância. Os direitos do homem, como também são chamados, são inalienáveis, porque ninguém, mesmo por sua própria vontade, pode abrir mão de sua natureza humana, de suas características, de sua fragilidade, de sua *humanidade*.

Diz-se também que são individuais pelo simples fato de que cada ser humano é um ente perfeito, completo, mesmo quando observado ou examinado em separado, independentemente da comunidade em que vive. Pelas razões e características anteriormente referidas, são esses mesmos direitos também universais, uma vez que pertencem a todos os homens, no sentido mais amplo do termo, ou seja, homens e mulheres, crianças e idosos, ricos ou pobres, pretos, brancos, pardos, de qualquer lugar do mundo, sejam quais forem as suas convicções filosóficas, religiosas e morais, estendendo-se, desse modo, por todo campo aberto ao ser humano, o universo.

3.1.3 Gerações dos Direitos Fundamentais

O termo “gerações dos direitos fundamentais” foi pela primeira vez utilizado por Karel Vasak, em 1979, em uma aula inaugural do Curso do Instituto Internacional dos Direitos do Homem, em Estrasburgo. Por questões didáticas e prática se dividiu os direitos fundamentais em três gerações. Tal divisão foi inspirada nos três temas da Revolução Francesa.

A primeira geração de direitos fundamentais surgiu no fim do século XVII e expressou a luta pelas liberdades públicas e a resolução do problema do arbítrio governamental, ou seja, incluiu os direitos de liberdade, em especial os direitos civis e políticos (*liberté*). Procurou eliminar os privilégios de sangue, consagrando a

⁴⁴ FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Direitos humanos fundamentais**. 7. Ed. São Paulo: Saraiva, 2005. P. 40 e 41.

igualdade de todos os homens perante a lei, e os direitos naturais e imprescritíveis (liberdade, propriedade, segurança)⁴⁵ foram proclamados. Os reformadores esforçaram-se também por criar meios de resistência à opressão, através da liberdade de pensamento e opinião. Buscou-se ainda conferir aos homens a faculdade de exercer, por si e pelos seus representantes, a capacidade de representação política⁴⁶.

A segunda geração seria a dos direitos econômicos, sociais e culturais e se deu após a primeira Guerra Mundial, em resposta as condições de vida das massas sociais agrupadas em torno dos centros mineiros e fabris, e com o nítido objetivo de garantir uma qualidade de vida digna, de trabalho e de bem estar social⁴⁷. Pretendia-se, neste momento, o direito ao trabalho, à remuneração que proporcionasse existência digna, o direito a sindicalizar-se, ao descanso, à segurança ou seguridade social. Visava, além disso, a proteção à família, à mãe, às crianças⁴⁸. Buscou reconhecer os direitos à saúde e à educação, reconhecendo que o ensino básico seria gratuito e o ensino médio acessível a todos. Além disso, foram feitas algumas recomendações sobre o ensino superior e estabeleceram-se outros direitos culturais (*égalité*).

Por fim, a terceira geração surge do lento processo de tomada de consciência, por parte dos povos do mundo não desenvolvido, da necessidade de uma mudança na sua situação para dispor dos meios que permitam garantir em plenitude a vigência dos Direitos Humanos. Na verdade, esta geração ainda hoje se compõe e não é completamente reconhecida. São os chamados direitos de solidariedade⁴⁹. Mostra-se como o esforço para assegurar o direito à existência dos povos, à livre disposição dos recursos naturais próprios, o direito ao patrimônio natural comum da humanidade, a autodeterminação, à paz e a segurança, à educação, à informação, o direito ao meio ambiente saudável e ecologicamente equilibrado, e à segurança alimentar⁵⁰ (*fraternité*).

⁴⁵MARINHO, Dórian Esteves Ribas. **Uma visão evolutiva dos Direito Humanos**. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/dh_dorian.html>. Acessado em: 30 ago. 2013.

⁴⁶ SORONDO, Fernando. **Os direitos humanos através da história**. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/dados/livros/edh/mundo/sorondo/index.html>>. Acessado em: 02 nov. 2013.

⁴⁷ Idem.

⁴⁸ Ibidem.

⁴⁹ LAFER, Celso. **A ruptura totalitária e a reconstrução dos direitos humanos**. São Paulo, 1988. p. 124.

⁵⁰ SORONDO, Fernando. **Os direitos humanos através da história**. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/dados/livros/edh/mundo/sorondo/index.html>>. Acessado em: 02 nov. 2013.

O uso do termo ‘gerações’ pode levar a errônea impressão de que há uma substituição gradativa de uma geração por outra, o que é um equívoco, uma vez, que por exemplo, não houve o desaparecimento dos direitos de liberdade quando surgiram os direitos sociais. Por isso a doutrina mais moderna preferir o termo “dimensões”.

Para melhor compreensão das gerações/dimensões dos direitos fundamentais, veja-se o exemplo esclarecedor do autor George Marmelstein Lima.

Em um primeiro momento, a saúde tinha uma proteção estatal essencialmente individualista: o papel do Estado seria proteger a vida do indivíduo contra as adversidades então existentes (epidemias, ataques externos etc) ou simplesmente não violar a integridade física do indivíduo (vedação de tortura e violência física, por exemplo). Posteriormente, surge com uma conotação social: cumpre ao Estado, na busca da igualização social, prestar os serviços de saúde pública, construir hospitais, fornecer medicamentos etc. Em seguida, numa terceira dimensão, a saúde alcança um alto teor de humanismo e solidariedade, em que os (Estados) mais ricos devem ajudar os (Estados) mais pobres a melhorar a qualidade de vida de toda população, a ponto de se permitir, por exemplo, que países mais pobres, para proteger a saúde de seu povo, quebrem a patente de medicamentos no intuito de baratear os custos de um determinado tratamento, conforme reconheceu a própria Organização Mundial do Comércio, apreciando um pedido feito pelo Brasil no campo da AIDS.⁵¹

Tal expressão indica, na verdade, grandes momentos de reconhecimento de “grupos” de direitos. Cada um apresenta características jurídicas peculiares a um momento histórico, porém, devemos lembrar que quanto à estrutura, há direitos, que embora reconhecidos numa circunstância posterior, têm a que é típica de direitos de outra geração. O que interessa na verdade é que tais direitos não ficaram estanques no tempo, se somaram entre si, de forma que chegaram até hoje na forma de incontáveis garantias para a implementação da dignidade da pessoa humana.

3.2 BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A CONTRIBUIÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS E DIPLOMAS ALIENÍGENAS AO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

Os direitos humanos é assunto antigo e que ao longo dos tempos foi se aperfeiçoando e proporcionando melhorias na vida da sociedade.

⁵¹ LIMA, George Marmelstein. **Efetivação do Direito Fundamental à Saúde pelo Poder Judiciário**. 2003. Disponível em: <<http://www.georgemlima.xpg.com.br/monografia.pdf>> Acessado em: 26 ago. 2013.

Como é sabido, o Código de Hámurabi, Lei das XII Tábuas, Lei de Talião, Magna Carta, “*Petition of Rights*”, “*Habeas Corpus Amendment Act*”, “*Bill of Rights*”, Declaração de Direitos do Bom Povo da Virgínia, Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, Declaração Universal dos Direitos Humanos, e outros diplomas legais (globais e/ou regionais) influenciaram significativamente todo o ordenamento jurídico brasileiro.

Cada um desses episódios da história e cada um desses documentos resguardaram de alguma forma e à seu tempo direitos humanos que foram somados, e por sua vez foram incorporados ao direito nacional. Resumidamente, a partir de agora, se falará sobre os direitos humanos nas Constituições brasileiras.

Devido à grande relevância dos direitos humanos tentaremos desde a primeira Constituição brasileira visualizar a progressiva aceitação e incorporação dos direitos humanos até atingir a Constituição vigente.

Em 1822, antes mesmo da Independência do Brasil, já havia sido convocada uma Assembleia Constituinte para a elaboração da primeira Constituição brasileira, no entanto, somente em maio de 1823 ela se instala devido á grande agitação política a favor da insubordinação política ao Reino de Portugal.

Contudo, D. Pedro por considerar que o projeto era por demais revolucionário, dissolveu a Constituinte e encarregou o Conselho de Estado de elaborar a nova Constituição, que foi outorgada em 1824 e instituía que o governo era monárquica, hereditário, constitucional e representativo (de acordo com o art.3º), e que os poderes eram distintos, existindo, portanto quatro poderes, a saber: Judiciário, Legislativo, Executivo e Moderador (de acordo com o art. 10).

Esta Constituição seguindo os passos da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão procurou versar sobre os direitos de primeira geração. Instituiu a vedação da destituição de magistrados pelo rei (Act of Settlement, 1701), proveniente do Constitucionalismo inglês, estabeleceu o direito de petição, as imunidades parlamentares, a proibição de penas cruéis (Bill of rights, 1689) e o direito do homem a julgamento legal (Magna Carta, 1215). Assegurou ainda a inviolabilidade dos direitos civis e políticos e tinha por base a liberdade, a segurança individual e a propriedade (art.179⁵²), que permaneceu nas constituições posteriores.

⁵² Vejamos na íntegra o art.179 da Constituição Brasileira de 1824 e seus incisos mais importantes. Art.179: A inviolabilidade dos Direitos Civis, e Políticos dos Cidadãos Brasileiros, que tem por base a liberdade, a segurança individual, e a propriedade, é garantida pela Constituição do Império, pela maneira seguinte: I.

Quanto ao direito à saúde esta Constituição continha apenas normas esparsas, vagas, tais como a garantia de “socorros públicos”, em seu art. 179, XXI.

A Constituição de 1891 foi promulgada após a convocação de eleições para a formação do Congresso Nacional, e a publicação do projeto do texto constitucional elaborado por cinco lideranças do movimento republicano. Em virtude desta característica de seus pensadores a Constituição de 1891 foi “moldada segundo o estilo da Constituição norte-americana, com as ideias diretoras do presidencialismo, do federalismo, da tripartição do poder, do liberalismo político, e da democracia burguesa”⁵³.

Esta nova Carta Constitucional trouxe como inovação a instituição do sufrágio direto para a eleição dos deputados, senadores, presidentes e vice-presidente da República. Então o poder político passou a ser exercido independentemente do poder financeiro dos indivíduos. Um ponto negativo desta constituição foi a exclusão

Nenhum Cidadão pode ser obrigado a fazer, ou deixar de fazer alguma cousa, senão em virtude da Lei; IV. Todos podem comunicar os seus pensamentos, por palavras, inscitos, e publicá-los pela Imprensa, sem dependência de censura; com tanto que hajam de responder pelos abusos, que cometerem no exercício deste Direito, nos casos, e pela forma, que a Lei determinar; V. Ninguém pode ser perseguido por motivo de Religião, uma vez que respeite a do Estado, e não ofenda a Moral Publica; VI. Qualquer pode conservar-se, ou sair do Império, como lhe convenha, levando consigo os seus bens, guardados os Regulamentos policiais, e salvo o prejuízo de terceiro; VII. Todo o Cidadão tem em sua casa um asilo inviolável. De noite não se poderá entrar nela, senão por seu consentimento, ou para o defender de incêndio, ou inundação; e de dia só será franqueada a sua entrada nos casos, e pela maneira, que a Lei determinar; VIII. Ninguém poderá ser preso sem culpa formada, exceto nos casos declarados na Lei; e nestes dentro de vinte e quatro horas contadas da entrada na prisão, sendo em Cidades, Vilas, ou outras Povoações próximas aos lugares da residência do Juiz; e nos lugares remotos dentro de um prazo razoável, que a Lei marcará, atenta a extensão do território, o Juiz por uma Nota, por ele assinada, fará constar ao Réu o motivo da prisão, os nomes do seu acusador, e os das testemunhas, havendo-as; IX. Ainda com culpa formada, ninguém será conduzido á prisão, ou nela conservado estando já preso, se prestar fiança idônea, nos casos, que a Lei admite: e em geral nos crimes, que não tiverem maior pena, do que a de seis meses de prisão, ou desterro para fora da Comarca, poderá o Réu livrar-se solto; X. A' exceção de flagrante delicto, a prisão não pode ser executada, senão por ordem escrita da Autoridade legitima. Se esta for arbitraria, o Juiz, que a deu, e quem a tiver requerido serão punidos com as penas, que a Lei determinar; XI. Ninguém será sentenciado, senão pela Autoridade competente, por virtude de Lei anterior, e na forma por ela prescrita; XIII. A Lei será igual para todos, quer proteja, quer castigue, o recompensará em proporção dos merecimentos de cada um; XIX. Desde já ficam abolidos os açoites, a tortura, a marca de ferro quente, e todas as mais penas cruéis; XX. Nenhuma pena passará da pessoa do delinquente. Por tanto não haverá em caso algum confiscação de bens, nem a infâmia do Réu se transmitirá aos parentes em qualquer grau, que seja; XXI. As Cadêas serão seguras, limpas, o bem arejadas, havendo diversas casas para separação dos Réus, conforme suas circunstâncias, e natureza dos seus crimes; XXII. É garantido o Direito de Propriedade em toda a sua plenitude. Se o bem publico legalmente verificado exigir o uso, e emprego da Propriedade do Cidadão, será ele previamente indenizado do valor dela. A Lei marcará os casos, em que terá lugar esta única exceção, e dará as regras para se determinar a indenização.

⁵³ RÊGO, Geovanna Patrícia. **A Incorporação dos Direitos Humanos no Direito Constitucional**. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/anthistbr/introducao.html>> Acessado em: 20 de agosto de 2013.

de mendigos, analfabetos, os religiosos sujeitos a voto de obediência e as mulheres desse alistamento para o voto.

A Constituição Republicana conseguiu ainda aumentar o rol de Direitos Humanos. Separou a Igreja do Estado e estabeleceu a plena liberdade religiosa; nela consagrou-se a liberdade de associação sem armas; assegurou-se aos acusados a mais ampla defesa; aboliu as penas de galés, banimento judicial e morte; criou-se o habeas corpus com a amplitude de remediar qualquer violência ou coação por ilegalidade ou abuso de poder, posteriormente restringiu-se seu uso a casos relacionados à liberdade de locomoção); instituiu garantias para a magistratura federal, a exemplo da vitaliciedade, inamovibilidade e irredutibilidade de vencimentos. Apesar dos avanços mostrados nesta Constituição de 1891, ela nada instituiu sobre o direito à saúde.

Já a Constituição de 1934 teve como inspiração as tendências da Constituição Alemã de Weimar e procurou incorporar o pensamento de uma democracia social, inserindo direitos de segunda geração e exigindo atuação positiva por parte do ente estatal. Estatuiu normas de proteção ao trabalhador, a exemplo dos princípios aceitos: salário mínimo capaz de satisfazer às necessidades normais do trabalhador; repouso semanal e férias anuais remuneradas; proibição de diferença de salário para um mesmo trabalho, por motivo de idade, sexo, nacionalidade ou estado civil; criação da Justiça do Trabalho, vinculada ao Poder Executivo.

Esta mesma carta se preocupou com os direitos culturais, estabelecendo como princípios o direito de todos à educação, obrigatoriedade e gratuidade do ensino primário, inclusive para os adultos, e tendência à gratuidade do ensino superior ao primário. Ainda de grande valia foi a criação da Justiça Eleitoral⁵⁴ e do voto secreto⁵⁵.

No que pertine ao direito a saúde a Constituição de 1934 não instituiu muita coisa, apenas trouxe algumas normas de proteção à saúde do trabalhador e no artigo 113 trouxe a inviolabilidade do direito à subsistência, que claramente desemboca no direito à vida e à saúde. In verbis:

⁵⁴ Norma fixada no artigo 82 e seguintes da Constituição de 1934.

⁵⁵ Direito assentado no artigo 52 do mesmo diploma legal.

Art. 113, *caput*. “A Constituição assegura a brasileiros e a estrangeiros residentes no País a inviolabilidade dos direitos concernentes à liberdade, à subsistência, à segurança individual e à propriedade [...]”.

Como antecedentes à Constituição de 1937 tem-se a posse de Getúlio Vargas como presidente e a imposição do Estado Novo. Além do mais, as influências da Constituição Polonesa. Em razão destes acontecimentos os direitos humanos neste momento não estiveram muito em voga e as garantias individuais perderam sua efetividade. Por exemplo, a magistratura perdeu suas garantias (art.177) e se criou o Tribunal de Segurança Nacional, que passou a ter competência para julgar os crimes contra a segurança do Estado e a estrutura das instituições (art.172). Na prática funcionava como verdadeiro Tribunal de Exceção.

A Constituição declarou ainda Estado de emergência, e a conseqüente suspensão da liberdade de ir e vir, censura da correspondência e de todas as comunicações orais e escritas, suspensão da liberdade de reunião, permissão de busca e apreensão em domicílio.

A Carta Magna brasileira de 1946, com o fim da Segunda Guerra Mundial, tentou progredir no tratamento constitucional dos direitos e garantias fundamentais e de matéria econômica e social. Estabeleceu-se então a individualização da pena⁵⁶ e soberania dos veredictos do júri.

No que concerne aos direitos sociais esta Constituição esforçou-se por ampliá-los, e criou a Justiça do Trabalho como ramo do Poder Judiciário, concedeu o direito de greve, proibiu trabalho noturno a menores de 18 anos, obrigou o empregador a manter seguro contra acidentes de trabalho, disciplinou assistência aos desempregados e liberdade de associação sindical e profissional.

Essa Carta Constitucional a respeito do direito à saúde se limitou a expor que compete à União legislar sobre a proteção da saúde. In verbis:

Art. 5º - Compete à União:

XV - legislar sobre:

b) normas gerais de direito financeiro; de seguro e previdência social; de defesa e **proteção da saúde**; e de regime penitenciário.

A partir de 1967, com o Golpe Militar já instaurado, foi imposto um regime de forças comandado pelos militares. Em virtude disso, e por força da vigência dos Atos Institucionais, a Constituição de 1967 sofreu graves retrocessos. O AI-5, ato

⁵⁶ Princípio até hoje respeitado, assegurado na CF, no CP e na IEP.

institucional que mais desrespeitou os direitos humanos no país, conferiu ao presidente poderes discricionários, o qual a partir de então poderia confiscar bens e inclusive podia suspender o *Habeas Corpus* em casos de crimes políticos contra segurança nacional, a ordem econômica e social e a economia popular⁵⁷.

Houve ainda mais arbitrariedades. A imprensa foi sucumbida e a liberdade de expressão e opinião drasticamente restringida. Ocorreu, assim, a supressão da liberdade de publicação de livros e periódicos, ao afirmar que não seriam tolerados os que fossem considerados (a juízo do Governo) como de propaganda de subversão da ordem.

Houve a restrição do direito de reunião, facultando à polícia o poder de designar o local para ela; a criação da pena de suspensão dos direitos políticos, declarada pelo STF, para aquele que abusasse dos direitos de manifestação do pensamento, exercício de trabalho ou profissão, reunião e associação, para atentar contra a ordem democrática ou praticar a corrupção. Afora os exemplos citados, não se calculam os inúmeros assassinatos políticos cometidos barbaramente e as graves e desmensuráveis torturas praticadas.

No que pertine aos direitos trabalhistas, esta Constituição embora tenha garantido o salário família, a proibição de diferença de salários também por motivo de cor, e a aposentadoria da mulher, aos trinta anos de trabalho, com salário integral, trouxe desvantagens contrárias ao trabalhador, como as seguintes inovações: a redução para 12 anos da idade mínima de permissão do trabalho; a supressão da estabilidade e do estabelecimento do regime de fundo de garantia, como alternativa; as restrições ao direito de greve; a supressão da proibição de diferença de salários, por motivo de idade e nacionalidade, a que se refira a Constituição anterior⁵⁸.

A Carta de 1967 quanto à saúde, apenas repetiu a disposição que já havia na Constituição de 1946, sem nada acrescentar. É válido, porém, expor que esta foi a primeira Constituição a determinar a imprescindibilidade do respeito à integridade física e moral do detento e do presidiário, o que sem dúvida inclui o direito à saúde dos mesmos, ainda que de forma incipiente e discreta. Todavia, esta determinação não se mostrou eficaz, uma vez que o clima geral de redução de liberdade, de medo

⁵⁷SAMANIEGO, Daniela Paes Moreira. **Direitos humanos como utopia**. Disponível em: <<http://jus.uol.com.br/revista/texto/76/direitos-humanos-como-utopia>> Acessado em: 30 ago. 2013.

⁵⁸RÊGO, Geovanna Patrícia. **A Incorporação dos Direitos Humanos no Direito Constitucional**. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/anthistbr/introducao.html>> Acessado em: 18 set. 2013.

e terror, e de supressão de direitos humanos impossibilitou que a norma fosse respeitada e que os abusos ocorressem.

Por fim, é imperioso abordar a Constituição Federal de 1988. O cenário histórico deste momento era de democratização do país após a queda do autoritário regime militar⁵⁹. A carta de 1988, conhecida como Constituição Cidadã, foi mais legítima que as anteriores porque teve ampla participação popular em sua elaboração e por ter como alvo a inteira realização da cidadania.

A Constituição de 1988 trouxe a instauração de um regime político democrático e como resultado a consolidação de direitos e garantias fundamentais, trazendo à tona os direitos humanos de forma nunca antes vista em nossa nação. Esta nova carta apresentou inovações primeiramente quanto à sua própria organização: em primeiro lugar enumerou no Título I “Dos Princípios Fundamentais”, entre os quais se encontra um superprincípio do nosso ordenamento jurídico, qual seja, o princípio da dignidade da pessoa humana, sobre o qual já foi exposto anteriormente; em segundo cuidou “Dos Direitos e Garantias Fundamentais”, antecipando-os à estruturação do Estado, o que significa a superioridade que lhes reconhece. No mesmo Título II, porém nos capítulos seguintes, enunciou ainda os direitos sociais dos trabalhadores, as regras sobre nacionalidade, direitos e partidos políticos, saúde e outros direitos sociais, o que mostra uma perspectiva abrangente dos direitos humanos.

A Constituição de 1988 estabeleceu direitos fundamentais em outros pontos e não somente nos anteriores, como é o caso da limitação imposta ao poder de tributar, elencada em outra seção. Resumindo, no capítulo sobre “Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos” manifestou os direitos de primeira geração, seguindo-se a isto, os direitos sociais e de terceira geração, e por último o direito ao meio ambiente (art.225), que está entre os direitos de solidariedade, digo, são direitos de terceira geração.

Importante demonstrar ainda, que a respeito desta Carta o rol de direitos fundamentais não é *numerus clausus*, mas tem apenas caráter exemplificativo. Vejamos: “Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros

⁵⁹ O país passava por uma revitalização dos valores democráticos, instituindo as eleições diretas e por meio do voto secreto, e voltava os olhos à execução de princípios da cidadania e de total respeito aos direitos fundamentais.

decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados⁶⁰, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte”⁶¹. Infere-se, portanto, que existem direitos implícitos que são fundamentais por sua natureza e podem ser deduzidos ou induzidos de outros que a própria Constituição expõe.

No mesmo sentido, oportuno falar sobre os tratados que em nossa Constituição adquiriram prevalência e status de norma constitucional ao versarem sobre direitos humanos⁶². Cabe falar também, sobre a aplicabilidade imediata das normas definidoras de direitos e garantias fundamentais, o que está expresso no artigo 5º, §1º, e foi novidade introduzida no direito pátrio com o objetivo de resguardar cada vez mais os direitos humanos.

À respeito das modificações trazidas à vigente Constituição quanto ao conteúdo jurídico de direitos humanos é relevante dizer ao tratar dos Princípios do Estado Brasileiro elencou a cidadania, a dignidade da pessoa humana e o pluralismo político, o que revela a influência da Declaração Universal dos Direitos Humanos e o desejo do povo brasileiro em respeitar ou promover a dignidade da pessoa humana.

Também ao tratar dos objetivos fundamentais e princípios a serem seguidos nas relações internacionais assinalou a construção de uma sociedade livre, justa e solidária, determinou a erradicação da pobreza e da marginalização e a redução das desigualdades sociais e regionais, e ainda a promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação⁶³. Acerca dos princípios, expressou a prevalência dos direitos humanos, defesa da paz e solução pacífica dos conflitos, e o repúdio ao terrorismo e ao racismo⁶⁴.

Com a finalidade de garantir todos esses direitos, posteriormente foi elencado o Artigo 5º da Constituição Federal. Artigo de conteúdo vasto, trouxe ao povo brasileiro e a estrangeiros, garantias de respeito à dignidade da pessoa humana. Logo em seus primeiros incisos elencou princípios como o da legalidade, igualdade, anterioridade.

⁶⁰ Grifo nosso.

⁶¹ Íntegra do artigo 5º, §2º da Constituição Federal de 1988.

⁶² FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Direitos humanos fundamentais**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2005, p. 121

⁶³ Constituição Federal de 1988, artigo 3º, que versa sobre os objetivos fundamentais a República Federativa do Brasil.

⁶⁴ Artigo 4º da Constituição Federal de 1988 que trata dos princípios a serem seguidos por nosso país nas relações internacionais.

No inciso terceiro prescreveu que ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante, e o correlaciona com o que fixa o inciso, ou seja, esta também é uma forma de garantir e assegurar o direito à saúde dos cidadãos brasileiros.

Importa dizer que a consagração expressa e direta de um direito fundamental à saúde, com contornos próprios, juntamente com a positivação de diversos outros direitos fundamentais sociais, é um dos marcos da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, tendo o artigo 6º da Carta Magna passado a prevê-lo textualmente, com detalhamento nos artigos 196 e seguintes. Além desses dispositivos, outros estão relacionados ao nosso tema e merecem destaque, pois tratam dos direitos humanos sob a ótica do direito à saúde.

O artigo 5º, em seu caput, elenca a inviolabilidade do direito à vida de brasileiros e estrangeiros, o que leva a interpretação de que todos têm direito à assistência médica, como forma de preservar a saúde e à vida. Também o inciso III determina que ninguém será submetido a tortura e nem a tratamento desumano ou degradante; por sua vez o inciso XLVII, alínea “e” proíbe penas cruéis, já o inciso XLIX assegura aos presos o respeito à integridade física, o que mostra com clareza lunar a intenção do constituinte em preservar a saúde de todos.

Também o artigo 7º trouxe proteção à saúde dos trabalhadores em seu IV, com a instituição de um salário mínimo fixado em lei que seja capaz de atender as necessidades básicas de saúde do trabalhador e sua família; os incisos XIII e XIV estabeleceram jornadas máximas de trabalho como forma de não levar o trabalhador a exaustão e prejudicar sua saúde; o inciso XXII trouxe normas de saúde, higiene e segurança no ambiente de trabalho visando reduzir riscos; o inciso seguinte (XXIII) determinou a remuneração com adicional para aqueles que trabalham em atividades penosas, insalubres ou perigosas, que, inevitavelmente, expõe a sua saúde a um risco maior; e, por fim, o inciso XXXIII proibiu o trabalho noturno, insalubre e perigoso a menores de 18 anos, haja vista terem os menores seu organismo ainda em formação, e que precisam de maior proteção à sua saúde, devido a sua fragilidade.

De todo o exposto, percebe-se que o constituinte sabiamente buscou seguir as diretrizes da Declaração Universal dos Direitos Humanos e em muitos pontos reproduziu tais garantias.

A legislação infraconstitucional brasileira, como não podia ser diferente, observou as normas superiores elencadas na Constituição Federal e também asseverou certas garantias. Citem-se apenas algumas legislações pertinentes: Lei 6.150/1974 que determina a obrigatoriedade de iodação do sal (alterada pela Lei 9.005/1995); Lei 7.853/1989 que dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência em vários âmbitos; Lei 8.080/1990, que instituiu o SUS; Lei 8.142/1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS; Lei 8.926/1994, que torna obrigatória a inclusão, nas bulas de medicamentos, de advertências e recomendações sobre seu uso por pessoas de mais de 65 anos; Lei 9.434/1997 que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano; Lei 10.141/1998, que dispõe sobre o direito dos usuários das ações e serviços de saúde; Lei 9.656/1998 que trata dos planos e seguros privados de saúde; Lei 9.728/2000 que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Lei 9.961/2000 que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar; Lei 10.781/2001 que define diretrizes para adoção de políticas de prevenção e atenção integral a pessoa portadora de diabetes; Lei 10.516/2002 que instituiu a Carteira Nacional de Saúde da Mulher; Lei 11.664/2008 que dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS; Lei 12.732/2012 que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início; Lei 12.653/2012 que acresce o art. 135-A ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para tipificar o crime de condicionar atendimento médico-hospitalar emergencial a qualquer garantia e dá outras providências; Lei 12.637/2012 que institui o dia 18 de setembro como Dia Nacional de Conscientização e Incentivo ao Diagnóstico Precoce do Retinoblastoma; Lei 12.631/2012 que institui o Dia Nacional das Hemoglobinopatias; Lei 12.629/2012 que institui o Dia Nacional de Combate e Prevenção à Trombose; Lei 12.604/2012 que institui a Semana Nacional de Controle e Combate à Leishmaniose; Lei 12.871/2013 que instituiu o Programa Mais Médicos; Lei 12.858/2013 que dispõe sobre a destinação para as áreas de educação e saúde de parcela da participação no resultado ou da compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural; Lei 12.802/2013 que altera a Lei 9.797/1999 que “dispõe sobre a

obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do SUS”; entre tantas outras que caberia citar aqui.

Dos artigos e legislações supracitados comentaremos em mais detalhes no cerne do trabalho o respeito aos direitos humanos e sua aplicabilidade no Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, município de João Pessoa, estado da Paraíba, a qual se constatou por meio de pesquisa e análise dos dados documentais.

4 DIREITO À SAÚDE

4.1 CONCEITO DE SAÚDE

O conceito de saúde/doença reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Não representa a mesma coisa para todas as pessoas, e depende da época, lugar, classe social, valores individuais, concepções filosóficas, científicas e religiosas⁶⁵.

Como já exposto em outro momento deste trabalho, a doença nos tempos mais remotos de nossa história era vista como maldição. Segundo Scliar “Para antigos hebreus a doença não era necessariamente devida à ação de demônios, ou de maus espíritos, mas representava, de qualquer modo, um sinal da cólera divina, diante dos pecados humanos”⁶⁶, era sinal de desobediência ao mandamento divino, tinha-se, pois, uma concepção sobrenatural de saúde e enfermidade. George Rosen esclarece:

Como este mundo representava apenas uma passagem para purificação da alma, as doenças passaram a ser entendidas como castigo de Deus, expiação dos pecados ou possessão do demônio. Consequência desta visão, as práticas de cura deixaram de ser realizadas por médicos e passaram a ser atribuição de religiosos. No lugar de recomendações dietéticas, exercícios, chás, repouso e outras medidas terapêuticas da medicina clássica, são recomendadas rezas, penitências, invocações de santos, exorcismos, unções e outros procedimentos para purificação da alma, uma vez que o corpo físico, apesar de albergá-la, não tinha a mesma importância. Como eram poucos os recursos para deter o avanço das doenças, a interpretação cristã oferecia conforto espiritual, e morrer equivalia à libertação.⁶⁷

Para os gregos, que cultuavam a divindade da medicina, Asclepius, a deusa da saúde, Higiéia, e a deusa da cura, Panacea, havia uma maneira diferente de encarar as doenças. Eles valorizavam as práticas higiênicas (provêm de Higiéia) e acreditavam que a cura era obtida pelo uso de plantas e métodos naturais, e não somente por procedimentos ritualísticos⁶⁸.

⁶⁵ SCLIAR, Moacyr. **História do Conceito de Saúde**. Revista Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2007. p. 30.

⁶⁶ Idem.

⁶⁷ ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. 1994.

⁶⁸ SCLIAR, Moacyr. **História do Conceito de Saúde**. Revista Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2007. p. 32.

Esse modo de os gregos conceberem a saúde/doença de forma bem incipiente já vislumbrava uma visão racional da medicina que viria a ser difundida por Hipócrates de Cós, posteriormente conhecido como o pai da Medicina.

No Oriente a compreensão de saúde e de doença passa pelas forças vitais que existem no corpo: quando funcionam de forma harmoniosa, existe saúde, se não, sobrevêm a doença. As medidas terapêuticas, a exemplo de acupuntura e ioga, visam restaurar o normal fluxo de energia no organismo.

No final do século XIX Louis Pasteur em seu laboratório e também outros estudiosos, por meio do microscópio descoberto no século XVII, revelaram a existência de microrganismos causadores de doenças, o que possibilitava a criação de soros e vacinas, e conseqüentemente, a cura e prevenção de doenças⁶⁹.

O autor Moacyr Scliar mostra ainda outros avanços:

Esses conhecimentos impulsionaram a chamada medicina tropical. O trópico atraía a atenção do colonialismo, mas os empreendimentos comerciais eram ameaçados pelas doenças transmissíveis endêmicas e epidêmicas. Daí a necessidade de estudá-las, preveni-las e curá-las. Nessa época nascia também a epidemiologia, baseada no estudo pioneiro do cólera em Londres, feito pelo médico inglês John Snow (1813-1858), e que se enquadrava num contexto de “contabilidade da doença”. Se saúde do corpo individual podia ser expressa por números – os sinais vitais -, o mesmo deveria acontecer com a saúde do corpo social: ela teria seus indicadores, resultado desse olhar contábil sobre a população e expresso em uma ciência que então começava a emergir.

Esse estudo da saúde da população é o que basicamente acontece hoje, onde se buscam índices, indicadores, números reais de como está a saúde pública, seja no âmbito do país, estado, municípios, hospitais, unidades de saúde da família, etc. é o que vamos observar mais especificamente quanto ao HEETSHL, em nosso quarto capítulo.

Tempos depois outras concepções de saúde foram pensadas. A saúde foi concebida tão somente como ausência de enfermidade, doença, deficiência, invalidez. Nessa época gozar de saúde era não padecer de enfermidade e estar em harmonia consigo e com o meio. Em seguida passou a saúde passou a ser vista como um direito, e nos dias atuais tem conceituação própria.

O termo saúde é originado do latim *salus* e significa conservação da vida, salvação. É o vocábulo que designa o estado de saúde dos seres vivos⁷⁰. Para

⁶⁹ SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2007. p. 33.

⁷⁰ SILVA, De Plácido e. **Vocabulário Jurídico**/Atualizadores: Nagib Slaibi Filho e Gláucia Carvalho. 26. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2006. p. 1257.

Silva, ter ou estar com saúde é também quando todas funções do órgãos são exercidas normalmente.

Para Luis Salvador de Miranda Sá Junior a etimologia do termo saúde procede do latim *sanitas*, e significa a integridade anátomo-funcional dos organismos vivos. Este mesmo autor traz ainda uma série de definições a respeito da palavra saúde, vejamos:

Destas significações, todas empregadas com alguma frequência, destacam-se: a) sanidade, ausência de enfermidade em um ser vivo (o mais antigo significado, como em: esteve doente, recuperou a saúde); b) saudação amistosa (à moda dos romanos antigos); rito verbal exclamativo, quando alguém espirra; d) estado de capacidade, energia, disposição e vigor físico ou mental (como em não tenho saúde para esse trabalho), sentido figurado e metafórico, e) sentir-se bem ou, ao menos, não se sentir mal (a saúde se manifesta no silêncio dos órgãos, diziam os antigos); f) área do conhecimento e campo de estudo sobre a saúde, as ciências da saúde (enfim, todos os estudos sanitários que se interessam pelos indivíduos e comunidades, as ciências da saúde); g) designação sintética dos programas, estabelecimentos, agências ou organismos sociais públicos ou privados destinados a cuidar da saúde dos indivíduos e comunidades; h) atividade política pública ou programa social governamental voltado para os cuidados com a saúde individual ou coletiva e para a administração destes serviços (como em funcionário da saúde, profissão da saúde, Ministério da Saúde e secretaria da Saúde)⁷¹.

Além desses conceitos iniciais, existe ainda outro criado pela Organização Mundial da Saúde, organismo internacional integrante da Organização das Nações Unidas, e que foi publicado na carta de princípios em 7 de abril de 1948 (desde então o Dia Mundial da Saúde). Para a OMS saúde é: “estado de completo bem estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez”.

Deve ficar claro que tal definição da OMS não encerra uma concepção genérica, já que existe a saúde animal e a saúde vegetal, por exemplo. Logo, limita-se a focar a saúde humana.

No conceito supracitado vale a pena entender o termo “bem estar”. Inicialmente pode significar sentir-se bem e não sentir-se mal, não ter queixas, não apresentar sofrimento somático ou psíquico, nem ter consciência de qualquer lesão estrutural ou de prejuízo do desempenho pessoal ou social (inclusive familiar e laboral). Bem estar é ainda a condição de satisfação das necessidades biológicas

⁷¹ SÁ JUNIOR, Luis Salvador de Miranda. Desconstruindo a definição de saúde. **Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM)**, jul/ago/set de 2004. P. 15-16. Disponível em: <<http://saude.br/dis/pg/Def-Saude.pdf>>. Acessado em: 26 ago. 2013.

(seria o bem estar físico); necessidades psicológicas (seria o bem estar mental); necessidades sociais (seria o bem estar social).

A definição da OMS ao incluir o termo bem estar em seu conceito procurou incluir as condições psicossociais como sendo de saúde, já que o ser humano é um ser completo e racional, mas na prática isso revelou seu caráter utópico e sua irracionalidade.

O conceito da Organização Mundial de Saúde recebeu algumas críticas pelo fato de ter mencionado “**completo** bem-estar físico, mental e social [...]” (GRIFO NOSSO), isso porque para ser considerado um ser vivo saudável ele deve ter *todas* as suas necessidades satisfeitas, quando na verdade, pela própria inconstância humana, os homens criam sempre novas necessidades, e por vezes, mostram-se insatisfeitos, passando o mal-estar a constituir componente essencial da condição humana, já que se mostra praticamente impossível uma pessoa em particular, ou uma comunidade, terem todas as suas necessidades individuais e sociais, em todos os planos de existência (biológico, psicológico e social) atendidas.

Em contraposição a esse conceito “utópico” e de vida plena criado pela OMS surge a definição de Christopher Boorse (1977) em que saúde é a simples ausência de doença⁷². Para ele, “a classificação de seres humanos como saudáveis ou doentes seria uma questão objetiva, relacionada ao grau de eficiência das funções biológicas, sem necessidade de juízos de valor”⁷³.

Importante ressaltar os fatores que intervêm sobre a saúde e sobre os quais a saúde pública deve intervir, que é o *campo da saúde (health field)*⁷⁴. Esse conceito de campo da saúde foi idealizado pelo titular do Ministério da Saúde e do Bem-estar do Canadá, Marc Lalonde, em 1974. São eles: a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida, a organização da assistência à saúde.

Por biologia humana deve-se entender a herança genética e os processos biológicos inerentes à vida, incluindo-se os fatores de envelhecimento. Já o meio ambiente compreende o solo, a água, o ar, a moradia e o local de trabalho. Quanto ao estilo de vida resultam decisões que afetam diretamente a saúde, e são eles: fumar ou não fumar, beber ou não beber, praticar ou não exercícios físicos. Por fim,

⁷² Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Sa%C3%BAde>> Acessado em: 26 ago. 2013.

⁷³ Christopher Boose (1977 apud MOACYR SCLiar, 2009). Disponível em: <<http://rizomas.net/ensino-de-biologia/recursos-pedagogicos/210-o-que-e-ser-saudavel-um-texto-para-embasar-discussao.html>>. Acesso em: 26 ago. 2013.

⁷⁴ SCLiar, Moacyr. História do Conceito de Saúde. **Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2007. p. 37.

no que diz respeito à organização da assistência à saúde, ela abrange a assistência médica em si, os serviços ambulatoriais e hospitalares, e medicamentos.

4.2 HISTÓRICO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

O Brasil, sendo um país colonizado por aventureiros e degredados, desde o período de seu descobrimento até o Primeiro Reinado (1822 a 1831), não dispunha de nenhum modelo de atenção à saúde da população, e também não havia interesse por parte de Portugal, país colonizador.

Nessa época, a atenção à saúde limitava-se aos recursos da terra, como plantas, ervas, ou por conhecimentos empíricos praticados por curandeiros.

A ideia de que aqui era um “paraíso” não se concretizou, o índice de sobrevivência na colônia era muito baixo (tantos dos brancos, como dos escravos trazidos da África), isso se devia a “novas” moléstias, confrontos com os indígenas e meio ambiente ao qual não estavam adaptados. Nesse sentido:

A guerra, o isolamento e a doença colocavam em perigo o projeto de colonização e exploração econômica das terras brasileiras. Diante do dilema sanitário, o Conselho Ultramarino português – órgão responsável pela administração das colônias – criou ainda no século XVI os cargos de físico-mor e cirurgião-mor. Seus titulares foram incumbidos de zelar pela saúde da população sob domínio lusitano. Essas funções, no entanto, permaneceram por longos períodos sem ocupantes no Brasil. Eram raros os médicos que aceitavam transferir-se para cá. Desestimulados pelos baixos salários com os perigos que enfrentariam⁷⁵.

A providência tomada pela Coroa Portuguesa em muito pouco melhorou a situação da colônia. Vários foram os fatores que contribuíram para isso: enorme dimensão territorial da colônia, grande quantidade de habitantes não tinham condições de arcar com as despesas de consulta, e o tratamento tinha como base a utilização de métodos como a sangria e o purgante, e que por vezes leva o paciente mais grave à óbito. A população em sua maioria preferia recorrer aos curandeiros africanos ou indígenas. O autor Bertolli Filho também salienta que “Em 1746, em todo território dos atuais estados de São Paulo, Paraná, Mato Grosso, Mato Grosso

⁷⁵ BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da Saúde Pública no Brasil**. 11. ed. São Paulo: Ática, 2008. p. 5.

do Sul, e Goiás, havia apenas seis médicos graduados em universidades europeias.⁷⁶

Com a vinda da família real ao Brasil em 1808 houveram mudanças na área da saúde e em toda a administração pública colonial. No Rio de Janeiro procurou-se criar uma mínima estrutura sanitária. No mesmo ano Dom João VI fundou na Bahia o Colégio Médico-Cirúrgico Real Hospital Militar.

Apesar da criação desse Colégio-Médico e das menções à saúde na Constituição de 1824, Artigo 179, inciso XXI, que dispõe: *Nenhum genero de trabalho, de cultura, industria, ou commercio póde ser prohibido, uma vez que não se opponha aos costumes publicos, á segurança, e saude dos Cidadãos*. E sem seguida, no inciso XXXI, que enuncia: *A Constituição tambem garante os soccorros publicos*; não houve uma assistência real à saúde da população.

Até 1850 as atividades de saúde pública se limitavam aos controles de navios, saúde dos portos e atribuições sanitárias às juntas municipais. Nessa época, surgiram os boticários (farmacêuticos) que muito ajudaram com suas fórmulas na cura de algumas doenças.

Nos meados de 1880, ou seja, no período da República Velha (1889 a 1930) a cidade do Rio de Janeiro passava por quadro caótico, tinha-se a presença constante de doenças graves como a varíola, a malária e a febre amarela. Veja-se o relato do médico José Pereira do Rego:

A febre amarela tem se tornado endêmica no Rio, reaparece em quase todas as invernações e deste foco principal irradia-se mais ou menos longe; é assim que a cidade de Montevidéu foi atacada em 1856. (...) Desde 1849, (...) época da primeira grande epidemia nesta cidade, sua duração não se limitou nunca a um ano: assim não desapareceu senão em 1854; a segunda epidemia durou de 1859 a 1863; tudo leva a crer que depois de ter experimentado um decrescimento notável durante o inverno de 1870, vá reaparecer com a invernação de 1870 a 1871. As tripulações estão, pois, frequentemente na presença deste flagelo; e é raro que qualquer navio estacionado na enseada do Rio não lhe pague sempre seu tributo mais ou menos pesado⁷⁷.

O que se pode perceber é que esses problemas geraram consequências desastrosas para a saúde coletiva e para o comércio exterior, já que os navios não

⁷⁶ BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da Saúde Pública no Brasil**. 11. ed. São Paulo: Ática, 2008. p.6.

⁷⁷ REGO, José Pereira. **Memória histórica das epidemias de febre-amarela e cholera-morbo que tem reinado no Brasil**. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1873, p. 5. Ou Apud Márcio Alexandre da Silva Pinto.

mais queriam ingressar no porto do RJ por medo das doenças tão alastradas à época.

Com o novo regime de Governo do período conhecido como República Velha veio a ideia de modernizar o Brasil, eis o lema: ordem e progresso. Buscava-se atualizar a economia e a sociedade, principais eixos de atuação governamental no momento. O autor Bertolli Filho melhor esclarece: “Nesse contexto, a medicina assumiu o papel de guia do Estado para assuntos sanitários, comprometendo-se a garantir a melhoria da saúde individual e coletiva e, por extensão, a defesa do projeto de modernização do país”⁷⁸.

O que se deve ter em mente, porém, é que o projeto e a intervenção governamental na saúde tinham somente o objetivo de trazer mão-de-obra qualificada da Europa e muito necessária ao Brasil, algo que em nada beneficiava os trabalhadores brasileiros.

Mais uma vez o que se viu foi que os compromissos com as necessidades básicas da população ficaram relegadas a segundo plano. A política de desigualdades continuou a deixar em situação de miséria a maior parte da população. Na verdade, a assistência à saúde era para quem podia pagar, aos pobres, indigentes, restava apenas o amparo nas Casas de Misericórdias.

A Constituição de 1891 apresentava feição liberalista e de ruptura com o antigo regime, mas não trazia qualquer menção a direitos de cunho social, não sendo a saúde tratada em nenhum momento.

Na gestão do presidente Rodrigues Alves e em aliança com o prefeito procurou-se o embelezamento e saneamento da cidade do Rio de Janeiro. Foi construído um novo porto, houve alargamento de praças e a construção de grandes avenidas. Com isso foi necessário criar um serviço de limpeza pública e fazer a derrubada de cortiços. Entrementes, Oswaldo Cruz foi nomeado a assumir o cargo de diretor do Departamento Federal de Saúde Pública do Rio de Janeiro, formou-se então um verdadeiro exército de 1500 pessoas, visando enfrentar o mosquito transmissor da febre amarela (*aedes aegypti*), e propôs-se eliminar de uma vez a doença. Em São Paulo o responsável por essa corrida contra a febre amarela era Emílio Ribas.

⁷⁸ BERTOLLI FILHO, 2002, p.12.

Oswaldo Cruz criou em 1904 uma lei federal que tornava obrigatória a vacinação contra varíola em todo território nacional. Essa obrigatoriedade aumentou ainda mais a insatisfação da população, o que originou a Revolta da Vacina. O modelo assistencial seguido por Oswaldo Cruz era sanitaria ou campanhista, mas após esse levante da população foi preciso pensar novas formas de atuação em benefício da saúde pública.

Em 1920 Oswaldo Cruz foi substituído por Carlos Chagas e este criou propaganda de educação para a saúde, expandiu atividades de saneamento em âmbito nacional, proibiu a admissão de menores de 12 anos em fábricas, criou a licença gestante e também as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Eloy Chaves, por meio de lei que levou seu nome, regularizou as CAPs; os únicos a terem direito eram os assalariados e cada categoria tinha sua caixa própria. A renda arrecadada era 3% do funcionário e 1% do empregador, sem nenhuma participação do governo. As CAPs davam direito a assistência médica, medicamentos, aposentadorias, pensões e auxílio funeral.

No mesmo período Carlos Chagas criou órgãos especializados para enfrentar a tuberculose, Hanseníase (conhecida antigamente como lepra) e doenças venéreas. Em 1923 foi criada a primeira faculdade de enfermagem, Anna Nery.

O período de 1930 a 1945 ficou conhecido em nossa história como Era Vargas. Nesse momento percebeu-se um novo setor social que precisava de cuidados e algumas medidas foram tomadas, tais como: criação do Ministério do Trabalho, o que trouxe alguns direitos e deveres aos trabalhadores; criação do Ministério de Educação e Saúde (era um só – integrado); as CAPs foram ampliadas e se tornaram IAPs, as quais eram organizadas pelo governo federal e divididas por categorias profissionais.

A criação de um só Ministério para cuidar da educação e da saúde fazia parte do centralismo político adotado por Vargas e garantia à burocracia federal o controle desses serviços.

A Constituição de 1934 buscou adaptar a ordem políticas as novas realidades do país. A Carta de 1934 pela primeira vez teve alguma preocupação e interesse pelo conteúdo humano e tentou dirimir conflitos de desigualdades sociais, entre os quais se vê: criação de diretrizes para a educação nacional, luta contra a seca no nordeste, e recenseamento da população. Também o cuidado à saúde e a assistência pública ganha linhas claramente delineadas no artigo décimo, sob

cuidado expresso da União e dos estados, além do papel definido de velar pela fiscalização das leis sociais. In verbis:

Art. 10 - Compete concorrentemente à União e aos Estados:

I - velar na guarda da Constituição e das leis;

II - cuidar da saúde e assistência públicas;

III - proteger as belezas naturais e os monumentos de valor histórico ou artístico, podendo impedir a evasão de obras de arte;

IV - promover a colonização;

V - fiscalizar a aplicação das leis sociais;

VI - difundir a instrução pública em todos os seus graus;

VII - criar outros impostos, além dos que lhes são atribuídos privativamente.

Parágrafo único - A arrecadação dos impostos a que se refere o número VII será feita pelos Estados, que entregarão, dentro do primeiro trimestre do exercício seguinte, trinta por cento à União, e vinte por cento aos Municípios de onde tenham provindo. Se o Estado faltar ao pagamento das cotas devidas à União ou aos Municípios, o lançamento e a arrecadação passarão a ser feitos pelo Governo federal, que atribuirá, nesse caso, trinta por cento ao Estado e vinte por cento aos Municípios.

Outro marco da Era Vargas foi a erradicação da febre amarela, o que ocorreu por meio da criação do Serviço Nacional da Febre Amarela. Em 1941 também foi criado o Departamento Nacional de Saúde, o qual ficou responsável pelo controle das demais endemias que ainda restavam.

Para Márcio Alexandre da Silva Pinto:

Criou-se nesse sentido, uma nova ordem na saúde. Essa nova coordenação da esfera da saúde proclamava a promessa do Estado de cuidar pelo bem-estar sanitário da população. Apesar da medida centralizadora ajudar as áreas carentes de assistência médico-hospitalar, os estados mais ricos da federação que já possuíam os serviços de saúde organizada a experiência foi desastrosa, dificultando o atendimento à população.⁷⁹

O que se percebe, na realidade, é que mesmo com os cuidados tomados na área da saúde coletiva pelo Governo de Vargas, a exemplo da sensível diminuição das mortes por enfermidades epidêmicas e mesmo com a expansão médico-hospitalar e das novas técnicas de controle das endemias rurais, por meio de um convênio firmado com a Fundação Rockefeller, criada em 1913 nos Estados Unidos, o país continuava a ter uma sociedade doente, e as chamadas doenças de massa continuavam a proliferar, tais como: esquistossomose, tuberculose, doença de Chagas, hanseníase, doenças gastrointestinais e sexualmente transmissíveis.

Na época da redemocratização (1945 a 1964) o governo do presidente Eurico Gaspar Dutra tentou promover a organização racional dos serviços públicos por

⁷⁹ PINTO, Márcio Alexandre da Silva Pinto; CARVALHO, Heitor Humberto do Nascimento. **A evolução do direito à saúde pública da cidadania brasileira**, 2008. p. 8.

meio do plano SALTE (saúde, alimentação, transporte e energia), mas o mesmo fracassou e segundo jornais da época noticiaram a saúde continuava a ser tratada do mesmo modo que no período ditatorial.

Em 1953, por meio da Lei 1.920 foi criado o Ministério da Saúde, agora autônomo e separado do Ministério da Educação. Inicialmente o Ministério da Saúde contou com verbas irrisórias e uma estrutura burocrática que impediu que os objetivos fossem alcançados.

A alta de recursos inviabilizou a realização de uma política eficiente para população, e a prova disso é que

A atuação foi tão pífia que a Organização Pan- Americana de Saúde (Opas), órgão regional da Organização Mundial da Saúde (OMS), teve que participar diretamente ao combate da malária no Brasil, a partir da década de 70. Mesmo com as sucessivas campanhas contra malária entre 1958 e 1965 efetuadas pelo governo brasileiro que ainda afirmava a erradicação da mesma quando na realidade só se diminuiu o número de enfermos.⁸⁰

Além da falta de recursos financeiros, outro problema enfrentado pelo Ministério da Saúde foi o clientelismo, pois “Os partidos ou os líderes de políticos trocavam ambulâncias, leitos hospitalares, profissionais da saúde e vacinas por votos e apoio nas épocas eleitorais”⁸¹.

A Constituição de 1946, com seu ideal de justiça social, e com o intuito de melhorar a condição de vida destes, “assistência sanitária, inclusive hospitalar e médica preventiva, ao trabalhador e à gestante” (Art. 157, XIV).

Já em 1963 aconteceu a III Conferência Nacional de Saúde e nela sugeriu-se a reorganização dos serviços médicos-sanitários e a descentralização das responsabilidades político-administrativa da federação por meio da municipalização.

Com o início da Ditadura Militar em 1964, e já o Ministério da Saúde contando com poucos recursos, a saúde passa a ser vista como fenômeno individual e não coletivo, o que leva a valorização de hospitais particulares em vez das unidades públicas.

Nesse período foi criada uma Comissão de organização para reformulação das IAPs em INPS. Em 1966 houve a criação do Instituto Nacional de Previdência Social, onde o governo unificou as IAPs, e incluiu os trabalhadores autônomos, os

⁸⁰ PINTO, Márcio Alexandre da Silva Pinto; CARVALHO, Heitor Humberto do Nascimento. **A evolução do direito à saúde pública da cidadania brasileira**, 2008. p.9.

⁸¹ BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da Saúde Pública no Brasil**. 11. ed. São Paulo: Ática, 2008, p. 9.

trabalhadores rurais e as empregadas domésticas, que passaram a ter direitos previdenciários. Vê-se que a partir de agora se inicia a universalidade da cobertura (população urbana e rural).

Na Constituição de 1967/1969 o Estado não reconhece expressamente o direito à saúde, e há abstenção da responsabilidade social. Contudo, são assegurados aos trabalhadores o direito à assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva (Art. 158, inciso XV, CRFB 1967). Por isso, em 1973 foi criado o Programa Nacional de Imunização, a fim de tornar efetiva a assistência sanitária assegurada na Constituição.

No ano de 1974 o INPS foi elevado ao grau de Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), e se desvinculou do Ministério do Trabalho. Tendo em vista diminuir as críticas, que eram muitas, o governo criou o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural); o Plano de Pronta Ação (criado desde 1971); e o Sistema Nacional de Saúde (1975). Também foi criado nesse mesmo momento o Sistema de Informações Hospitalares do SUS, o Sistema de Informações sobre Mortalidade. Para Márcio Alexandre da Silva Pinto:

Todas as medidas no período, não passaram de tentativas do governo de melhorar as deficiências do setor de saúde, que, em 1979, estava entre as maiores no ranking dos países mais enfermos da América Latina, sendo ultrapassado apenas por Haiti, Bolívia e Peru, mesmo diante de um relativo aumento na expectativa de vida da população e diminuição da mortalidade infantil⁸².

Vale lembrar ainda que em 1978 o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) ficou com a atribuição de coordenar somente as atividades de assistência médica. Mas isso não foi suficiente para melhorar a saúde da população, uma vez que o Estado oferecia atendimento somente aos trabalhadores com carteira assinada e às suas famílias, pois

Ao restante da população, cabia o acesso a estes serviços como um mero favor e não como um direito, a própria iniciativa privada fora incentivada a abrir clínicas e unidades hospitalares para atendimento aos mais aquinhoados em detrimento ao atendimento público de baixa renda⁸³.

⁸² PINTO, Márcio Alexandre da Silva Pinto; CARVALHO, Heitor Humberto do Nascimento. **A evolução do direito à saúde pública da cidadania brasileira**, 2008. p.12.

⁸³ Idem.

Ainda no ano de 1978 ocorreu a Conferência de Alma Ata, na antiga URSS. Esta foi uma conferência onde se discutiu a extensão das desigualdades sanitárias em países desenvolvidos e subdesenvolvidos. Uma meta foi estabelecida: a saúde para todos até o ano 2000. O Brasil esteve presente e se comprometeu a alcançar esta meta por meio da reorganização do Sistema Nacional de Saúde.

A situação do Brasil nesta época era crítica: 40 milhões de brasileiros sem acesso aos serviços de saúde; inadequação dos serviços prestados; carências nutricionais afetavam a metade da população; a mortalidade infantil atingia o patamar de 80/1000 nativos; e a expectativa de vida não chegava a 50 anos em algumas regiões do país.

A década de 80 foi repleta de acontecimentos. Primeiro, em 1981 foi instituído o CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária. Este tinha como propósito organizar a assistência médica, sugerir critérios para recursos, estabelecer controle de custos e avaliação do financiamento, além de buscar disciplinar o atendimento dos serviços. Depois, em 1983 foram implantadas as AIS – Ações Integradas de Saúde, com o objetivo de criar uma rede pública unificada com intenção melhorar o atendimento por meio da descentralização e universalização da atenção à saúde.

Os acontecimentos dos anos restantes da década de 80 serão melhores explorados no tópico a respeito da criação do SUS.

4.3 O DIREITO À SAÚDE EM OUTROS PAÍSES

4.3.1 Estados Unidos da América

A situação da saúde nos EUA é bem peculiar. Sabe-se que lá existe o maior gasto, o maior avanço tecnológico mundial e a medicina mais avançada e influente do mundo em termos de avanço científico, porém existe ainda outro dado interessante: cerca de 30 milhões de pessoas estão à margem de qualquer assistência médica real.⁸⁴

⁸⁴ ANDRADE, Elizabeth Nogueira de; ANDRADE, Edson de Oliveira. O SUS e o direito à saúde do brasileiro: leitura de seus princípios, com ênfase na universalidade da cobertura. **Revista Bioética**. 2010. p. 62.

Os autores Elizabeth Nogueira de Andrade e Edson de Oliveira Andrade afirmam que o gasto de U\$ 2,5 trilhões de dólares anuais no setor de saúde, apesar de bastante alto, é mal direcionado e ineficaz; e trazem ainda o seguinte dado:

Num período de dois anos, um em cada três não idosos estadunidense fica algum tempo sem seguro saúde, a maioria dos quais por mais de nove meses.⁸⁵

O índice supracitado corrobora somente o que já havia sido dito, que embora o país despenda boa parte de seu PIB com os cuidados de saúde ainda não foi capaz de fornecer uma saúde pública eficiente.

Nesse país o acesso à saúde se faz por meio de sistema de seguro-saúde, e existem três sistemas estatais, a saber: o *Medicare*, o *Medicaid* e o Sistema de Veteranos. O seguro-saúde regula-se de acordo com leis de mercado e é organizado pela *Health Maintenance Organization* (HMO) e *Preferred Provider Organization* (PPO).

Devido a essa deficiência no acesso à saúde nos EUA, o presidente Obama aprovou por meio do Congresso um projeto que visa aumentar a cobertura de saúde. Segundo esse projeto haverá plano de saúde para aproximadamente 32 milhões de norte-americanos (atualmente desassistidos), foi ampliado o programa federal de saúde para os pobres, foram instituídos novos impostos para os ricos, as seguradoras foram proibidas de negar atendimento a clientes com doenças preexistentes.

4.3.2 França

A respeito da saúde na França iniciaremos nossa exposição com o texto de Jean de Kervasdoué, que está disponível na página da internet da Embaixada da França no Brasil.

Em matéria de saúde, o francês dispõe de direitos numerosos e muitas vezes excepcionais por sua diversidade e pela importância das garantias que eles possibilitam. Naquele país todos os residentes legais possuem a cobertura de um seguro-saúde. Para mais de 96% dos franceses, os tratamentos médicos podem ser totalmente gratuitos ou reembolsados em 100% e, o que é mais excepcional, os franceses podem exercer uma total liberdade de escolha, seja qual for o seu nível de renda. Eles podem ir ver diretamente, no mesmo dia, vários clínicos gerais ou especialistas, escolher

⁸⁵ ANDRADE, Elizabeth Nogueira de; ANDRADE, Edson de Oliveira. O SUS e o direito à saúde do brasileiro: leitura de seus princípios, com ênfase na universalidade da cobertura, **Revista Bioética**. 2010. p. 63.

um hospital público ou privado, ir a um hospital universitário ou um hospital geral. Não existe lista de espera para as intervenções cirúrgicas, nem racionamento, salvo em determinadas cidades, em se tratando de equipamentos pesados de produção de imagens médicas.⁸⁶

Na França existem os seguros-saúde obrigatórios ou complementares (80% dos franceses dispõem deste tipo de seguro pago por eles mesmo ou por suas empresas). O financiamento do seguro-saúde obrigatório decorre de contribuições sobre os salários (60% das receitas totais), de impostos indiretos (taxas sobre o fumo e bebidas alcoólicas) e de uma contribuição direta, que é a CSG – contribuição social generalizada. Como o próprio nome diz ela é paga por todas as faixas de renda, de maneira proporcional, inclusive pelos aposentados e sobre as renda de capital. Esses impostos e contribuições permitem uma cobertura de doenças universal e o reembolso total pelos tratamentos de 6% da população que sofre com uma infecção de longa duração (ALD)⁸⁷.

Em algumas vezes os exames e consultas podem não ser gratuitos, isso porque o paciente pode consultar um médico cujos honorários não são reembolsados por seu seguro-saúde obrigatório. Mas isso é prévia e claramente explicado ao paciente, que só aceita tal despesa se quiser.

Os escritores e médicos Elizabeth Nogueira de Andrade e Edson de Oliveira Andrade apontam que “Em 2000, as despesas de saúde somavam 140,6 bilhões de euros, dos quais 55,3 bilhões em tratamentos hospitalares, 31,9 bilhões em tratamentos ambulatoriais e 25,9 bilhões em medicamentos”⁸⁸, o que mostra claramente que ainda é pouco o investimento em prevenção.

4.3.3 Canadá

No Canadá a gestão e prestação dos serviços de saúde cabem a cada província ou território, de maneira individual. As próprias províncias e territórios planejam, avaliam e financiam a prestação de assistência médica e ou serviços relacionados.

⁸⁶ Disponível em: Embaixada da França no Brasil. Acesso: <<http://www.ambafrance.org.br/abr/imagesdelafrance/accueil.htm>>. Acessado em: 26 ago. 2013.

⁸⁷ ANDRADE, Elizabeth Nogueira de; ANDRADE, Edson de Oliveira. O SUS e o direito à saúde do brasileiro: leitura de seus princípios, com ênfase na universalidade da cobertura. **Revista Bioética**. 2010, p. 64.

⁸⁸ Idem.

A organização da saúde no país é desse modo devido a uma determinação constitucional da jurisdição sobre a maioria dos componentes da assistência médica em nível de governo provincial.

Existem neste país 10 planos de seguro-saúde provinciais e três territoriais que fornecem acesso a uma cobertura universal e abrangente de serviços médico-hospitalares internos e externos clinicamente necessários⁸⁹. Estes seguros-saúde provinciais e territoriais estão coligados pela adesão aos princípios nacionais estabelecidos em nível federal.

O governo federal possui a incumbência de fixar e administrar princípios ou normas nacionais do sistema de assistência médica e assistir ao financiamento de assistência médicas provinciais por meio de transferências fiscais. Outra função do governo federal é a prestação direta de serviços de saúde a determinados grupos, como veteranos, pessoal militar, povos autóctones residentes em reservas, reclusos de penitenciárias federais e pessoal da Real Polícia Montada do Canadá. Além disso, tem o Governo federal o encargo de proteção e promoção da saúde e prevenção de doenças.

4.3.4 Inglaterra

O sistema de saúde inglês surgiu em 1948 no governo pós-guerra e teve sua implantação quando da criação do Plano Marshall. O seu financiamento e gestão são públicos. O sistema de saúde inglês se divide em departamentos, são eles: cuidados primários; serviço de ambulância; cuidados gerais; hospitalar; saúde mental; até certo ponto assemelha-se com o sistema de saúde brasileiro.

A base do sistema de saúde da Inglaterra é um médico generalista (espécie de clínico geral, como chamamos no Brasil), que é responsável por certa quantidade de pessoas de uma área geográfica específica⁹⁰. Só depois do atendimento e orientação feita por esse médico é possível o encaminhamento aos especialistas e demais serviços especializados.

⁸⁹ Idem.

⁹⁰ ANDRADE, Elizabeth Nogueira de; ANDRADE, Edson de Oliveira. O SUS e o direito à saúde do brasileiro: leitura de seus princípios, com ênfase na universalidade da cobertura. **Revista Bioética**, 2010. p. 65.

4.3.5 Espanha

A saúde na Espanha está disciplinada na Constituição de 1978 (Artigo 43 - “a proteção da saúde é um direito fundamental do cidadão”) e também na Lei n. 14 de 1986, conhecida como Lei Geral de Saúde. Esta lei veio regular o artigo 43 da Constituição Espanhola e determina os princípios e as diretrizes do Sistema Nacional de Saúde, são eles: o “Financiamento público, universalidade e gratuidade; Direito e deveres definidos pelo cidadão e pelos poderes públicos; Descentralização política para as Comunidades Autônomas; Atenção Integral; e Integração entre as diferentes estruturas e serviços públicos ao sistema de saúde nacional”.

O direito à proteção e atenção à saúde atende a espanhóis e estrangeiros que estejam no território nacional, membros da comunidade europeia e também pessoas de outros Estados não pertencentes à comunidade, estes com a condição de serem apoiados por convênios ou leis específicas. Já os funcionários públicos podem contar com regimes especiais de seguro saúde. O acesso aos serviços é regulado por uma Carteira de Saúde individual, que identifica cada cidadão como usuário do Sistema Nacional de Saúde, semelhante ao que acontece aqui no Brasil⁹¹.

O Sistema Nacional de Saúde da Espanha é formado pelo conjunto de serviços de saúde do governo central e pelos serviços de saúde das Comunidades Autônomas (CCAA – que são em número de 17). Estas assumem as funções e serviços, incluindo transferência de pessoal e orçamentos, para realizar o planejamento de saúde, as ações de saúde pública e de assistência à saúde. Já o Sistema Nacional de Saúde

[...] mantém a coordenação geral, as relações internacionais inerentes à saúde e a legislação sobre produtos farmacêuticos. A coesão do Sistema Nacional de Saúde é articulada por um Conselho Interterritorial, constituído pelos Ministros de Saúde e por dirigentes de saúde (Consejeros de Salud) das CCAA. Reúnem-se ao menos quatro vezes por ano e decidem por consenso. Têm como apoio uma Comissão Delegada, da qual participam representantes das CCAA e do Ministério e um Comitê Consultivo, do qual participam seis representantes do ministério, seis das CCAA, quatro da administração local, oito de entidades empresariais e oito de organizações sindicais⁹².

⁹¹ SILVA, Silvio Fernandes da. **A Saúde na Espanha e Comparação com o Brasil, texto preparado pelo Núcleo de Relações Internacionais do CONASEMS**, p.2.

⁹² SILVA, Silvio Fernandes da. **A Saúde na Espanha e Comparação com o Brasil, texto preparado pelo Núcleo de Relações Internacionais do CONASEMS**, p. 1,2.

Pelo exposto, percebe-se uma gestão participativa, com variadas categorias opinando sobre a saúde pública do país.

O Modelo de atenção à saúde na Espanha é assim dividido: atenção primária, atenção especializada, assistência farmacêutica e outros serviços. Na atenção primária busca-se oferecer um conjunto de serviços básicos a população que mora próximo dos Centros de Saúde, até no máximo 15 minutos para chegar aos serviços⁹³.

Nesses Centros de Saúde trabalham equipes multidisciplinares compostas por médicos de família, pediatras, pessoal de enfermagem, de apoio administrativo, e em alguns casos esses centros de saúde contam ainda com assistentes sociais, fisioterapeutas e parteiras. As atividades específicas se organizam por atenção à mulher, criança, adulto e ancião, saúde oral, paciente terminal e saúde mental.

A atenção especializada engloba atividades assistenciais, diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação, seja em regime ambulatorial ou hospitalar. A assistência farmacêutica se responsabiliza pelos medicamentos prescritos durante a internação. Se as receitas médicas não estão em uma listagem geral, deve o usuário fazer um co-pagamento. Os outros serviços se encarregam de próteses, transplantes, tratamento de infertilidade, planejamento familiar, transporte de pacientes, produtos dietéticos etc. são na verdade direitos dos usuários.

Por fim, cabe expor algumas semelhanças e diferenças entre o Sistema de Saúde Espanhol e o Brasileiro. Primeiramente ambos os países viveram ditaduras, e após seu fim houve a aprovação de Constituições (Espanhola de 1978 e Brasileira de 1988) que asseguraram a proteção da saúde como direito fundamental e social, desvinculando-a da contribuição individual. Em segundo lugar, pode-se ver que os princípios e diretrizes dos dois sistemas são praticamente os mesmos: universalidade, integralidade, equidade, gratuidade, participação social.

Vislumbra-se diferença quanto ao investimento. Na Espanha o gasto público em saúde equivale a 71% (5,5% do PIB), e no Brasil esse investimento é de 45% (3,5% do PIB). Também vale salientar a quantidade de consultas médicas oferecidas nos dois países no período de um ano e por habitante. Na Espanha são cerca de 9,

⁹³ SILVA, Silvio Fernandes da, **A Saúde na Espanha e Comparação com o Brasil**, texto preparado pelo Núcleo de Relações Internacionais do CONASEMS, p. 2,3.

e no Brasil não chegam a 4. O autor Silvio Fernandes da Silva traz a última diferença marcante:

O modelo de atenção primária na Espanha tem médicos de família – a maioria com especialização – exercendo funções de generalista nas áreas de clínica geral, ginecologia/obstetrícia e algumas atividades cirúrgicas simples e pediatras como componentes orgânicos do modelo. No Brasil, nosso percentual de especialistas em Medicina de Família é de apenas 7% entre os que exercem a função de médicos de família no PSF, e temos uma diversificação acentuada sobre a incorporação de especialistas em atenção básica no modelo de atenção nos municípios brasileiros [...].⁹⁴

4.3.6 Cuba

Inicialmente é válido lembrar que Cuba é o único país socialista do mundo e que a base fundamental do direito à saúde está nos princípios da Saúde Pública Socialista, nos quais a abrangência é muito maior.

Em Cuba não existe a medicina privada, ela é totalmente pública e constitui-se de só um sistema. Os serviços de saúde neste país são de caráter integral e tem alta qualificação. As atividades de saúde se realizam com a participação ativa da comunidade organizada⁹⁵.

O sistema Nacional de Saúde em Cuba é um conjunto de unidades administrativas de produção e de serviços responsabilizados com atenção integral da Saúde de toda a população. Existem três níveis hierárquicos: o nível central, o nível nacional e o nível provincial⁹⁶.

O nível central define as políticas de saúde, as normas gerais, a aprovação do planejamento na saúde, e a hierarquização de unidades. Já o nível provincial vai estar integrado por um diretor editorial, designado pelo governo provincial e quatro vices diretores, e três chefes de departamento.

O nível nacional, por sua vez, é responsável pela prestação de serviços ambulatoriais, médicos, odontológicos, atenção médica e hospitalar, atenção médica e odontológica de urgência, atenção médica domiciliar, controle epidemiológico de doenças transmissíveis, controle higiênico do ambiente, assistência social a idosos e

⁹⁴ SILVA, Silvio Fernandes da, **A Saúde na Espanha e Comparação com o Brasil, texto preparado pelo Núcleo de Relações Internacionais do CONASEMS**, p. 7.

⁹⁵ GOMES, Roberto Santillana. **O programa de saúde da família em Cuba. Projeto Radix – Biblioteca Virtual de estudos da Comunicação e Saúde**. Disponível em: <<http://www.projedoradix.com.br>>. Acessado em 26 ago. 2013.

⁹⁶ Idem.

formação e especialização de recursos humanos, produção, importação e distribuição de medicamentos e equipamentos médicos, coleta, análise e apresentação da saúde, planejamento de desenvolvimento da saúde pública, informações relacionadas com as ciências médicas e atividades científicas.

Em Cuba, os níveis de atenção à saúde irão considerar o fenômeno saúde/doença e sua inter-relação entre o homem como ser, com o biociclo social e o meio. Desse modo, haverá a divisão em: atenção médica primária, atenção médica secundária e atenção médica terciária.

A atenção médica primária é a porta de entrada da saúde, pois é partir dela que a população tem o primeiro contato com o sistema nacional de saúde cubano. Atenção médica primária, em uma conceituação simples, “é o conjunto de atividades e procedimentos organizados encaminhados a garantir a saúde de todos os integrantes da comunidade”⁹⁷.

A atenção médica secundária constitui-se das atividades realizadas pelos pacientes encaminhados, nos casos previamente analisados pelo nível primário. Envolve, dessa forma, ações mais específicas e diferentes tipos de hospitais. Nesse nível secundário atende-se uma população maior que nas unidades de nível primário. A atenção médica terciária está integrada pelos institutos de cardiologia, neurologia, endocrinologia, etc.

Semelhante ao que existe aqui no Brasil, em Cuba há o programa de assistência integral à família. Nesse programa são desenvolvidas gestões preventivo-curativo e habilitatórias.

O autor Roberto Santillana Gomes melhor explica como funciona este programa. Leia-se:

Basicamente o trabalho está centrado no médico e na enfermeira da família, que são responsáveis pelo programa e correspondem à área de abrangência. Em Cuba, pelas condições do país, existe uma equipe médica do programa Saúde da Família para no máximo 250 famílias. A equipe do programa de Saúde da Família mora na área de abrangência, porque o governo construiu um prédio onde no primeiro andar fica o consultório, e além disso, vai ter a casa do médico e a casa da enfermeira da família; isso permite um maior relacionamento dessa equipe com a comunidade e maior comunicação e a garantia de que você sempre vai ter um médico à disposição, que vai entregar-se socialmente a essa comunidade.⁹⁸

⁹⁷ GOMES, Roberto Santillana. **O programa saúde da família em Cuba, disponível em Projeto radix – Biblioteca Virtual de Estudos da Comunicação e Saúde.** Acesso: <<http://www.projektoradix.com.br>> Acessado em: 26 ago. 2013.

⁹⁸ Idem.

O fato do médico e da enfermeira da família atuarem junto, a no máximo 250 famílias, número relativamente pequeno, e morarem na própria área de abrangência, permite um maior conhecimento da comunidade, sua realidade e seus problemas.

Essas equipes de Saúde da Família (médico e enfermeira da família) recebem o apoio de outros grupos básicos de trabalho, que são formados por um especialista em clínica médica, um especialista em ginecologia obstétrica, um pediatra e um psicólogo.

Para Roberto Santillana Gomes esses grupos básicos de trabalho, também chamados de pessoal do policlínico, desenvolvem atividades bem definidas. Veja-se:

As atividades principais são: de promoção, prevenção, atenção médica, reabilitação, higiene, atividades sociais, atividades docentes, pesquisa, avaliação e controle, incorporar a população exercícios físicos, principalmente grávidas e lactantes e avô, desenvolvendo grupos e clubes. É uma integração muito importante porque a pessoa da terceira idade, se não atendida adequadamente pode cair em depressão, realizar atividade educativas para diminuir fatores de risco como hábito de fumar, obesidade, educar na prevenção do câncer de colo, informar sobre a prevenção das doenças genéticas, instruir a população no conhecimento da sexualidade humana e o planejamento familiar, orientar indivíduo e família em situações de *stress*, orientar sobre gravidez normal, risco de gravidez, prematuridade, amamentação e cuidados do recém-nascido. Realizar a vigilância nutricional de cada integrante da família⁹⁹.

Observando-se as ações praticadas pelo pessoal do programa de Saúde da Família em Cuba percebe-se que existe uma atenção completa, em todos os ramos da saúde pública, o que gera um melhor atendimento à população e respeito e cumprimento dos princípios de humanidade ou humanização.

4.4 A CRIAÇÃO DO SUS

Como já explanado em outro momento de nosso trabalho antes da criação do SUS, o Ministério da Saúde, com apoio de estados e municípios, desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com ênfase em campanhas de vacinação e controle de doenças endêmicas. Essas ações não discriminavam a população e tinham caráter universal.

⁹⁹ GOMES, Roberto Santillana . **O programa saúde da família em Cuba, disponível em Projeto radix – Biblioteca Virtual de Estudos da Comunicação e Saúde.** Acesso: <<http://www.projektoradix.com.br>> Acessado em: 26 ago. 2013.

No que pertine à assistência à saúde, o Ministério da Saúde atuava por meio de poucos hospitais especializados e por meio da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), que atuava no interior das regiões Norte e Nordeste.

A assistência médico-hospitalar era diferenciada para parcelas da população. A atuação do poder público acontecia por meio do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), posteriormente transformado em Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), o qual tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados (diferentes categorias profissionais organizadas – bancários, comerciários, industriários, etc.). Isso gerou a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, além da contratação de serviços privados nos maiores centros urbanos, pelo fato de lá estarem a maioria dos beneficiários.

O que se constata é que a assistência à saúde desenvolvida por esse órgão (Inamps) beneficiava apenas trabalhadores da economia formal, que tivessem carteira assinada, e seus dependentes. Não se tinha um caráter universal na prestação da assistência médica, já que o restante da população não tinha nenhum direito, a assistência que recebia era na condição de favor ou caridade, se valendo na maioria das vezes das instituições de caráter filantrópico, a exemplo da Santa Casa de Misericórdia. O Inamps, por meio de suas superintendências regionais, aplicava nos estados recursos proporcionais ao volume de beneficiários e à arrecadação.

Na conjuntura desse momento perceberam-se vários problemas, dentre eles: desigualdade no acesso aos serviços de saúde; multiplicidade e descoordenação entre as instituições atuantes no setor; desorganização dos recursos empregados nas ações de saúde curativas e preventivas; baixa resolutividade e produtividade dos recursos existentes e falta de integralidade da atenção; escassez dos recursos financeiros; gestão centralizada e pouco participativa.¹⁰⁰ A autora Marly Marques da Cruz que

Foi diante desses problemas e de um cenário marcado pela abertura política, após o regime ditatorial, que os atores políticos da reforma sanitária tiveram acesso ao aparelho do Estado (Ministério da Saúde e Previdência Social). Esse cenário propiciou toda a reestruturação político-institucional que culminou com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).¹⁰¹

¹⁰⁰ CRUZ, Marly Marques da. **Histórico do sistema de saúde, proteção social e direito à saúde**, p.37. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/arquivo/2164> Acessado em: 26 ago. 2013.

¹⁰¹ Idem.

No ano de 1986, em meio a efervescência política e econômica da época, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, promovida pelo Ministério da Saúde, cujo lema era “Saúde, Direito de Todos e Dever do estado”. As conferências de saúde foram instituídas em 1937, pela Lei 378, e tinham como principal objetivo propiciar a articulação do governo federal com os governos estaduais, dotando-o de informações para a formulação de políticas, para a concessão de subvenções e auxílios financeiros¹⁰². Pode-se assegurar que “A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um marco para a história da saúde no Brasil. Foi quando a real noção de “direito à saúde” foi realmente debatida, no país, enquanto direito humano”¹⁰³.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde contou a participação de diferentes setores da sociedade, com entidades da sociedade civil organizada de todo país como delegados eleitos, incluindo representações sindicais, associações de profissionais de saúde, movimentos populares em saúde, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), além de profissionais da saúde de várias áreas, entre eles muitos médicos sanitaristas.

Percebe-se, desse modo, que as mudanças ocorridas no país na área da saúde (entre ela a reforma Sanitária) não foram impulsionadas pelo governo, por partidos políticos ou por organizações internacionais, mas pela sociedade civil, o que demonstra um desejo de transformação vindo de movimentos populares legítimos, vindo do seio do povo brasileiro.

Os principais temas debatidos na conferência foram a Saúde como direito de cidadania; a Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e o Financiamento do setor.

O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde teve como eixos a instituição da saúde como direito de cidadania e dever do Estado; a compreensão da determinação social do processo saúde-doença; a reorganização do sistema de atenção, com a criação do SUS. Esses principais eixos serviram como norte, ou verdadeiros orientadores aos constituintes encarregados da elaboração da

¹⁰² NORONHA, Lima; Machado, 2008.

¹⁰³ PINTO, Márcio Alexandre da Silva Pinto; CARVALHO, Heitor Humberto do Nascimento. **A evolução do direito à saúde pública da cidadania brasileira**, 2008. p. 13.

Constituição Federal de 1988 e para os militantes do movimento sanitário. Para Márcio Alexandre da Silva Pinto

[...] o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde definiu que direito à saúde significa uma garantia estatal de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando o ser humano ao desenvolvimento pleno da sua individualidade.¹⁰⁴

Os participantes desse processo, a partir de agora, tinham a real noção de que para o setor da saúde pública era necessária uma mudança em todo o arcabouço jurídico-institucional, e não somente uma reforma administrativa e/ou financeira.

Com a aprovação do conceito de saúde como um direito do cidadão pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, os fundamentos do SUS foram traçados com base no desenvolvimento de estratégias que proporcionaram a coordenação, integração e transferência de recursos entre órgãos e instituições federais, estaduais e municipais, os quais serviram posteriormente para a construção do SUS.

Em pouco mais de 1 ano (1987-1988), durante a Assembleia Nacional Constituinte, a reforma na saúde foi aprovada com o apoio da reforma sanitária e de demais aliados, e a despeito da grande oposição do setor privado, que era forte e mobilizado.

O sistema de saúde brasileiro é formado por três setores: o subsector público, o subsector privado, e o subsector de saúde suplementar. O subsector público é aquele em que os serviços de saúde são financiados e fornecidos pelo Estado em seus três níveis, federal, estadual e municipal, estando aí incluídos os serviços de saúde militares. O subsector privado pode ter ou não fins lucrativos, a exemplo de hospitais da maçonaria, e tem seu financiamento feito de maneira variada, ora com recursos públicos, ora com recursos privados. Por fim, o subsector de saúde suplementar é composto com uma multiplicidade de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais. Cabe dizer que os usuários podem utilizar os serviços dos três setores, dependendo da facilidade de acesso ou capacidade de pagamento.

¹⁰⁴Idem.

Um dos resultados da 8ª Conferência foi a criação do SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, o qual, de forma gradual, após a Constituição de 1988, foi transformado em SUS. A implantação do SUS começou a ser efetivada em 1990, mesmo ano da posse do Presidente Fernando Collor, o qual não se comprometeu com a reforma sanitária. No mesmo ano foi criado o Sistema de Informações de Nascidos Vivos, importante para se verificar a taxa de natalidade no país.

Ainda em 1990 foi aprovada a Lei 8.080, denominada Lei Orgânica da Saúde, e que especificou as atribuições e a organização do SUS. Esta lei trouxe como princípios e diretrizes do SUS a universalização do direito à saúde, descentralização com direção única para o sistema, integralidade da atenção à saúde, participação social visando ao controle social.

A lei definiu ainda os objetivos do SUS, a saber: a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, a formulação de políticas de saúde, a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. Por fim, as atribuições são atuar na promoção da saúde com variadas ações, e atuar na assistência médica propriamente dita. Os princípios/diretrizes, os objetivos e atribuições, componentes e competências serão melhores explanadas posteriormente.

Dois anos depois, após o impeachment do de Collor, o projeto de reforma sanitária foi retomado e houve aumento na descentralização, quando então foi lançado o Programa de Saúde da Família (PSF).

A reforma sanitária foi um projeto político secundário durante a década de 90, mas outras várias iniciativas importantes foram lançadas, a exemplo do programa nacional de controle e prevenção de AIDS, esforços para o controle de tabagismo, criação da ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, criação de um modelo de atenção à saúde indígena. Já nos anos 2000, durante o governo Lula, foi criado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente).

Três anos depois, em 2003, foi criada outra política importante, a Política Nacional de Humanização, a qual busca melhorar, suavizar e humanar os tratamentos/atendimentos em saúde, como forma de concretizar e respeitar o princípio máximo de nosso ordenamento jurídico, o Princípio da Dignidade da

Pessoa Humana, o qual é fundamento da República Federativa do Brasil (art. 1º, III, CF/88).

Este ano a Política Nacional de Humanização completa 10 anos, e no próximo dia 28 de novembro, em Brasília, o Ministério da Saúde vai realizar o Seminário 10 anos da Política Nacional de Humanização (PNH). No evento serão debatidas as diferentes realidades da humanização do SUS pelo Brasil, com base nas avaliações realizadas durante o Concurso Cultural Somos Parte do SUS que dá certo. Durante o Seminário, a PNH vai lançar também sua nova plataforma de monitoramento das ações de humanização, e os dois novos Cadernos HumanizaSUS, sobre Parto Humanizado e Saúde Mental¹⁰⁵.

O setor da saúde foi o que experimentou uma descentralização radical, com importante financiamento e ações regulatórias do governo federal. Para isso foram necessárias legislação complementar, novas regras e reforma administrativa em todos os níveis de governo. O Ministério da Saúde estabeleceu mecanismos de repasse financeiro, a exemplo do PAB – Piso da Atenção Básica -, valor per capita transferido pelo Ministério da Saúde aos municípios para financiar a atenção básica. Também foram estabelecidos novos comitês de gestão e conselhos representativos em todos os níveis do governo.

Em 2006, substituindo algumas dessas regras, foi criado o Pacto pela Saúde, que é um acordo no qual os gestores de cada nível do governo assumem compromissos mútuos sobre as metas e responsabilidades em saúde. Para haver de fato essa descentralização, os mecanismos de tomada de decisão foram ampliados no sistema, com maior participação social. Além das conferências de saúde, foram estabelecidos conselhos de saúde e comitês intergestores nos níveis federal (tripartite) e estadual (bipartite) nos quais as decisões são tomadas por consenso.

A atenção básica é um setor de destaque no SUS. Ela foi estimulada pela descentralização proposta na 8ª Conferência e tem como finalidade oferecer acesso universal e serviços abrangentes, e coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos (especializada e hospitalar), além de implementar ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Uma característica inovadora do PSF

¹⁰⁵ Informações disponíveis em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=44216>
Acessado em: 26 ago. 2013.

é reorganizar as unidades básicas de saúde para que se concentrem ao máximo nas famílias e comunidades e integrem a assistência médica a ações preventivas.

O PSF funciona por meio de equipes de saúde da família, as quais são integradas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, quatro a seis agentes comunitários de saúde, e a partir de 2004 equipes de saúde bucal. Essas equipes de saúde da família, semelhantemente ao que acontece em Cuba, são o primeiro ponto de contato com o sistema de saúde, e por isso mesmo, tais equipes devem procurar integrar os seus serviços com os de apoio diagnósticos, assistência especializada e hospitalar.

Com a expansão do PSF houve a criação e o fortalecimento de estruturas regulatórias nas secretarias municipais de saúde. Para isso

alguns municípios investiram em sistemas regulatórios descentralizados e computadorizados para monitorar as listas de espera para serviços especializados, aumentar a oferta de serviços, implementar diretrizes clínicas e utilizar prontuários médicos eletrônicos como estratégias para a integração do cuidado primário com a rede de serviços especializados.¹⁰⁶

Além disso, e como forma de melhorar cada vez mais o SUS, o Ministério da Saúde criou o Sistema Nacional de Transplantes, considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Foi criada a Política Nacional de Promoção da Saúde, que busca promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade das pessoas expostas a riscos de saúde ligados a determinantes sociais. O MS tem promovido a integração da Secretaria de Vigilância em Saúde com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, objetivando melhorar a promoção de saúde, a vigilância epidemiológica, a saúde ambiental, a saúde do trabalhador, a vigilância sanitária, a análise da situação de saúde e estatísticas vitais.

As ações do Ministério da Saúde não param por aí. Foram criadas ainda Políticas e programas específicos de atenção à saúde da população negra, às pessoas portadoras de deficiências, pessoas que precisam de cuidados de emergência, pessoas com doenças renais ou que fazem hemodinâmica e com patologias cardiovasculares e diabetes, pessoas com transtornos mentais e com problemas de saúde bucal, além de investir e melhorar o acesso a tratamentos farmacológicos para toda a população. Para isso existe a Relação Nacional de

¹⁰⁶ PAIM, Jairnilson. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** Disponível em: <www.thelancet.com>. Acessado em: 26 ago. 2013.

Medicamentos Essenciais, que assegura o acesso e uso racional de medicamentos, inclusive com a criação de uma política bem-sucedida de medicamentos genéricos.

Quanto a atenção secundária é importante dizer que ela agrega centros de especialidades odontológicas, serviços de aconselhamento para AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, centros de referência em saúde do trabalhador, e serviços de reabilitação. Em 2008 foram criadas as unidades de pronto-atendimento – UPA -, que funcionam 24h, e em articulação com o SAMU (que conta com ambulâncias, helicópteros, embarcações e motocicletas) tentam aliviar as demandas nas emergências hospitalares.

No que diz respeito a atenção terciária ela inclui alguns procedimentos de alto custo, realizados predominantemente por prestadores privados contratados e hospitais públicos de ensino, pagos com recursos públicos. O questionamento aqui é que os valores pagos não são os preços próximos ao do mercado.

Para o professor Jairnilson Paim

Como ocorre em vários outros sistemas de saúde em todo o mundo, os desafios da assistência hospitalar no Brasil incluem o controle de custos, o aumento da eficiência, a garantia da qualidade da atenção e segurança do paciente, a provisão do acesso a cuidados abrangentes, a coordenação com a atenção básica e a inclusão de médicos na resolução de problemas.¹⁰⁷

Não obstante todos os desafios mostrados, e não haver no Brasil uma rede regionalizada e organizada de serviços, o SUS possui políticas específicas para alguns procedimentos de alto custo, como por exemplo, o sistema de gerenciamento de listas de espera para transplantes de órgãos e para algumas especialidades como cirurgia cardíaca, oncologia, hemodiálise.

Por fim, cabe-nos expor sobre a infraestrutura do SUS. As unidades de atenção básica e as de emergência, em sua imensa maioria, são públicas. Já os hospitais, ambulatorios e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) são majoritariamente privados.

Em 2010, apenas 6,4% dos SADT eram públicos. Nos últimos 10 anos houve aumento no número de serviços ambulatoriais especializados (29.374 clínicas em 2010) e de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (16.226 em 2010). Por outro

¹⁰⁷ PAIM, Jairnilson. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** Disponível em: <www.thelancet.com>. Acessado em: 26 ago. 2013.

lado, em um período de 20 anos (1990 a 2010) houve diminuição do número de hospitais especialmente privados¹⁰⁸.

O Brasil tem 6.384 hospitais, e 69,1% são privados. Apenas 35,4% dos leitos hospitalares se encontram no setor público; e 38,7% dos leitos do setor privado são disponibilizados para o SUS por meio de contratos¹⁰⁹.

4.5 O DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO DE 1988

Antes de adentrar propriamente no tema, é importante salientar que o direito à vida é bem jurídico protegido em vários dispositivos, e, se se protege a vida, resguarda-se também a saúde do indivíduo, haja vista que é inconciliável, inconcebível proteger a vida, sem agir do mesmo modo com a saúde. Inicialmente tem-se o artigo 1º, III, da Constituição Federal, onde se enumerou o Princípio da Dignidade Humana como fundamento de nossa república, e o mesmo é atualmente considerado o norteador máximo de nosso ordenamento jurídico. E mais, se o direito à saúde está inserido no conceito de “dignidade humana”, pode-se dizer, de antemão, que ele é um direito fundamental.

Em um segundo momento nossa Carta Magna, no artigo 5º, *caput*, o constituinte trouxe a inviolabilidade do direito à vida. No inciso terceiro do mesmo artigo o legislador assegurou que ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante. Mais a frente, no inciso XLVII, ficou determinado que não haverá penas de morte (alínea “a”), de trabalhos forçados (alínea “c”), e cruéis (alínea “e”). Em seguida, no inciso XLIV, houve proteção da integridade física dos detentos.

O que se pode perceber dos dispositivos acima citados é que, embora os mesmo tragam claramente garantias penais, ou direitos de primeira geração, oponíveis contra o Estado, é possível visualizar um viés do direito à saúde presente neles, é evidente que o Estado se comprometeu a proteger a saúde dos cidadãos por meio deles.

No artigo subsequente, digo, artigo 6º, *caput*, o direito à saúde foi elevado ao posto de direito social. No inciso IV do artigo 7º foi instituído o salário mínimo, e “a

¹⁰⁸ Idem.

¹⁰⁹ Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) – May 2010. Brasília-DF: O Ministério. <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11663>>. Acessado em: 26 ago. 2013.

saúde está presente na definição do valor atribuído ao salário-mínimo, que, segundo o legislador constituinte, deve ser capaz de atender as necessidades vitais básicas do trabalhador e às de sua família, com moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social”¹¹⁰. Logo depois, no inciso XXII, o direito à saúde foi previsto como direito do trabalhador, por meio de normas de saúde, higiene e segurando, visando a redução dos riscos inerente ao trabalho. No inciso seguinte, XXIII, foi estipulado um adicional de remuneração para aqueles que exercem atividades penosas, insalubres ou perigosas. Ainda no mesmo artigo, no inciso XXXIII, visando a proteção de saúde dos menores, ficou proibido o seu trabalho noturno e em atividades perigosas ou insalubres, por se entender, sem exceções, que estes sofreriam sérios danos se expostos a tais situações de risco.

O artigo 23, inciso II, de nossa Lei Maior definiu que é competência da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência. Logo a seguir, o artigo 24, inciso XII, determina que compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre previdência social, proteção e defesa da saúde.

A Constituição Cidadã nos artigos 196 a 200 tratou de maneira pormenorizada do direito à saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS). Da leitura desses dispositivos pode-se afirmar que a Constituição reservou à saúde um lugar de destaque, e por isso mesmo, ela não tem uma importância somente retórica, distante da realidade ou destituída de qualquer objetividade e consequência jurídica. O professor Cláudio José Amaral Bahia ao tratar do tema explica:

Pelo contrário, a constitucionalização do direito à saúde acarretou um aumento formal e material de sua força normativa, com inúmeras consequências práticas daí advindas, sobretudo no que se refere à sua efetividade, aqui considerada como a materialização da norma no mundo dos fatos, a realização do direito, o desempenho concreto de sua função social, a aproximação, tão íntima quanto possível, entre o dever-ser normativo e o ser da realidade social¹¹¹.

Desse modo, deve-se tratar o direito à saúde por esse novo prisma conferido pelo constituinte, observando-se seus limites e as possibilidades de sua

¹¹⁰A saúde como direito constitucional. Disponível em: <<http://revistasaudeemdestaque.com.br/materia.php?id=110>> Acessado em: 26 ago. 2013.

¹¹¹ BAHIA, Cláudio José Amaral. **O direito social à saúde na Constituição Federal de 1988: reserva do possível e mínimo existencial – limites?**, p. 50. Disponível em: <<http://www.esade.edu.br/esade/user/file/Esade03.pdf>> Acessado em: 26 ago. 2013.

concretização, sempre ponderando a sua natureza de direito fundamental e social, e tendo em vista que ele nada mais é que um corolário do princípio máximo da dignidade da pessoa humana, já anteriormente explanado.

O direito à saúde, sendo um direito fundamental social, já se encontra incorporado ao patrimônio comum da humanidade e é reconhecido internacionalmente desde a DUDH. Esses direitos (fundamentais) têm natureza poliédrica e buscam resguardar a liberdade humana (direitos de primeira dimensão – direitos e garantias individuais – atuação negativa, abstenção por parte do Estado), atender às suas necessidades (direitos de segunda dimensão – direitos econômicos, sociais e culturais, no caso em tela, direito à saúde, atuação positiva do Estado) e também atingir a sua preservação (direitos de terceira ou quarta dimensão – direitos à fraternidade e à solidariedade).

Em nosso enfoque, portanto, possui o cidadão o direito indelével de receber ou obter do Estado, prestações positivas na área da saúde, pois a República Federativa do Brasil, sendo um estado democrático de direito, assim se comprometeu a cumprir e oferecer ou disponibilizar certas prestações materiais. É impossível democracia sem direitos fundamentais e inexistem direitos fundamentais sem democracia.

Mais uma vez, sabiamente, o professor Cláudio José Amaral Bahia discorreu sobre o assunto:

[...] prestações positivas, as quais, pela importância que detém, ultrapassam o campo da mera discricionariedade administrativa, para uma inafastável vinculação de índole e força constitucionais, de modo que as pautas de atuação governamental estabelecidas no próprio seio da Lei de Outubro, jamais poderão ser relegadas a conceitos de oportunidade ou conveniência do agente público, eis que não podem transformar-se em mero jogo de palavras, pois, como visto, são indispensáveis à manutenção do status de dignidade da pessoa humana ¹¹².

Vê-se, então, que os direitos sociais, em nosso caso o direito à saúde, tem como objetivo melhorar a condição de vida dos cidadãos, visando a igualdade social, a qual, só será possível, por meio da implementação de políticas públicas sociais e econômicas que tenham por finalidade efetivar o direito à saúde.

O artigo 196 dispôs literalmente que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Dessa maneira, o comando contido neste artigo não pode ser interpretado

¹¹² BAHIA, Cláudio José Amaral. **O direito social à saúde na Constituição Federal de 1988: reserva do possível e mínimo existencial – limites?**, p.50. Disponível em: <<http://www.esade.edu.br/esade/user/file/Esade03.pdf>> Acessado em: 26 ago. 2013.

como norma programática, que se limita a traçar princípios, objetivos e programas visando à realização dos fins sociais do Estado (a longo prazo). Não pode haver outra interpretação senão a de que o Estado, aqui entendido como União, estados, Distrito Federal e Municípios, tem a obrigação de prestar o serviço de saúde a todos, de forma gratuita, universal, equânime e integral.

O direito à saúde é autoaplicável não somente por ter sido elevado ao posto de direito fundamental pelo texto constitucional, mas também pelo fato de existir ampla legislação infraconstitucional referente ao assunto, em especial a Lei Orgânica da Saúde – Lei n. 8.080/1990, já anteriormente comentada.

Corroborando tal entendimento, ensina Vilas Boas:

[...] a saúde é prioridade de qualquer plano de Governo nas mesmas proporções da educação, em todos os seus níveis. O Sistema Único de Saúde – SUS, viabilizado pela Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, teve por primeira disposição geral, o primado da saúde como direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício¹¹³.

A Carta Política Brasileira ao tratar o direito à saúde como direito “de todos”, considerou-o como direito fundamental que assiste a todos indistintamente, sem distinção de raça, credo, cor, posição social, haja vista a estreita vinculação e indissociabilidade entre ele, o direito à vida e o princípio da dignidade da pessoa humana.

Como já exaustivamente falado, por ser o direito à saúde um direito fundamental, e pelo fato de o artigo 197 da CF ter considerado como de relevância pública as ações e serviços de saúde, ocorre verdadeira vinculação do Poder Público, sendo este responsável pela regulamentação, fiscalização, controle, promoção, proteção e recuperação, por meio de políticas sociais e econômicas que efetivem este direito.

Cabe dizer que essa vinculação ocorre para as três esferas de Poder, ou seja, Poder Legislativo, a quem cabe criar a norma; Poder executivo, a quem incumbe executar as leis e dar “a concreção máxima ao direito à saúde conforme consagrado na legislação constitucional”¹¹⁴; e ao Poder Judiciário, “como o guardião da

¹¹³ VILAS BOAS, Marco Antonio. **Estatuto do Idoso comentado**. Rio de Janeiro: Forense, 2009. p. 77.

¹¹⁴ ABREU, Tiago Souza Nogueira de. **Análise Jurídica do Artigo 196 da Constituição Federal de 1988, à luz da Jurisprudência do Supremo Tribunal Federal**, p.5. Disponível em: <http://www.tjmt.jus.br/intranet.arg/downloads/Imprensa/NoticiaImprensa/file/2013/01%20-%20Janeiro/14%20-%202013_01_11_09_33_14%20ARTIGO%20JUIZ%20TIAGO%20DE%20ABREU.pdf> Acessado em: 26 ago. 2013.

Constituição e das leis, corrigir, garantir e em alguns casos obrigar de forma coercitiva os demais poderes a darem à concreção necessária para a garantia da saúde”¹¹⁵.

Se as normas relativas à saúde não tivessem a aplicabilidade direta e exequibilidade imediata que lhes são próprias, se não houvesse tal vinculação do Estado, poder-se-ia, em último caso, recair na crítica de Bobbio:

[...] já nos perguntamos alguma vez que gênero de normas são essas que não ordenam, proíbem ou permitem *hic et nunc*, mas ordenam, proíbem e permitem num futuro indefinido e sem um prazo de carência claramente delimitado? E, sobretudo, já nos perguntamos alguma vez que gênero de direitos são esses que tais normas definem? Um direito cujo reconhecimento e cuja efetiva proteção são adiados *sine die*, além de confiados à vontade de sujeitos cuja obrigação de executar o “programa” é apenas uma obrigação moral ou, no máximo, política, pode ainda ser chamado corretamente de “direito”?¹¹⁶

Certamente que se as normas atinentes ao direito à saúde fossem assim tratadas, não se teria qualquer proteção, nenhuma segurança, e um total desrespeito ao direito à vida/saúde e ao princípio da dignidade da pessoa humana.

Tendo conhecimento do conceito de saúde para a Constituição e de como devem ser tratadas as normas a ela atinentes, passemos a expor os princípios constitucionais informadores das políticas públicas de saúde. São eles: universalidade, integralidade, equidade, descentralização com direção única para o sistema, participação popular.

Inicialmente vale lembrar que a saúde é um direito do/para o ser humano, portanto, deve o Estado garantir que a prestação dos serviços públicos de saúde esteja ao alcance de todos os brasileiros e estrangeiros residentes no país. Somente dessa forma pode-se afirmar que o princípio da universalidade nas políticas públicas de saúde está sendo efetivado.

Em outras palavras, a universalização do direito à saúde é a garantia de que todos os cidadãos, sem privilégios ou barreiras, devem ter acesso aos serviços de saúde públicos e privados conveniados, em todos os níveis do sistema, garantido por uma rede hierarquizada e com tecnologia apropriada. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades. Para Teixeira:

[...] é preciso se desencadear um processo de universalização, isto é, um processo de extensão de cobertura dos serviços, de modo que venham,

¹¹⁵ Idem.

¹¹⁶ BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/ac/biblioteca/livro_bobbio_era_direitos.pdf> Acessado em: 26 ago. 2013.

paulatinamente, a se tornar acessíveis a toda a população, sendo, portanto, necessário eliminar barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais que se interpõem entre a população e os serviços¹¹⁷

No ordenamento jurídico brasileiro, a universalidade se relaciona à gratuidade no acesso às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, configuração esta expressamente atribuída à política pública instituída pelo SUS e também disposta no art. 194, CF, que trata do atendimento pela seguridade social. Houve verdadeira quebra da lógica do seguro-saúde, em que o acesso dependia de contribuição previdenciária, e foi implantada a lógica da seguridade social, em que a cidadania é o único requisito para o acesso, fazendo do SUS uma das maiores políticas de inclusão social do país. Octávio Ferraz aponta que a universalidade na saúde pública promove

maior coesão social (todos, independentemente da condição econômica, compartilham os mesmos serviços) e [...] evita ainda a estigmatização e a queda de qualidade que necessariamente acompanham os serviços públicos destinados exclusivamente aos mais pobres”¹¹⁸

Devem, as políticas públicas de saúde, se afastar cada dia mais da chamada “focalização”, em que se traz a falsa noção de que bens e serviços públicos de saúde devem atender somente aos mais pobres¹¹⁹.

O segundo princípio é a integralidade, que está disposto no art. 198, II, CF. Entender esse princípio é reconhecer que o usuário do sistema é um ser completo, integral, que tem papel ativo e participa no processo saúde - doença e é capaz de promover a cura e a saúde. É saber perceber ainda que cada comunidade vive uma realidade, com certas peculiaridades. Integralidade significa que as ações de promoção, prevenção de doenças e seu tratamento formam um conjunto, um sistema único e integral, e por isso devem atender o paciente desde a atenção básica até os mais altos níveis de assistência e complexidade, referenciando o paciente na medida em que for necessário¹²⁰.

¹¹⁷ TEIXEIRA, Carmem. Os princípios do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/os_principios_do_sus.pdf>. Acessado em: 26 ago. 2013.

¹¹⁸ FERRAZ, Octávio. “De quem é o SUS?”. Disponível em: <<http://www2.warwick.ac.uk/fac/soc/law/staff/academic/ferraz/press/artigofolhasus.doc>> Acessado em: 26 ago. 2013.

¹¹⁹ RIOS, Roger Raupp. **Direito à saúde, universalidade, integralidade e políticas públicas: princípios e requisitos em demandas judiciais por medicamentos.** Disponível em: <[http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao031/roger_rios.html](http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/index.htm?_http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao031/roger_rios.html)> Acessado em: 26 ago. 2013.

¹²⁰ CRUZ, Marly Marques da. **Histórico do sistema de saúde, proteção social e direito à saúde.** Disponível em: www.saude.mt.gov.br/arquivo/2164 Acessado em: 26 ago. 2013.

Teixeira, no que diz respeito à integralidade, assevera:

A noção de integralidade diz respeito ao leque de ações possíveis para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência a doentes, implicando a sistematização do conjunto de práticas que vem sendo desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde. A integralidade é (ou não), um atributo do modelo de atenção, entendendo-se que um “modelo de atenção integral à saúde” contempla o conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação. Um modelo “integral”, portanto, é aquele que dispõe de estabelecimentos, unidades de prestação de serviços, pessoal capacitado e recursos necessários, à produção de ações de saúde que vão desde as ações inespecíficas de promoção da saúde em grupos populacionais definidos, às ações específicas de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica dirigidas ao controle de riscos e danos, até ações de assistência e recuperação de indivíduos enfermos, sejam ações para detecção precoce de doenças, sejam ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação.¹²¹

Pela exposição da autora, percebe-se claramente que a intenção do constituinte ao trazer o princípio da integralidade ao texto constitucional foi tratar o homem como ser completo que é, e por isso, à saúde traz tantas ações, possibilidades, complexidades, e exige organização administrativa e cooperação entre as diversas esferas de ação governamental envolvidas no desenvolvimento do sistema único de saúde”¹²².

O terceiro princípio é o da equidade. A equidade nos sistemas de saúde foi tratada no art. 12 do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. O Comitê de Especialistas das Nações Unidas para os Direitos Econômicos Sociais e Culturais sustentou que “o direito à saúde não deve ser entendido como direito a estar sempre saudável, mas sim como o direito a um sistema de proteção à saúde que dá oportunidades iguais para as pessoas alcançarem os mais altos níveis de saúde possíveis”¹²³.

A equidade não significa tratar todos de maneira igual, mas diminuir as desigualdades, atendendo as necessidades de cada um, de acordo com suas peculiaridades individuais e também do grupo social em que está inserido, investindo onde a carência e debilidade são maiores. Para Viana et al. (2003):

¹²¹ TEIXEIRA, Carmem. **Os princípios do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/os_principios_do_sus.pdf>. Acessado em 26 de agosto de 2013.

¹²² Sobre os diversos sentidos da integralidade, ver Rubem Araújo de Mattos, “Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos”. Disponível em: <http://www.uefs.br/peps-centroeste/arquivos/artigos/os_sentidos_integralidade.pdf> Acessado em: 26 ago. 2013.

¹²³ E/C.12/2000/4, CESCR General comment 14. Para 8, disponível em: <[http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf(symbol)/E.C.12.2000.4.En)> Acessado em: 26 ago. 2013.

A questão central a ser tratada pelas políticas que almejam equidade em saúde, é a redução ou eliminação das diferenças que advêm de fatores considerados evitáveis e injustos, criando, desse modo, igual oportunidade em saúde e reduzindo as diferenças injustas tanto quanto possível¹²⁴.

Outro dos princípios do SUS é a descentralização com direção única para o sistema, o qual se encontra elencado no art. 198, I, Carta Magna. Descentralizar é redistribuir as responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários entes estatais e níveis de governo (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), partindo-se do pressuposto de que quanto mais perto o gestor estiver dos problemas da comunidade, mais fácil será acertar na solução dos mesmos.

A autora Marly Marques da Cruz traz as diretrizes da descentralização:

Regionalização e a hierarquização dos serviços – rumo à municipalização; a organização de um sistema de referência e contrarreferência; a maior resolutividade, atendendo melhor aos problemas de sua área; a maior transparência na gestão do sistema; a entrada da participação popular e o controle social¹²⁵.

A descentralização, com certeza, promove a efetivação do direito à saúde, pois facilita o acesso do paciente aos serviços de saúde, e permite ao gestor uma proximidade dos problemas, com vistas a melhores soluções.

Por fim, foi trazido como princípio a participação popular visando ao controle social, instituída no art. 198, III, CF. A nossa Carta Política garante que a população, por meio de suas entidades representativas, possa participar do processo de formulação das políticas públicas em saúde e controlar a sua execução. Desse modo, “garante o controle social sobre o sistema e a melhor adequação da execução à realidade referida; permite uma compreensão mais abrangente do próprio usuário na concepção de saúde-doença; fortalece a democratização do poder local, com o aumento da influência da população na definição de políticas sociais”¹²⁶.

Constata-se, então, que tais princípios e diretrizes, estavam na base da reforma saúde, e apontam um rumo, direções a serem seguidas para o correto enfrentamento dos problemas atinentes à saúde pública em nosso país.

¹²⁴VIANA, Ana Luiza d'Ávila. **Política de saúde e equidade**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-88392003000100007&script=sci_arttext> Acessado em: 26 ago. 2013.

¹²⁵ CRUZ, Marly Marques da. **Histórico do sistema de saúde, proteção social e direito à saúde**. Disponível em: www.saude.mt.gov.br/arquivo/2164 Acessado em 26 ago. 2013.

¹²⁶ CRUZ, Marly Marques da. **Histórico do sistema de saúde, proteção social e direito à saúde**. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/arquivo/2164> Acessado em: 26 ago. 2013.

O artigo 198, § 1º, CF trouxe ainda o financiamento do SUS, o qual é feito com recursos do orçamento da seguridade social (nos termos do art. 195, CF), da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. Estes entes, anualmente, devem aplicar um percentual mínimo em ações e serviços públicos de saúde, o que será feito em conformidade com o que dispõe o § 2º do mesmo dispositivo legal.

Importante, salientar mais uma vez, que instituições privadas também participam de forma complementar do SUS, mediante contrato de direito público ou convênios, e desde que sejam preferencialmente filantrópicas ou sem fins lucrativos, mas sempre seguindo os princípios e diretrizes do SUS.

O legislador constituinte ao encerrar a Seção II – Da saúde, enumerou no art. 200, CF, as atribuições do SUS, a saber: controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. Essas atribuições também foram repetidas na Lei Orgânica do SUS, Lei 8.080/1990.

5 DIREITO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA

5.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena – HEETSHL, conhecido como hospital de trauma, foi criado em 2001, por meio da Lei Estadual n. 6.746, de 09 de junho de 1999.

O HEETSHL é um referencial na área de saúde em diversas especialidades e está capacitado para prestar assistência médica na área de traumatologia, queimados e outros serviços de urgência e emergência clínico-cirúrgica, de baixa, média e alta complexidade.

Esta unidade de saúde é de suma importância no Estado da Paraíba porque atende a um imenso número de pacientes da própria capital, onde está localizado, de cidades circunvizinhas, também denominada Grande João Pessoa ou Região Metropolitana, das microrregiões da Zona da Mata, chegando a atingir até Brejo do estado.

O hospital tem uma infraestrutura de 14 mil metros quadrados, heliporto e aparelhos de última geração, e dispõe de setores de urgência, emergência, centro de imagem, pediatria, centro cirúrgico, Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ) e Unidade de Terapia Intensiva Adulto/ Infantil (UTI's).

O Hospital do Trauma conta com uma equipe multiprofissional altamente qualificada, entre médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos e profissionais da área administrativa. Entre as especialidades médicas oferecidas estão: anesthesiologista, Assistente Social, Bioquímico, Biomedico, Biologo, Bucomaxilo-facial, Broncoscopista, Cardiologista, Cirurgião Geral, Cirurgião Plástico, Cirurgião Vascular, Cirurgião Torácico, Cirurgião Pediátrico, Cirurgião de Cabeça e Pescoço, Cirurgião de Mão, Clínico Geral, Endoscopista, Enfermeiro, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Hemodinamicista, Hematologista, Infectologista, Intensivista Pediatrica, Intensivista, Medico do Trabalho, Neurocirurgião, Nefrologista, Neurologista, Nutricionista, Odontólogo, Oftalmologista, Otorrinolaringologista, Pediatra, Psicólogo, Psiquiatra, Radiologista, Traumatologista, Ortopedista, Urologista.

O Hospital de Trauma possui um Regimento Interno onde dispõe sobre sua Constituição, Finalidade, Sede, Diretoria, Organização Administrativa, e Disposições Gerais.

Importa mostrar, que na exposição de suas finalidades, o HEETSHL, de forma simétrica ao que reza nossa Constituição Federal e demais leis infraconstitucionais que regem o direito à saúde, se comprometeu a prezar pela dignidade da pessoa humana e pelo atendimento de boa qualidade, universal e igualitário, semelhantemente ao que dispõe os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. *In verbis*:

Art. 3º – O Hospital Humberto Lucena tem como missão, em consonância com as diretrizes emanadas da Secretaria de Estado da Saúde promover a dignidade da pessoa humana, preservando-lhe e resgatando-lhe a saúde, oferecendo-lhe atendimento de boa qualidade, universal e igualitário.

Art. 4º – O Hospital Humberto Lucena tem por finalidade atender pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS, que serão alvo das seguintes ações:

a) Manter serviços básicos, de Urgência, Emergência e de Internação, que possibilitem bom padrão de atendimento às pessoas que os venham procurar ou que lhes forem encaminhadas;

b) Oferecer aos usuários e funcionários o melhor ambiente possível de acolhimento e de trabalho, centrado na qualidade do atendimento prestado, buscando, para isso, um constante comprometimento técnico e funcional.

c) Proporcionar aos pacientes, bem como aos funcionários, atendimento humano e de bom padrão quando necessitarem tratar da própria saúde;¹²⁷

Como forma de tornar efetiva a missão e as finalidades acima citadas o Hospital de Trauma tem investido em Programas, Protocolos, Campanhas e Capacitação de servidores, que melhorem ou otimizem o atendimento. Apenas alguns exemplos são: II Curso de Capacitação de Técnicos de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva, ofertado pela UFPB (Universidade Federal da Paraíba)¹²⁸; Capacitação dos Ouvidores da Paraíba, promovida pelo Governo do Estado, por meio da Secretaria de Estado da Saúde (SES) e onde estão participando os ouvidores do Hospital de Trauma¹²⁹; Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, que tem como objetivo classificação, segregação, tratamento e destino final dos resíduos de serviços de saúde, e que visam à preservação da saúde ocupacional, pública e ambiental, além da redução dos

¹²⁷Regimento Interno do HEETSHL. Disponível em: <<http://hospitaldetrauma.pb.gov.br/hospital-de-trauma/regimento-interno-do-heetshl>>. Acessado em: 26 ago. 2013.

¹²⁸ Disponível em: <<http://hospitaldetrauma.pb.gov.br/noticias/tecnicos-de-enfermagem-do-hospital-de-trauma-de-joao-pessoa-participam-de-curso-de-capitacao>>. Acessado em: 26 ago. 2013.

¹²⁹ Disponível em: <<http://hospitaldetrauma.pb.gov.br/noticias/governo-promove-capitacao-de-ouvidores-das-unidades-de-saude>>. Acessado em: 26 ago. 2013.

acidentes de trabalho¹³⁰; Campanha de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente¹³¹; Implantação do Programa 5S¹³²; Projeto “Saúde sem Fronteiras”, em parceria com a Polícia Rodoviária Federal¹³³; Protocolo Hospitalar de Abordagem à Sepsis Grave e Choque Séptico, com o objetivo de diminuir os óbitos por infecção hospitalar¹³⁴; “Protocolo de Desmame”, o qual é direcionado aos pacientes graves que respiram com a ajuda de aparelhos na UTI, eles recebem inovação na assistência para retirada eficiente de ventiladores mecânicos, o que vem garantindo maior rotatividade nos leitos e o consequente aumento no número de atendimento pela UTI¹³⁵; Programa de Acolhimento por Classificação de Risco, nesse programa uma equipe multidisciplinar recebe os pacientes, eles são identificados, e recebem pulseiras com código de barra e em um sistema informatizado, através de cores – azul, verde, amarelo e vermelho –, é definida a ordem de atendimento, conforme a gravidade do caso. Além de permitir um histórico detalhado de cada paciente mesmo após a alta, esse sistema proporciona a humanização do contato inicial¹³⁶. Além disso, o hospital conta com o Grupo de Trabalho em Humanização (GTH), que semanalmente se reúne com familiares, acompanhantes e pacientes internados na unidade de saúde. Esses encontros têm como objetivo aproximar a direção dos usuários e esclarecer dúvidas quanto aos direitos e deveres dos pacientes e o funcionamento do Hospital. O Grupo de Humanização é um espaço coletivo, organizado e democrático que se destina a empreender uma política institucional de resgate da humanização na assistência à saúde, em consonância com a política nacional do Ministério da Saúde¹³⁷.

¹³⁰ Disponível em: <<http://hospitaldetrauma.pb.gov.br/noticias/hospital-de-trauma-faz-campanha-de-conscientizacao-para-descarte-correto-de-residuos>>. Acessado em: 26 ago. 2013.

¹³¹ Disponível em: <<http://hospitaldetrauma.pb.gov.br/noticias/hospital-de-trauma-realiza-campanha-de-gerenciamento-de-risco-e-seguranca-do-paciente>>. Acessado em: 26 ago. 2013.

¹³² Disponível em: <<http://hospitaldetrauma.pb.gov.br/noticias/hospital-de-trauma-de-joao-pessoa-implanta-programa-5s>> Acessado em: 26 ago. 2013.

¹³³ Disponível em: <<http://hospitaldetrauma.pb.gov.br/noticias/hospital-de-trauma-realiza-acao-conjunta-com-policia-rodoviaria-federal>>. Acessado em: 26 ago. 2013.

¹³⁴ Disponível em: <<http://hospitaldetrauma.pb.gov.br/noticias/trauma-implanta-protocolo-para-diminuir-obitos-por-infeccao-hospitalar>>. Acessado em: 26 ago. 2013.

¹³⁵ Disponível em: <<http://hospitaldetrauma.pb.gov.br/noticias/inovacao-permite-retirada-segura-dos-respiradores-artificiais-de-pacientes-em-uti>>. Acessado em: 26 ago. 2013.

¹³⁶ Disponível em: <<http://hospitaldetrauma.pb.gov.br/assistencia-a-saude/acolhida-humanizada-assistencia-total> e <http://hospitaldetrauma.pb.gov.br/assistencia-a-saude/registro-informatizado-de-pacientes>>. Acessado em: 26 ago. 2013.

¹³⁷ Disponível em: <<http://hospitaldetrauma.pb.gov.br/noticias/hospital-de-trauma-de-jp-intensifica-humanizacao-para-melhorar-recuperacao-de-pacientes>>. Acessado em: 26 ago. 2013.

5.2 INDICADORES E SUAS RESPECTIVAS ANÁLISES

O HEETSHL disponibiliza em uma página da internet indicadores, em números reais, das quantidades de atendimentos mensais realizados nas áreas de fisioterapia, psicologia, ouvidoria, na área de assistência social; de diagnósticos, clínicos, por meio de ultrassonografias, por meio de radiologias, por meio de endoscopia e tomografias computadorizadas; os procedimentos cirúrgicos, anestésicos e de transfusão de sangue; o número de pacientes internos em UTI's ou em ala semi-intensiva; a quantidade de refeições produzidas, o número de estagiários presentes, os cursos oferecidos e as instituições conveniadas.

Os meses a serem analisados serão de outubro de 2012 a abril do corrente ano, conforme se vê da Tabela 1.

Tabela 1 – Meses a serem analisados (Outubro/2012 a abril/2013)

The screenshot shows the website interface for Hospital Estadual de Emergência e Trauma. The page title is 'Indicadores | Hospital Est: x' and the URL is 'hospitaldetrauma.pb.gov.br/category/indicadores'. The header includes the logo of Cruz Vermelha Brasileira and the hospital's name. A navigation menu on the left lists: Página Inicial, Cruz Vermelha Brasileira, Hospital de Trauma, Notícias, Ouvidoria, Compras e Contratações, Não Conformidade, and Profissionais. A 'CADASTRE-SE e seja um voluntário' button is also present. The main content area displays a list of indicators with their publication dates:

- Indicadores do mês de Abril de 2013 (Publicado em: 6 Junho 2013)
- Indicadores mês de Março 2013 (Publicado em: 6 Junho 2013)
- Indicadores de Fevereiro de 2013 (Publicado em: 6 Junho 2013)
- Indicadores mês de Janeiro 2013 (Publicado em: 27 Maio 2013)
- Indicadores do mês de Dezembro 2012 (Publicado em: 24 Maio 2013)
- Indicadores do mês de Novembro de 2012 (Publicado em: 24 Maio 2013)
- Indicadores do mês de Outubro 2012 (Publicado em: 24 Maio 2013)

Fonte: Hospital Estadual de Emergência e Trauma (2012).

5.2.1 Indicadores do Mês de Outubro/2012

Tabela 2 – Indicadores do mês de outubro de 2012.

Indicadores do mês de Outubro 2012	
Atendimentos - Porta de Entrada	4889
Usuário Satisfeito	91,3%
Procedimentos/Atendimentos em Geral	
Diagnóstico por Radiologia	5998
Diagnóstico por USG	487
Diagnóstico por Endoscopia	111
Diagnóstico por Tomografia	1485
Procedimentos - Ag. Transfusional	1863
Atendimentos - Fisioterapia	8130
Atendimentos - Psicologia	6985
Atendimentos - Ouvidoria	102
Atendimentos - Serviço Social	14675
Procedimentos Cirúrgicos	663
Procedimentos - Anestésias	491
Diagnóstico em Laboratório Clínico	24592

Continuação...

Continuação...

Diagnóstico por Endoscopia	111
Diagnóstico por Tomografia	1485
Procedimentos - Ag. Transfusional	1863
Atendimentos - Fisioterapia	8130
Atendimentos - Psicologia	6985
Atendimentos - Ouvidoria	102
Atendimentos - Serviço Social	14675
Procedimentos Cirúrgicos	663
Procedimentos - Anestésias	491
Diagnóstico em Laboratório Clínico	24592
Total de Refeições Produzidas	58004
Atendimentos das Unidade de Tratamento Intensivo	
UTI 1 e 2	55
Semi-intensivo	3
UTI 13 de Maio	5
Total de Atendimentos UTIs	63
Total de Reingressos nas UTIs	1
Alunos e Instituições para Estágio	
Instituições	9
Cursos	9
Estagiários	186

Fonte: Hospital Estadual de Emergência e Trauma (2012)

O que se pode verificar diante da Tabela do mês de outubro de 2012, e que é o enfoque principal de nosso trabalho, foi o alto índice de satisfação dos usuários, chegando a atingir o percentual de 91,3%. Também é importante observar que

houve apenas 1 reingresso nas UTI's, o que mostra o alto nível do hospital e de seus funcionários. Por fim, deve-se olhar para a quantidade de atendimentos na Ouvidoria, que foi em número de 102.

5.2.2 Indicadores do Mês de Novembro/2012

Tabela 3 – Indicadores do Mês de Novembro de 2012

Indicadores do mês de Novembro de 2012

Publicado em: 24 Maio 2013

Indicador	Valor
Atendimentos - Porta de Entrada	5013
Usuário Satisfeito	84,71%
Procedimentos/Atendimentos em Geral	
Diagnóstico em Laboratório Clínico	26044
Diagnóstico por Radiologia	6872
Diagnóstico por USG	472
Diagnóstico por Endoscopia	133
Diagnóstico por Tomografia	1570
Procedimentos - Ag. Transfusional	1939
Atendimentos - Fisioterapia	8728
Atendimentos - Psicologia	7136
Atendimentos - Ouvidoria	128
Atendimentos - Serviço Social	12315
Procedimentos Cirúrgicos	719
Procedimentos - Anestésias	422

Continuação...

Continuação...

Diagnóstico por USG	472
Diagnóstico por Endoscopia	133
Diagnóstico por Tomografia	1570
Procedimentos - Ag. Transfusional	1939
Atendimentos - Fisioterapia	8728
Atendimentos - Psicologia	7136
Atendimentos - Ouvidoria	128
Atendimentos - Serviço Social	12315
Procedimentos Cirúrgicos	719
Procedimentos - Anestésias	422
Total de Refeições Produzidas	58177
Atendimentos das Unidade de Tratamento Intensivo	
UTI 1 e 2	51
Semi-Intensivo	1
UTI 13 de Maio	5
Total de Atendimentos UTIs	57
Total de Reingressos nas UTIs	0
Alunos e Instituições para Estágio	
Instituições	9
Cursos	7
Estagiários	125

Fonte: Hospital Estadual de Emergência e Trauma (2012).

Observando-se a Tabela do mês de novembro de 2012 é possível constatar uma pequena queda no índice de satisfação dos usuários, o qual atingiu o patamar

de 84,71%. Apesar disso, o número de reingresso nas UTI's chegou a ser zerado. Neste mês a quantidade de atendimentos realizados pela Ouvidoria aumentou, chegando a ser em número de 128.

5.2.3 Indicadores do Mês de Dezembro/2012

Tabela 4 – Indicadores do Mês de Dezembro 2012

Indicadores do mês de Dezembro 2012
Publicado em 24 Maio 2013

Atendimentos - Porta de Entrada	4836
Usuário Satisfeito	98,82%
Procedimentos/Atendimentos em Geral	
Diagnóstico em Laboratório Clínico	24483
Diagnóstico por Radiologia	5882
Diagnóstico por USG	469
Diagnóstico por Endoscopia	101
Diagnóstico por Tomografia	1378
Procedimentos - Ag. Transfusional	1885
Atendimentos - Fisioterapia	6940
Atendimentos - Psicologia	6940
Atendimentos - Psicologia	7527
Atendimentos - Ouvidoria	136
Atendimentos - Serviço Social	Atendimentos - Serviço Social
Procedimentos Cirúrgicos	716

Continuação...

Continuação...

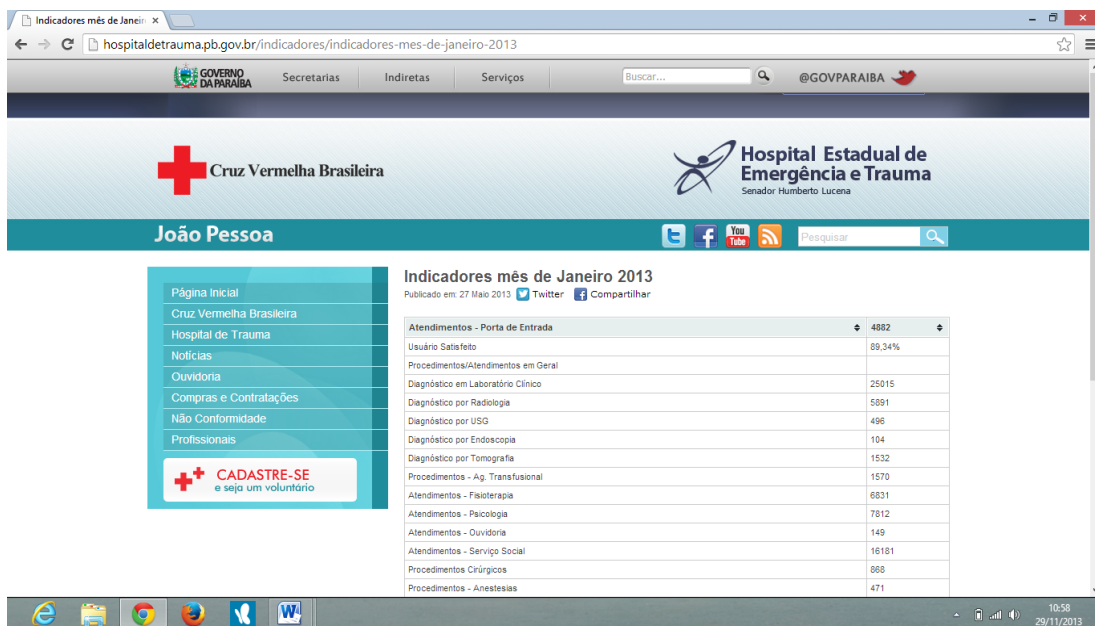
Profissionais	
Diagnóstico por Endoscopia	101
Diagnóstico por Tomografia	1378
Procedimentos - Ag. Transfusional	1885
Atendimentos - Fisioterapia	6940
Atendimentos - Psicologia	6940
Atendimentos - Psicologia	7527
Atendimentos - Ouvidoria	136
Atendimentos - Serviço Social	Atendimentos - Serviço Social
Procedimentos Cirúrgicos	716
Procedimentos - Anestésias	499
Total de Refeições Produzidas	60524
Atendimentos das Unidades de Tratamento Intensivo	
UTI 1 e 2	57
Semi-intensivo	4
UTI 13 de Maio	9
Total de Atendimentos UTIs	70
Total de Reingressos nas UTIs	0
Alunos e Instituições para Estágio	
Instituições	9
Cursos	8
Estagiários	132

Fonte: Hospital Estadual de Emergência e Trauma (2012)

Ao analisar a tabela do mês de dezembro de 2012 pode-se verificar um altíssimo índice de satisfação dos pacientes, o qual atingiu o percentual de 98,82%. Mais uma vez o reingresso nas UTI's, foi zerado. A quantidade de atendimentos realizados pela Ouvidoria teve leve aumento em relação aos meses anteriores, foi de 136.

5.2.4 Indicadores do Mês de Janeiro/2013

Tabela 5 - Indicadores do Mês de Janeiro de 2013

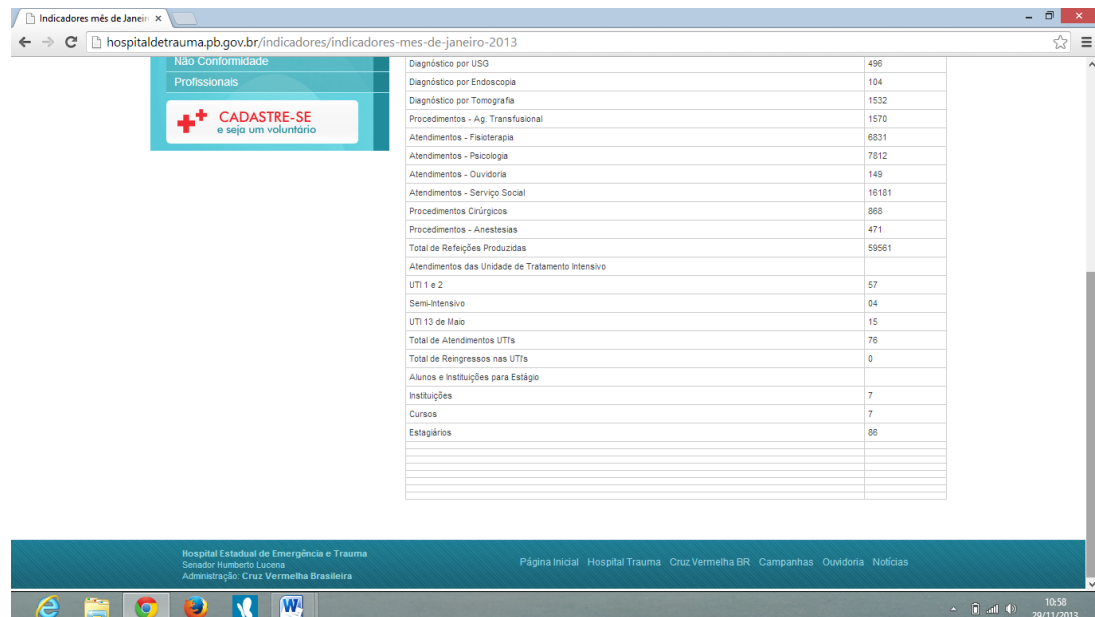


Indicadores mês de Janeiro 2013
Publicado em 27 Maio 2013

Atendimentos - Porta de Entrada	4882
Usuário Satisfeito	89,34%
Procedimentos/Atendimentos em Geral	
Diagnóstico em Laboratório Clínico	25015
Diagnóstico por Radiologia	5891
Diagnóstico por USG	496
Diagnóstico por Endoscopia	104
Diagnóstico por Tomografia	1532
Procedimentos - Ag. Transfusional	1570
Atendimentos - Fisioterapia	6831
Atendimentos - Psicologia	7812
Atendimentos - Ouvidoria	149
Atendimentos - Serviço Social	16181
Procedimentos Cirúrgicos	868
Procedimentos - Anestésias	471

Continuação ...

Continuação ...



Diagnóstico por USG	496
Diagnóstico por Endoscopia	104
Diagnóstico por Tomografia	1532
Procedimentos - Ag. Transfusional	1570
Atendimentos - Fisioterapia	6831
Atendimentos - Psicologia	7812
Atendimentos - Ouvidoria	149
Atendimentos - Serviço Social	16181
Procedimentos Cirúrgicos	868
Procedimentos - Anestésias	471
Total de Refeições Produzidas	59561
Atendimentos das Unidade de Tratamento Intensivo	
UTI 1 e 2	57
Semi-intensivo	04
UTI 13 de Maio	15
Total de Atendimentos UTIs	76
Total de Reingressos nas UTIs	0
Alunos e Instituições para Estágio	
Instituições	7
Cursos	7
Estagiários	86

Fonte: Hospital Estadual de Emergência e Trauma (2013).

Durante o primeiro mês do ano 2013 o índice mais uma vez voltou a ser reduzido, e atingiu o patamar de 89,34%. Quanto ao reingresso nas UTI's o índice se manteve em zero. Os atendimentos realizados pela Ouvidoria aumentaram ainda mais, a quantidade foi 149.

5.2.5 Indicadores do Mês de Fevereiro/2013

Tabela 6 – Indicadores do Mês de Fevereiro/2013

Indicadores de Fevereiro de 2013
Publicado em: 6 Junho 2013

Atendimentos - Porta de Entrada	4843
Usuário Satisfeito	84,5%
Procedimentos/Atendimentos em Geral	22330
Diagnóstico em Laboratório Clínico	5455
Diagnóstico por Radiologia	416
Diagnóstico por Endoscopia	87
Diagnóstico por Tomografia	1159
Procedimentos - Ag. Transfusional	1595
Atendimentos - Fisioterapia	7496
Atendimentos - Psicologia	6107
Atendimentos - Ouvidoria	123
Atendimentos - Serviço Social	20444
Procedimentos Cirúrgicos	1082
Procedimentos - Anestésias	485
Total de Refeições Produzidas	55751

Continuação...

Continuação...

Indicador	Valor
Ingressos por radiologia	440
Diagnóstico por Endoscopia	87
Diagnóstico por Tomografia	1159
Procedimentos - Ag. Transfusional	1595
Atendimentos - Fisioterapia	7496
Atendimentos - Psicologia	6107
Atendimentos - Ouvidoria	123
Atendimentos - Serviço Social	20444
Procedimentos Cirúrgicos	1082
Procedimentos - Anestésias	485
Total de Refeições Produzidas	55751
Atendimentos das Unidade de Tratamento Intensivo	
UTI 1 e 2	46
Semi-intensivo	2
UTI 13 de Maio	10
Total de Atendimentos UTIs	58
Total de Reingressos nas UTIs	0
Alunos e Instituições para Estágio	
Instituições	14
Cursos	13
Estagiários	148

Fonte: Hospital Estadual de Emergência e Trauma (2013).

O exame dos indicadores do mês de fevereiro de 2013 acusa que o índice de satisfação mais uma vez diminuiu em relação ao mês anterior, tendo uma leve queda de 4,84%, sendo o valor final de 84,50%. Também não houve reingresso nas UTI's. Os atendimentos pela Ouvidoria diminuíram, foi de 123.

5.2.6 Indicadores do Mês de Março/2013

Tabela 7 – Indicadores do Mês de Março de 2013

Indicadores mês de Março 2013	
Atendimentos - Porta de Entrada	4844
Usuário Satisfeito	85,1%
Procedimentos/Atendimentos em Geral	
Diagnóstico em Laboratório Clínico	22076
Diagnóstico por Radiologia	5668
Diagnóstico por USG	450
Diagnóstico por Endoscopia	99
Diagnóstico por Tomografia	1320
Procedimentos - Ag. Transfusional	1770
Atendimentos - Fisioterapia	10219
Atendimentos - Psicologia	6916
Atendimentos - Ouvidoria	64
Atendimentos - Serviço Social	22706
Procedimentos Cirúrgicos	1400
Procedimentos - Anestésias	526

Continuação...

Continuação...

Indicador	Valor
Diagnóstico por USG	450
Diagnóstico por Endoscopia	99
Diagnóstico por Tomografia	1320
Procedimentos - Ag. Transfusional	1770
Atendimentos - Fisioterapia	10219
Atendimentos - Psicologia	8916
Atendimentos - Ouvidoria	64
Atendimentos - Serviço Social	22706
Procedimentos Cirúrgicos	1400
Procedimentos - Anestésias	526
Total de Refeições Produzidas	55564
Atendimentos das Unidade de Tratamento Intensivo	
UTI e UPG	35
Semi-Intensivo	5
UTI 13 de Maio	5
Total de Atendimentos UTIs	45
Total de Reingressos nas UTIs	0
Alunos e Instituições para Estágio	
Instituições	14
Cursos	14
Estagiários	158

Fonte: Hospital Estadual de Emergência e Trauma (2013).

Um olhar mais concentrado sobre os números do mês de março de 2013 permite constatar uma pequena elevação no índice de satisfação dos usuários em relação ao mês de fevereiro de 2013, o que ficou no grau de 0,6%, e ao final de 85,10%. Houve repetição no índice de reingresso das UTI's. Os atendimentos feitos pela Ouvidoria foram apenas 64.

5.2.7 Indicadores do Mês de Abril/2013

Tabela 8 – Indicadores do Mês de Abril de 2013

Indicador	Valor
Atendimentos - Porta de Entrada	4827
Usuário Satisfeito	85,17%
Procedimentos/Atendimentos em Geral	
Diagnóstico em Laboratório Clínico	21923
Diagnóstico por Radiologia	5773
Diagnóstico por USG	494
Diagnóstico por Endoscopia	73
Diagnóstico por Tomografia	1340
Procedimentos - Ag. Transfusional	1846
Atendimentos - Fisioterapia	10001
Atendimentos - Psicologia	6963
Atendimentos - Ouvidoria	144
Atendimentos - Serviço Social	21025
Procedimentos Cirúrgicos	1051
Procedimentos - Anestésias	439

Continuação...

Continuação...

Diagnóstico por USG	464
Diagnóstico por Endoscopia	73
Diagnóstico por Tomografia	1340
Procedimentos - Ag. Transfusional	1846
Atendimentos - Fisioterapia	10001
Atendimentos - Psicologia	6963
Atendimentos - Ouvidoria	144
Atendimentos - Serviço Social	21025
Procedimentos Cirúrgicos	1051
Procedimentos - Anestésias	439
Total de Refeições Produzidas	58529
Atendimentos das Unidade de Tratamento Intensivo	
UTI e UPG	55
Semi-intensivo	6
UTI 13 de Maio	9
Total de Atendimentos UTIs	70
Total de Reingressos nas UTIs	0
Alunos e Instituições para Estágio	
Instituições	14
Cursos	14
Estagiários	184

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
 Salvador Humberto Lucena
 Administração: Cruz Vermelha Brasileira

Página Inicial Hospital Trauma Cruz Vermelha BR Campanhas Ouvidoria Notícias

11:00 29/11/2013

Fonte: Hospital Estadual de Emergência e Trauma (2013).

O último mês a ser examinado (abril de 2013) mostrou que o índice de satisfação dos usuários praticamente se manteve quando comparado com o mês de março de 2013, e o percentual final foi de 85,17%. O total de reingresso nas UTI's foi o mesmo. Os atendimentos da Ouvidoria foram de 144.

5.3 FORMAS DE MELHORIAS NO ATENDIMENTO

5.3.1 Formulário da Ouvidoria

O Hospital de Trauma, em sua página na internet, torna acessível aos seus usuários um formulário, que é enviado para a Ouvidoria do HEETSHL, e onde é possível fazer críticas, denúncias, elogios, requerer informações, fazer reclamações, solicitações e sugestões, e ainda existe um tópico denominado de “outros”, que em nosso entender, permite apontar mudanças, melhorias, inovações.

O registrante pode ser o próprio paciente, acompanhante ou familiar, funcionários; e mais uma vez existe um tópico denominado de “outros”. Aqui é possível manter o sigilo.

Deve-se especificar ainda o meio pelo qual deseja receber a resposta, se através de telefone, e-mail, faz e “outro”.

Por fim, existe o local destinado à descrição da citação do cliente. É neste momento que ele deve especificar, explicar pormenorizadamente, particularizar o que aconteceu ou o que deseja solicitar.

Figura 9 – Formulário da Ouvidoria

The image shows a screenshot of a web browser displaying the 'Formulário Ouvidoria' (Ombudsman Form) on the website of Hospital Estadual de Emergência e Trauma. The browser address bar shows the URL: `hospitaldetrauma.pb.gov.br/hospital-de-trauma/formulario-ouvidoria`. The page header includes the logos of the Government of Paraíba, Cruz Vermelha Brasileira, and Hospital Estadual de Emergência e Trauma. The form is titled 'Formulário Ouvidoria' and is divided into several sections:

- TIPO DE DEMANDA:** A section for selecting the type of request, with checkboxes for Crítica, Denúncia, Elogio, Informação, Reclamação, Solicitação, Sugestão, and Outros.
- REGISTRANTE:** A section for identifying the registrant, with radio buttons for Acompanhante, Funcionário, Paciente, and outro.
- Confidentiality and Contact:** A section asking 'Deseja que a Ouvidoria mantenha sigilo sobre a autoria da demanda?' (Do you want the Ombudsman to keep the author's identity confidential?) with radio buttons for Sim and Não, and a 'Nome:' field. Below it, it asks 'Deseja receber sua resposta através de:' (Do you want to receive your response through:) with checkboxes for Telefone, E-mail, Fax, and Outro, followed by a text field 'Digite seu e-mail ou telefone aqui!'.
- DESCRIÇÃO DA CITAÇÃO DO CLIENTE:** A large text area for describing the client's citation, with an 'Enviar' button below it.

The sidebar on the left contains navigation links: 'Página Inicial', 'Cruz Vermelha Brasileira', 'Hospital de Trauma', 'Notícias', 'História', 'Ouvidoria', 'Regimento Interno', 'Compras e Indicadores', 'Não Conformidade', 'Serviços', and 'Profissionais'. There is also a 'CADASTRE-SE e seja um voluntário' button.

Fonte: Hospital Estadual de Emergência e Trauma (2013).

5.3.2 Registro de Não Conformidade

O Hospital de Trauma (HEETSHL) mais uma vez com o objetivo de promover melhorias nos processos hospitalares, criou um Registro de Não Conformidade, que

permite o diálogo ou composição entre clientes (usuários/pacientes), funcionários e corpo clínico, para garantir o conhecimento e encaminhamento de qualquer situação incorreta, inadequada ou inconveniente.

Importa dizer, primeiramente, que com relação ao Registro de Não Conformidade, é necessária a identificação, não se permitindo o anonimato, diferente do que ocorre no Formulário da Ouvidoria. Mas, permite que o nome não seja divulgado ao público.

Ele traz ainda todos os seus campos como obrigatórios, a exemplo de nome, e-mail, telefone para contato, documentos como RG e CPF, a relação com o Hospital de Trauma, se funcionário da instituição, prestador de serviços, fornecedor, impressa, usuário.

Em seguida é pedida a descrição mais detalhada possível do que aconteceu, semelhantemente ao que exige o Formulário da Ouvidoria. Pede ainda a data do fato, observações relevantes, e na opinião do registrante, o motivo pelo qual ocorreu tal situação, se por falta de treinamento, problemas com equipamentos, postura profissional inadequada, erro de processo, erro de documentação, falha individual ou outro motivo.

Logo mais a frente mais uma vez é pedida a opinião do registrante quanto ao que pode ser feito pela Diretoria para que a ocorrência não se repita.

Depois, pergunta se o registrante deseja ou não o contato da instituição, e por fim, pede para confirmar a veracidade das informações.

Ambas as possibilidades (Formulário da Ouvidoria e Registro de Não Conformidade) são de altíssima importância, em especial, para o usuário, porque é por meio deles, que se pode dizer de sua insatisfação, mal atendimento, possível erro médico, etc.

Figura 10 – Registro de Não Conformidade

Registro de Não Conformidade

hospitaldetrauma.pb.gov.br/hospital-de-trauma/registro-de-nao-conformidade

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

João Pessoa

Página Inicial
Cruz Vermelha Brasileira
Hospital de Trauma
Notícias
Ouvidoria
Compras e Contratações
Não Conformidade
Profissionais

CADASTRE-SE
e seja um voluntário

Registro de Não Conformidade

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA Senador Humberto Lucena

REGISTRO DE NÃO CONFORMIDADES

A Diretoria do Hospital de Trauma de João Pessoa, com a intenção permanente do diálogo franco com funcionários, corpo clínico e clientes do HOSPITAL DE TRAUMA, disponibiliza este formulário para o REGISTRO DE NÃO CONFORMIDADES, para garantir o conhecimento e encaminhamento de qualquer situação incorreta, inadequada ou inconveniente, sempre com a intenção maior de promover melhorias nos processos hospitalares. É o nosso compromisso de adequação dos processos, para oferecer o melhor serviço de saúde para a população.

*Campos Obrigatório.
*Obrigatório

IDENTIFICAÇÃO

Para apuração da Não Conformidade, é necessário que o usuário identifique-se. Registros anônimos não serão considerados.

Nome Completo *

11:01
29/11/2013

Continuação...

Continuação...

Registro de Não Conformidade

hospitaldetrauma.pb.gov.br/hospital-de-trauma/registro-de-nao-conformidade

Nome Completo *

E-mail *

Tel. para contato *
Ex. (83) 9999-9999

Documento de Identificação *
CPF ou RG

Qual a sua relação com o Hospital de Trauma? *

Sou funcionário da Instituição
 Sou prestador de Serviços do Hospital
 Sou fornecedor do Hospital
 Sou da Imprensa
 Fui cliente do Hospital
 Nenhuma das alternativas

Deseja que a instituição preserve a sua identidade em sigilo? *

Sim, não gostaria que meu nome fosse divulgado

Registro de Não Conformidade

hospitaldetrauma.pb.gov.br/hospital-de-trauma/registro-de-nao-conformidade

REGISTRO DA NÃO CONFORMIDADE

Descreva detalhadamente a NÃO CONFORMIDADE percebida, citando referências como: data, setor, pessoas envolvidas, horário, testemunhas, etc. As informações recebidas serão analisadas e encaminhadas para os setores pertinentes, com o intuito de aprimorar os processos hospitalares.

Descrição da NÃO CONFORMIDADE *
Por favor, forneça a descrição mais detalhada possível do problema.

Data de ocorrência da NÃO CONFORMIDADE *
Por favor, forneça a data da ocorrência do problema.

Observações importantes *
Por favor, utilize o espaço abaixo para nos encaminhar qualquer informação que julgue relevante sobre o ocorrido

Registro de Não Conformidade

hospitaldetrauma.pb.gov.br/hospital-de-trauma/registro-de-nao-conformidade

Na sua opinião, esta NÃO CONFORMIDADE ocorreu devido à: *
Por favor, utilize as opções abaixo para nos informar as causas prováveis que levaram à ocorrência da Não Conformidade

Falta de treinamento
 Problemas com equipamentos
 Postura profissional inadequada
 Erro de processo
 Erro de documentação
 Falha individual
 Outro:

Na sua opinião, o que a Diretoria do hospital pode fazer para evitar que a ocorrência se repita? *
Por favor, utilize as opções abaixo para nos informar suas sugestões para evitar a repetição de ocorrência da Não Conformidade

Deseja receber o contato da instituição? *
Em caso positivo, utilizaremos os dados de contato fornecidos acima

Sim, desejo o contato com a instituição

Por favor, confirme abaixo a veracidade das informações fornecidas *

Sim, reafirmo como verdadeiras as informações acima prestadas

Continuação...

Continuação...

Registro de Não Conformidade

hospitaldetrauma.pb.gov.br/hospital-de-trauma/registro-de-nao-conformidade

Na sua opinião, o que a Diretoria do hospital pode fazer para evitar que a ocorrência se repita? *
Por favor, utilize as opções abaixo para nos informar suas sugestões para evitar a repetição de ocorrência da Não Conformidade

Deseja receber o contato da instituição? *
Em caso positivo, utilizaremos os dados de contato fornecidos acima

Sim, desejo o contato com a instituição

Por favor, confirme abaixo a veracidade das informações fornecidas *

Sim, reafirmo como verdadeiras as informações acima prestadas

Nunca envie senhas em formulários do Google.

Tecnologia [Google Docs](#)

[Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Termos Adicionais](#)

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

[Página Inicial](#) [Hospital Trauma](#) [Cruz Vermelha BR](#) [Campanhas](#) [Ouvdona](#) [Notícias](#)

11:03
29/11/2013

Fonte: Hospital Estadual de Emergência e Trauma (2013).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pesquisar acerca de um tema polêmico e atual, que é notícia em vários meios de comunicação, é se arriscar por terrenos arenosos, muitas vezes de difícil acesso e complicada compreensão. O tema saúde pública leva a uma série de buscas e investigações, termos e conceitos de outra área de conhecimento.

Como enunciado no início de nosso trabalho, a dignidade é caráter inerente do ser humano, este não precisa atingir nenhuma finalidade ou portar-se de um modo específico para tê-la, pois, adotando-se a teoria proposta por Kant, o homem é digno por sua própria natureza, por sua humanidade, requerendo-se apenas que nasça para ser valorizado e respeitado como ente fundamental das atividades do Estado, devendo este promover-lhe todos os meios para que atinja a plenitude como ser humano, e goze das liberdades, direitos, benefícios inerentes à racionalidade humana (autonomia ética do ser humano).

Inobstante o caráter inerente da dignidade humana, definida como princípio máximo e fundamento da democracia brasileira pela Constituição Federal em seu art. 1º, o sistema de saúde brasileiro tem condições precárias, beirando o caos total. São hospitais lotados, corredores com macas pelo chão, falta de higiene, alimentação sem qualidade, doenças que se proliferam, cirurgias adiadas, falta de profissionais da saúde. Todo este cenário vai de encontro à Constituição Federal, que elevou ao patamar de direito fundamental social o direito à saúde, e também desrespeita a Lei Orgânica da Saúde, leis claras e benéficas que não são seguidas, trazendo a já conhecida sensação de ineficácia legislativa.

Para entender-se o Sistema de Saúde Brasileiro e a saúde no HEETSHL tal qual se apresenta hoje, foi inicialmente feita uma explanação sobre dignidade e sobre o princípio da dignidade da pessoa humana, foram feitas breves considerações sobre os direitos humanos e sua influência no ordenamento jurídico brasileiro, narrou-se um rápido histórico do direito à saúde no Brasil e em outros países, foi explanado o conceito de saúde e finalmente adentrou-se no tema principal: o direito à saúde em nosso país, em nossa legislação.

A exposição do direito à saúde trouxe comentários à respeito dos artigos 196 a 200 da Carta Magna, falou-se sobre a criação do SUS, seus princípios

(universalidade, integralidade, descentralização, participação social) e diretrizes, objetivos e atribuições.

Inegavelmente o Hospital de Trauma, no município de João Pessoa, por meio de seus Programas, Protocolos, Campanhas e Capacitação de servidores trouxe aos pacientes maior conforto, assistência médica e humanização no atendimento. Ocorre que, ainda que contabilizemos os progressos obtidos naquela unidade de saúde, não responder-se-á de forma positiva à(s) perguntas que geraram a nossa problemática e conseqüentemente a investigação ora considerada.

Isto se dá pelo fato de antes precisar-se fazer alguns questionamentos e indagações. Ao analisar-se o índice de satisfação dos usuários, que em todos os meses observados foi alto, em torno de 88% (oitenta e oito pontos percentuais), é preciso inicialmente saber se responder ao questionário de satisfação é obrigatório a todos os pacientes.

Em segundo lugar importa ressaltar que o site do Hospital de Trauma apesar de disponibilizar a quantidade de reclamações feitas à sua Ouvidoria, não expõe quantas dessas reivindicações são respondidas ou solucionadas.

Ainda cabe expor que o HEETSHL também não divulga a quantidade geral de atendimentos, de forma que se torna difícil fazer um parâmetro, relação ou comparação entre o número real de atendidos e o índice de satisfação dos usuários.

Há que ser considerado também que tal índice de satisfação diz respeito àqueles cidadãos que foram atendidos, mas existe toda uma cifra quanto aos que não são assistidos, que não tiveram acesso, por quaisquer motivos, falta de medicamentos, falta de médicos, demora no atendimento, agravamento do caso, óbito durante a espera, etc.

Algumas possibilidades devem ser também pensadas a fim de que se possa chegar a uma possível conclusão.

A primeira delas diz respeito àquela parcela da população que necessitou de assistência médica, foi atendida, e aprovou o atendimento, mas não elogiou ou não respondeu o questionário (por não ser este obrigatório?).

Em segundo lugar existem os cidadãos que necessitaram de atendimento naquela unidade de saúde, não ficaram satisfeitos com o atendimento, e reclamaram (obtendo ou não resposta por parte da Ouvidoria), e os demais que não chegaram a protestar, seja pelo fato de já terem resolvido seu problema de saúde, seja por falta de conhecimento de seus direitos, por falta de condições financeiras em ir até ao

Poder Judiciário, seja pelo conhecido descaso na área da saúde pública brasileira, ou ainda pela desacreditação.

Porém, há de ser considerada ainda aquela parcela dos pacientes que não chegou sequer a ser atendida no Hospital de Trauma, ou até em outras unidades de saúde da capital do Estado da Paraíba. E aqui também por razões variadas, falta de ambulância (o SAMU não chegou), não havia médicos especialistas ou anestesistas – para o caso de cirurgias, falta de material – platinas, pinos, próteses, ou outros, demora no atendimento, ou óbito. Nesse caso, questiona-se se esses pacientes ou seus familiares e responsáveis chegaram a reclamar. Se sim, onde foi efetuada a reclamação, se na Ouvidoria do próprio HT, na Ouvidoria do Município, ou do próprio SUS. Se houve reclamação, onde foram computadas. Se foram computadas, onde foram ou são disponibilizados esses dados. Se disponibilizados os dados, quantos foram solucionados.

E existe, por fim, a quantidade da população não atendida e que também não reclama, tal como foi exposto acima, por motivos diversos, como falta de conhecimento de seus direitos, falta de condições financeiras em ir até ao Poder Judiciário, conhecido descaso na área da saúde pública brasileira, ou ainda pela desacreditação, para essas pessoas não é possível atingir-se uma solução para tal problema.

Diante de tantas perguntas e questões, pode-se afirmar que há, tal qual na segurança pública brasileira, uma cifra negra quanto à saúde pública em nosso país, e mais detidamente em nosso estado (Município de João Pessoa – HEETSHL).

Assim, como resultado da pesquisa, chega-se a conclusão de que a presença em lei da valorização e normatização do princípio da dignidade humana como fundamento da democracia brasileira torna-se insuficiente para que a dignidade seja efetivada. Pode-se afirmar, portanto, que o princípio em tela e o direito à saúde não são respeitados. Isto pode ser visto pelos dados demonstrados, mas muito mais pelos dados não demonstrados, omitidos, ocultos, que dificultam a amostragem de um retrato de nossa realidade.

Toda a base legislativa e doutrinária do direito à saúde, universal, igualitário, descentralizado, e a necessidade fática de implantações de programas que visem à promoção e recuperação da saúde foi fornecida, através dos fundamentos e alicerces teóricos utilizados ao longo do trabalho. É imperioso o estabelecimento de melhoria, avanços e inovações nas unidades de saúde, sob e égide da dignidade

humana, dos direitos fundamentais, dos diplomas, convenções e tratados sobre o tema, pois o Estado Brasileiro assumiu postura assistencialista e garantista desta dignidade em infindas vertentes, tendo como um de seus pontos o direito fundamental social à saúde, ao qual se confere normatividade máxima.

REFERÊNCIAS

ABREU, Tiago Souza Nogueira de. **Análise Jurídica do Artigo 196 da Constituição Federal de 1988, à luz da Jurisprudência do Supremo Tribunal Federal.** Disponível em: <http://www.tjmt.jus.br/intranet.arq/downloads/Imprensa/NoticiaImprensa/file/2013/01%20-%20Janeiro/14%20-202013_01_11_09_33_14%20ARTIGO%20JUIZ%20TIAGO%20DE%20ABREU.pdf>. Acessado em: 26 de agosto de 2013.

ALMEIDA, Fernando Barcellos de. **Teoria geral dos direitos humanos.** Sérgio Antônio Fabris Editor.

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

ARAÚJO, Lindemberg Medeiros de. **“Saúde-doença: conhecimento, poder, cultura, ciência e história”.** Disponível em: <<http://psaudecoletiva.blogspot.com.br/2009/04/saude-doenca-conhecimento-poder-cultura.html>> Acessado em: 26 de agosto de 2013.

A SAÚDE COMO DIREITO CONSTITUCIONAL. Disponível em: <<http://revistasaude.emdestaque.com.br/materia.php?id=110>> Acessado em: 26 de agosto de 2013.

BAHIA, Cláudio José Amaral. **O direito social à saúde na Constituição Federal de 1988:** reserva do possível e mínimo existencial – limites?, p. 50. Disponível em: <<http://www.esade.edu.br/esade/user/file/Esade03.pdf>>. Acessado em: 26 de agosto de 2013.

BENEVIDES, Maria Victoria. **Luzes e trevas da paixão igualitária: a situação contemporânea dos direitos humanos no Brasil.** *Caros Amigos* – Edição Especial, n.15, p.4, nov.2002.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil.** 11. ed. São Paulo: Ática, 2008.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos.** Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/ac/biblioteca/livro_bobbio_era_direitos.pdf> Acessado em: 30 de novembro de 2013.

CAVALCANTE, Lara Campelo. **O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana como fundamento da produção da existência em todas as suas formas.** Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 2007.

Cruz, Marly Marques da. **Histórico do sistema de saúde, proteção social e direito à saúde**. Disponível em: www.saude.mt.gov.br/arquivo/2164. Acessado em: 26 de agosto de 2013.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS (1948). Disponível em: http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm. Acessado em: 20 de agosto de 2013.

EVOLUÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS - fascículo 01. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/dh/br/sc/scdh/parte1/2c1.html> Acessado em: 16 set. 2013.

FERRAZ, Octávio. **“De quem é o SUS?”**. Disponível em: <http://www2.warwick.ac.uk/fac/soc/law/staff/academic/ferraz/press/artigofolhasus.doc>. Acessado em: 26 de agosto de 2013.

FIGUEIRÓ, Ana Carolina; BRAYNER, Antônio Arruda; PEREIRA, Arthur Cesar de Moura. **Antecedentes históricos e jurídicos dos direitos humanos**. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/dh/br/pb/dhparaiba/1/antecedentes.html>.> Acessado em: 21 ago. 2013.

FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Direitos humanos fundamentais**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**; tradução de Raquel Ramallete, 36, ed. RJ: Vozes, 2009.

GENEVOIS, Margarida. **Direitos humanos na história**. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/anthistbr/introducao.html>.>. Acessado em: 12 set. 2013.

GOMES, Roberto Santillana. **O programa de saúde da família em Cuba**. Projeto Radix – Biblioteca Virtual de estudos da Comunicação e Saúde. Disponível em: <http://www.projedoradix.com.br>. Acessado em: 26 de agosto de 2013.

HERKENHOFF, João Baptista. **Curso de direitos humanos** – gênese dos direitos humanos. Volume 1. São Paulo: Ed. Acadêmica, 1994.

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA – Disponível em: <http://hospitaldetrauma.pb.gov.br/>.>. Acessado em: 20 de agosto de 2013.

JUNQUEIRA, Ivan de Carvalho. **Dos direitos humanos do preso**. São Paulo: Lemos e Cruz, 2005.

LAFER, Celso. **A ruptura totalitária e a reconstrução dos direitos humanos.** São Paulo, 1988.

LEITE, George Salomão e Glauco Salomão. “**Dos princípios constitucionais: considerações em torno das normas principiológicas da constituição**”, 2008.

LIMA, George Marmelstein. **Efetivação do direito fundamental à saúde pelo poder judiciário.** 2003.

MARINHO, Dórian Esteves Ribas. **Uma visão evolutiva dos Direitos Humanos.** Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/dh_dorian.html> Acessado em: 30 ago. 2013.

MATTOS, Rubem Araújo de. “**Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**”. Disponível em: <http://www.uefs.br/pepscentro_lete/arquivos/artigos/os_sentidos_integralidade.pdf> Acessado em: 16 de setembro de 2013.

MIRANDOLA, [Giovanni Pico Della](#). **Discurso Sobre a Dignidade do Homem.** 1998.

NORONHA, Lima; Machado, 2008.

PACTO INTERNACIONAL DOS DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS (1992). Disponível em: <<http://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econ%C3%BC3%93micos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf>> Acessado em: 26 de agosto de 2013.

PAIM, Jairnilson. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** Disponível em: <www.thelancet.com> Acessado em: 26 de agosto de 2013.

PINTO, Márcio Alexandre da Silva Pinto; CARVALHO, Heitor Humberto do Nascimento. **A evolução do direito à saúde pública da cidadania brasileira,** 2008.

REALE, Giovane; ANTISERE, DARIO, 1990. p. 380 apud CAVALCANTE, 2007.

RÊGO, Geovanna Patrícia. **A incorporação dos direitos humanos no direito constitucional.** Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/anthistbr/introducao.html>> Acessado em: 20 ago. 2013.

REGO, José Pereira. **Memória histórica das epidemias de febre-amarela e cholera-morbo que tem reinado no Brasil.** Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1873.

REVOLUÇÃO FRANCESA. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/evolu%C3%A7%C3%A3o_Francesa> Acessado em: 04 nov. 2013.

REVOLUÇÃO FRANCESA. Disponível em: http://www.culturabrasil.pro.br/revolucao_francesa.htm> Acessado em: 04 nov. 2013.

RIOS, Roger Raupp. **Direito à saúde, universalidade, integralidade e políticas públicas: princípios e requisitos em demandas judiciais por medicamentos.** Disponível em: http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/index.htm?http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao031/roger_rios.html> Acessado em: 26 de agosto de 2013.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública.** 1994.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da Pessoa Humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988,** 2012.

SÁ JUNIOR, Luis Salvador de Miranda. **Desconstruindo a definição de saúde.** Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM), jul/ago/set de 2004. p. 15-16. Disponível em: <http://saude.br/dis/pg/Def-Saude.pdf>>. Acessado em: 26 de agosto de 2013.

SAMANIEGO, Daniela Paes Moreira. **Direitos humanos como utopia.** Disponível em: <http://jus.uol.com.br/revista/texto/76/direitos-humanos-como-utopia>>. Acessado em: 28 ago. 2013.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Revista Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, 2007.

SILVA, Silvio Fernandes da. **A Saúde na Espanha e Comparação com o Brasil,** texto preparado pelo Núcleo de Relações Internacionais do CONASEMS,

SORONDO, Fernando. **Os direitos humanos através da história.** Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/dados/livros/edh/mundo/sorondo/index.html>> Acessado em: 02 nov. 2013.

SILVA, De Plácido e. **Vocabulário Jurídico/Atualizadores: Nagib Slaibi Filho e Gláucia Carvalho.** 26. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2006.

TEIXEIRA, Carmem. **Os princípios do Sistema Único de Saúde.** Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/pdf/os_principios_do_sus.pdf>. Acessado em: 26 de agosto de 2013.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila. **Política de saúde e equidade**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-88392003000100007&script=sci_arttext>. Acessado em: 26 de agosto de 2013.

VILAS BOAS, Marco Antonio. **Estatuto do idoso comentado**. Rio de Janeiro: Forense, 2009.