



Prisma Jurídico
ISSN: 1677-4760
prismajuridico@uninove.br
Universidade Nove de Julho
Brasil

Campos, Adriana; Rezende de Oliveira, Daniela
Direito à saúde pública no Brasil: excuro histórico ao processo de desenvolvimento, reconhecimento
e efetivação de um direito fundamental
Prisma Jurídico, vol. 13, núm. 1, enero-junio, 2014, pp. 213-241
Universidade Nove de Julho
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=93431846009>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Direito à saúde pública no Brasil: excursus histórico ao processo de desenvolvimento, reconhecimento e efetivação de um direito fundamental

*Right to public health in Brazil: excursus the historical
development process, and effective recognition of a
fundamental right*

Adriana Campos

Doutora em Direito Constitucional com ênfase e Direito Eleitoral, Mestre em Direito Econômico.
Professora da Graduação e da Pós-Graduação da Faculdade de
Direito da Universidade Federal de Minas Gerais.
adrilaw100@gmail.com.

Daniela Rezende de Oliveira

Doutora em Direito pela Universidade Federal de Minas Gerais.
danifilodir@yahoo.com.br

Resumo: O presente artigo tem como objetivo fazer uma reconstrução de alguns aspectos históricos da saúde pública no Brasil, ressaltando os principais momentos e eventos históricos, bem como os textos normativos que revelam o processo de construção e evolução jurídica de um dos mais relevantes direitos humanos fundamentais, qual seja: o direito à saúde.

Palavras-chave: história do direito à saúde pública; direito à saúde; saúde pública.

Abstract: This article aims to make a historical reconstruction of public health in Brazil, highlighting the key moments and historical events, as well as the normative texts that reveal the process of construction and legal developments relevant to one of the most fundamental human rights, namely: the right to health.

Key words: history of the right to health, the right to health; public health.

1 Introdução

A expressão “saúde pública” deve ser entendida como “prática social desenvolvida por inúmeras instituições do aparelho estatal, desde as universitárias até aquelas diretamente vinculadas ao Poder Executivo e imediatamente responsáveis pela criação de condições favoráveis ao desenvolvimento econômico a partir da perspectiva do bloco político e economicamente dominante, e ao mesmo tempo, “encarregadas de administrar a saúde coletiva dentro de limites que facilitem a legitimação deste bloco frente à sociedade” (CAMPOS, 2006, p. 37).

Embora o direito à saúde tenha sido internacionalmente reconhecido em 1948, por meio da Declaração Universal dos Direitos Humanos, no Brasil, ele só foi expressamente reconhecido a partir da Constituição da República de 1988. No Brasil, antes de 1988, o direito à saúde era entendido como “direito à assistência em saúde”, e somente alcançava os trabalhadores com vínculo formal no mercado de trabalho e seus familiares, ou seja, somente era estendido àqueles que, efetivamente, contribuíam para a Previdência Social. Assim, a maioria da população brasileira, por longas décadas, não tinha acesso às ações de saúde, restando-lhe apenas contar com a assistência das “Casas de Misericórdia”, entidades filantrópicas que prestavam serviços de saúde aos mais carentes como mero favor, e não como forma de garantir um direito.

Ao pretendermos elaborar um trabalho acerca da história e desenvolvimento do direito à saúde pública no Brasil, verificamos que o maior desafio desse estudo consiste em tentar explicar o porquê da importância da saúde pública decrescer nos momentos em que nosso país tem o seu ritmo de crescimento econômico acelerado, tendo em vista que, estranhamente, quanto mais ocorre o desenvolvimento da economia do país, mais o Estado relega a saúde pública ao segundo plano.

Segundo Polignano, para que possamos analisar a atual realidade da saúde pública brasileira, é necessário conhecer os determinantes históricos

envolvidos neste processo, frisando-se que o setor da saúde sofreu as influências de todo o contexto político-social pelo qual o Brasil passou ao longo das décadas (POLIGNANO, 2010, p.1).

Comungamos com o entendimento de Polignano de que, para analisarmos a história das políticas de saúde no Brasil, evidencia-se, dentre outros aspectos, que: 1º) É impossível se dissociar a evolução histórica das políticas públicas de saúde do contexto político-social e econômico da sociedade brasileira; 2º) A saúde nunca ocupou lugar central dentro das políticas sociais do estado brasileiro, em especial no que se refere aos recursos públicos direcionados a esse setor; 3º) A conquista dos direitos sociais no estado brasileiro, incluído o direito à saúde pública é resultado de um processo de lutas e reivindicações dos trabalhadores brasileiros, ao invés de ser resultado da livre-iniciativa do Estado, que deveria permanentemente ser consciente de suas obrigações acerca da tutela da saúde de toda a população, em especial, dos mais necessitados (POLIGNANO, 2010, p.2).

Portanto, no intuito de fazermos uma reconstrução histórica da saúde pública no Brasil, procuramos ressaltar os principais momentos e eventos históricos, bem como os textos normativos que revelam o processo de construção e evolução jurídica de um dos mais relevantes direitos humanos fundamentais, qual seja: o direito à saúde.

2 Saúde pública no Brasil no período imperial

Até a instalação do Primeiro Império, quando da vinda da família real ao Brasil, a saúde pública da população não fazia parte dos interesses e preocupações dos colonizadores portugueses.

Do primeiro século do Brasil colônia até a chegada da família real portuguesa ao Brasil, a saúde limitava-se às práticas tradicionais do conhecimento empírico (como a prática do curandeirismo) e ao uso dos recursos naturais, através da utilização de ervas, raízes e plantas medicinais, etc.

Outro dado curioso, e que merece destaque, é a impressionante carência de profissionais da saúde – tanto no Brasil colonial, quanto no Brasil imperial¹ – pois, em 1746, “em todo o território dos atuais estados do São Paulo, Paraná, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Goiás, havia apenas seis médicos graduados em universidades europeias” (BERTOLLI FILHO, 2008, p. 6). Em razão disso, houve uma proliferação dos chamados “Boticários” (“farmacêuticos práticos”) pelo território brasileiro, que se incumbiam de manipular medicamentos e, não muito raro, de indicar remédios à população, por sua própria iniciativa². Nesse sentido, ESCOREL e TEIXEIRA (2008, p. 336) assinalam que:

No período colonial, as ações dos poderes públicos no campo da saúde se restringiam à regulamentação das artes de curar, realizada por tribunais portugueses que expediam licenças, autorizando a prática dos diversos tipos de postulantes que comprovassem experiência. Da mesma forma que os físicos cirurgiões (médicos cirurgiões) e boticários (farmacêuticos), outros agentes de cura sem formação acadêmica, como parteiras, sangradores, aplicadores de ventosas e diversos tipos de curandeiros, obtinham licenças para exercer suas funções em localidades específicas e por tempo determinado.

-
- 1 Para suprir um pouco da carência de profissionais de saúde com formação acadêmica, no de 1808 foram criadas as duas primeiras Escolas de Medicina no Brasil, quais sejam: o Colégio Médico-Cirúrgico, no Real Hospital Militar da cidade de Salvador, e a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, no Real Hospital Militar da cidade do Rio de Janeiro.
 - 2 Os boticários, em regra, não possuíam nenhuma formação acadêmica, e o processo de habilitação na função consistia em acompanhar, durante algum tempo, as atividades de uma botica já estabelecida, e posteriormente, prestar um exame de aptidão perante a fisiatura, e sendo aprovado, o candidato recebia uma “carta de habilitação” para instalar o seu próprio estabelecimento farmacêutico. (Conf.: BERTOLLI FILHO, 2008).

Somente no século XIX, com a chegada da Corte portuguesa ao Brasil, houve a organização de uma precária estrutura sanitária, no intuito de dar suporte e atender às necessidades da nobreza que se instalava na cidade do Rio de Janeiro³. De qualquer modo, durante o século XIX, o interesse essencial em relação à saúde pública se restringia ao estabelecimento de um controle sanitário mínimo, limitado tão-somente à Capital do Império, em especial, através do rigoroso controle sobre os navios que atracavam nos portos de nosso território.

Necessário, ainda, esclarecer que, à época – meados do século XIX, havia uma grande dificuldade de se implantar políticas públicas de saúde que se estendesse ao longo de todo o território brasileiro, tendo em vista que a organização política do Império era estruturada com base em um regime de poder unitário e centralizado.

Ressalte-se que, entre 1849 e 1851, no intuito de desenvolver ações de saúde pública, foi instituída a *Junta Central de Higiene Pública*, que passou a coordenar as atividades de política sanitária, a vacinação antivariola e a fiscalização do exercício da medicina. Além disso, por meio da Inspetoria de Saúde dos Portos, havia a fiscalização sanitária dos portos marítimos e fluviais do território nacional (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 336).

No que se refere ao aspecto jurídico-constitucional, necessário mencionar que a Constituição Imperial de 1824, faz algumas menções à saúde pública em seu artigo 179. Assim, o inciso XXI, do referido artigo, dispunha que: “Nenhum gênero de trabalho, de cultura, indústria, ou commercio pôde ser prohibido, uma vez que não se opponha aos costumes publicos, à segurança, e saude dos Cidadãos.” De outro modo, o inciso XXXI do mesmo artigo estabelecia que: “A Constituição também garante os socorros publicos.” Entretanto, a saúde pública ainda não era reconhecida como direito na legislação da época.

3 Necessário esclarecer que, o principal problema de saúde à época do Brasil colônia era a epidemia de varíola, e durante o Brasil imperial, o grande problema era a febre amarela.

3 Saúde pública no Brasil no início da república

A partir de 1889, com a Proclamação da República no Brasil, a organização político-econômica do país assumiu as características típicas do capitalismo da época, constituindo um período marcado pelo domínio do poder nas mãos dos grandes proprietários de terras. Salvo raras exceções, as coligações partidárias nunca chegaram a ter repercussão nacional, e as organizações políticas, até 1930, atuavam somente em defesa de interesses regionais – o que refletia, pois, no âmbito da saúde, tendo em vista que a reivindicação à saúde pública era relegada ao segundo plano.

Em decorrência do completo descaso com a saúde pública ocorrido no século XIX e no início do século XX, em razão da absoluta ausência de políticas públicas sanitárias, as cidades brasileiras – em especial o Rio de Janeiro – estavam a mercê das epidemias, sobretudo, a febre amarela, a varíola e a malária e, posteriormente, a peste. A completa desordem na saúde pública nacional repercutiu negativamente no setor do comércio exterior, pois, navios estrangeiros se recusavam a atracar no porto do Rio de Janeiro, em razão da precária situação sanitária da Capital do país (POLIGNANO, 2010, p. 4). ESCOREL e TEIXEIRA (2008, p. 341), sobre a ausência de políticas sanitárias no início do século XX, afirmam que:

Salvo a preocupação com as epidemias, a ação do Estado em relação à saúde se restringia a medidas ordenadoras na vida urbana que visavam à manutenção de um estado geral de salubridade. Nesse campo, tinha destaque a fiscalização das habitações populares, a venda de alimentos e de bebidas alcoólicas. Até esse momento, a ação dos poderes públicos não se voltava para a assistência à saúde dos indivíduos, permanecendo com a filantropia a responsabilidade pelo cumprimento desse papel.

Diante da repercussão do problema da estrutura da saúde pública na economia nacional, o governo do presidente Rodrigues Alves priorizou dois pontos, a saber: melhorar o porto e sanear a cidade do Rio de Janeiro. Para tanto, criou um serviço público de limpeza urbana e implantou numerosas obras urbanísticas, como a construção de ruas e avenidas, urbanização de praças e, modernização do porto.

Foi também na gestão do presidente Rodrigues Alves que o médico sanitarista Oswaldo Cruz foi nomeado ao cargo de Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, assumindo o compromisso de erradicar a epidemia de febre amarela na cidade do Rio de Janeiro. Para tanto, agentes sanitários foram convocados para atuar no combate ao mosquito transmissor da febre.

Apesar de todos os problemas e críticas enfrentados pelo modelo *campanhista*⁴, nesse período houve um grande sucesso no que se refere ao combate e controle de epidemias, inclusive, erradicando a febre amarela na cidade do Rio de Janeiro – razão pela qual o modelo foi fortalecido e adotado como proposta de intervenção na área da saúde coletiva durante as décadas seguintes.

Na década seguinte – em 1920 – Carlos Chagas foi o responsável por reestruturar o Departamento Nacional de Saúde – ligado, à época, ao Ministério da Justiça – e sua gestão foi marcada pela introdução de uma política de saúde pública educativa e preventiva, além de expandir as atividades de saneamento básico para outros estados⁵.

4 A política sanitária intervencionista instaurada por Oswaldo Cruz, conhecida como *modelo campanhista*, foi muito criticada à época por utilizar a força da autoridade (policial e sanitária) como meio legítimo para a execução das medidas sanitárias adotadas. As ações dos agentes sanitários revoltaram grande parte da população da cidade do Rio de Janeiro – fato que ficou historicamente conhecido como *Revolta da Vacina*, em consequência da medida instituída pela Lei Federal nº 1261, de 31 de outubro de 1904, que instituía a vacinação – compulsiva e obrigatória – antivaríola válida para toda a população do país.

5 Foi também na gestão de Carlos Chagas – quando Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública – que foi criada a primeira Escola Profissional de Enfermagem no Brasil, a

Assim, necessário mencionar que, as políticas públicas de saúde – do início do século XX até a década de 60, do mesmo século – servem e acompanham os interesses político-econômicos dominantes, pois, as medidas sanitárias e ações de saúde adotadas eram, em regra, sempre destinadas aos espaços de circulação de mercadorias exportáveis e, ao controle e combate de doenças que poderiam prejudicar a exportação, sendo o modelo *sanitarista campanhista* o predominantemente adotado pelos governos.⁶ Importa, ainda, esclarecer que, até meados do século passado, as políticas sanitárias e o controle de epidemias estavam concentrados nos grandes centros urbanos⁷, e, gradativamente, o modelo campanhista deslocou as suas atividades para o campo, intentando combater as endemias rurais, pois, a política de saneamento rural se tornou importante a partir do momento em que a agricultura se tornou a principal atividade econômica daquela época.

4 Saúde pública no Brasil e o estado novo

A Crise Internacional de 1929 marca a decadência da dominação oligárquica no Brasil e evidencia um crescente processo de transformação econômico-social no país, marcada, sobretudo, pela constante emigração

Escola de Enfermagem Anna Nery.

- 6 Sobre esse aspecto, confira: BERTOLLI FILHO, Cláudio. *História da saúde pública no Brasil*. São Paulo: Ática, 2008. E, também: BRAGA, José Carlos, PAULA, Sérgio Góes. *Saúde e previdência*. Estudos de política social. São Paulo: Hucitec, 1981; e, CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *A saúde pública e a defesa da vida*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- 7 Necessário esclarecer, ainda, que até a primeira década do século XX, as ações de saúde pública se voltavam basicamente para os grandes centros urbanos. Sendo assim, o Estado, até então, deixava à margem dessas ações todo o interior do país, local em que as condições de saúde, muitas vezes, eram lamentáveis e piores que nas capitais de estado, sendo permeadas por diversos problemas como a desnutrição, as verminoses e a malária. (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 352.) No mesmo sentido: ACIOLE, 2006, p. 124.

de estrangeiros oriundos do continente europeu⁸, pela emergência de uma classe operária ligada à industrialização, pela crescente urbanização das cidades, pela mobilização dos trabalhadores do campo (com a formação do BOC – Bloco Operário Camponês, em 1920) e pelo enfraquecimento do poder do setor agrário-exportador.

Com a Revolução de 1930, sob o comando de Getúlio Vargas, mudanças relevantes ocorrem na política e na estrutura do Estado⁹. Dentre as mudanças mais marcantes, temos a expansão do sistema econômico nacional, com um acentuado programa de industrialização no Brasil – é o processo de expansão do capitalismo, alcançando, inclusive, o campo e as grandes propriedades agrárias.

Em razão do crescente programa estatal de industrialização nacional, as verbas estatais destinadas às políticas de saúde pública e saneamento diminuem gradativamente, passando a ser redirecionadas a outros setores, como: indústria e comércio, transportes e urbanização¹⁰.

A saúde pública, que já era precária, começa a se deparar com problemas e crises ainda maiores em decorrência dos grandes êxodos rurais e da proliferação das “favelas” nos grandes centros urbanos – pois, a população saía do campo e vinha para as cidades buscando melhores condições

8 Frise-se que os imigrantes europeus – em especial, os de origem italiana, traziam para o Brasil a história do movimento operário na Europa e a luta pelos direitos trabalhistas, fator que faz com que ocorra uma mobilização e organização da classe operária nacional na luta pela conquista de seus direitos – o que pode ser evidenciado pelas duas grandes greves gerais organizadas pelo movimento operário brasileiro nos anos de 1917 e 1919.

9 Necessário mencionar que, em 1930 foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública.

10 Campos assinala que, a partir da década de 30, a saúde pública deixa de ser uma das prioridades dentro do conjunto de políticas sociais do Estado brasileiro – isso em termos relativos, pois em termos absolutos, a estrutura sanitária cresce, assumindo, inclusive, extensão nacional. Segundo o mencionado autor, na década de 30, as políticas relativas à saúde pública acompanham a tendência centralizadora do Estado nacional pós-trinta, e as verbas destinadas à saúde pública diminuem progressivamente, como também, diminui o poder político necessário à regulamentação da organização social, e novos limites são colocados à intervenção “técnica” dos programas e ações da saúde pública. (CAMPOS, 2006, p. 39.).

de trabalho e acreditando que as cidades dispunham de uma infra-estrutura melhor que a do campo. Com isso, as preocupações do novo governo – do Estado Novo – passam a ser de natureza econômico-financeira (em especial, as relativas à infra-estrutura nacional, como ampliação da malha ferroviária, construção de grandes rodovias, reestruturação dos portos, etc.), dando início à reformulação da política agrária nacional, além da formulação de um novo direito trabalhista, tendo em vista que a crescente massa assalariada urbana se torna o grande ponto de sustentação política desse governo (CAMPOS, 2006, p. 39-43).

No que se refere ao aspecto jurídico-normativo, a Constituição da República de 1934 traz importantes avanços no que tange à saúde pública e à assistência social, eis que em seu artigo décimo determina a competência concorrente entre a União e os estados em relação aos cuidados relativos à saúde e assistência públicas. Do mesmo modo, em seu artigo 141, a referida Constituição da República estabelece a obrigatoriedade, em todo o território nacional, do “amparo à maternidade e à infância, para o que a União, os Estados e os Municípios destinarão um por cento das respectivas rendas tributárias”.

Em 1937, é promulgada uma nova Constituição, que reforça a centralização do poder estatal e a autoridade presidencial – é instaurada a ditadura. O artigo 136 da Constituição da República de 1937 estabelece o direito ao trabalho honesto “como meio de subsistência do indivíduo”, constituindo “um bem que é dever do Estado proteger, assegurando-lhe condições favoráveis”, mas não faz menção direta ao direito à saúde. Do mesmo modo, a alínea “l”, do artigo 137 do mesmo texto normativo não reconhece expressamente o direito à saúde, porém, determina que seja garantido “a assistência médica e higiênica ao trabalhador e à gestante, assegurado a esta, sem prejuízo do salário, um período de repouso antes e depois do parto”.

Em 1939, a justiça do trabalho é regulamentada e, posteriormente, em 1943, é homologada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Além disso, a partir de 1940, verificamos a regulamentação de uma legislação tra-

balhista que procura estabelecer alguns direitos sociais aos trabalhadores, além da criação da estrutura sindical do Estado.¹¹ Assim, as normas que garantem direitos sociais aos trabalhadores e suas famílias pareciam ser mais uma dádiva do governo do que a conquista dos trabalhadores obtida por meio de um longo período de luta (POLIGNANO, 2010, p. 2).

Em 1942, foi criado o SESP (Serviço Especial de Saúde Pública) como resultado de um acordo entre os governos brasileiro e norte-americano, cujo objetivo era combater a febre amarela e a malária nas regiões Amazônica e no Vale do Rio Doce. Aqui, está claro o interesse econômico envolvido nessas ações políticas de saúde, eis que a época é marcada pela expansão das indústrias extrativistas de borracha. Nesse contexto, ACIOLE (2006, p. 145) nos revela que:

No tocante à Saúde Pública do período 1930/1950, suas feições serão marcadas em função dos interesses das políticas de industrialização, dependentes do capital americano, e acentuados pela questão da segunda grande guerra, em que a posição estratégica do Brasil o coloca como aliado incondicional do EUA. É no âmbito de uma série de medidas de outras naturezas, diretamente veiculadas ao esforço de manter a América para os americanos, que ocorrerá a consolidação de uma rede permanente de unidades de saúde: as chamadas Unidades Sanitárias. Tem interesse sobretudo, a região Nordeste, pela situação avançada do seu ponto oriental (Natal vai ser a escolhida para sediar uma base militar americana), o que fazia necessário o combate às endemias e moléstias tropicais, a fim de garantir o esforço de guerra.

11 Um exemplo é a Reforma Barros Barreto que, dentre outras ações: instituiu órgãos normativos responsáveis por orientar a assistência médico-hospitalar e sanitária; instalou órgãos executivos destinados a controlar e combater as endemias de malária, febre amarela e peste, além de executar amplos programas de abastecimento de água e medidas de saneamento básico.

Concluimos, pois, que a estrutura político-administrativa instituída no Estado Novo permaneceu quase que inalterada até 1953, deixando como marca a separação entre saúde pública (responsável por solucionar problemas de saúde coletiva, como controle e erradicação de endemias e doenças infectocontagiosas) e assistência médica (de caráter individual, destinada a amparar e curar indivíduos acometidos por enfermidades que lhes impedissem de trabalhar) (HOCHMAN; LIMA; FONSECA apud ESCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 366). Ainda, importa salientar que, apesar do esforço do Estado Novo por aumentar as políticas de saúde pública, na prática, as soluções para os grandes problemas sanitários da época não foram obtidas, tendo em vista a escassez de recursos financeiros aplicados à saúde pública, bem como, em razão do fracasso de muitas ações de saúde pública resultante dos constantes conflitos de jurisdição e gestão dos órgãos estatais, da burocratização do serviço de saúde pública e da superposição de funções e atividades dos diversos setores da organização estatal.

5 Saúde pública no Brasil no período de redemocratização

No período da “redemocratização” – pós Era Vargas – o presidente Eurico Gaspar Dutra, através da reforma político-administrativa conhecida como *Plano Salte*, buscou efetuar melhorias no atendimento e assistência médico-hospitalar nacional, bem como, procurou investir em programas que visavam à melhoria na alimentação, transporte e energia do país. Entretanto, a reforma ficou restrita à teoria, eis que na prática, a saúde pública continuava a ser tratada com o mesmo descaso que no período anterior, tendo em vista os escassos recursos públicos destinados aos setores da saúde e assistência social.

Em 1953, através da Lei nº 1920, foi criado o Ministério da Saúde. Contudo, o desmembramento do antigo Ministério da Saúde e da Educação,

na verdade, foi meramente formal, pois, na prática, o novo Ministério não solucionou os grandes problemas da saúde pública da época, além de assumir uma estrutura político-administrativa extremamente burocrática, que lhe impedia de atingir os seus reais objetivos (CARVALHO, s/d, p. 4).

6 A saúde pública no Brasil durante o Regime Militar

Em 1964, a ditadura do Regime Militar se instaurou no Brasil, e o período foi marcado pela luta do poder dominante contra a ideologia comunista e socialista e pela tentativa de proteger os interesses daqueles que defendiam o regime capitalismo – especialmente, o capitalismo americano – é a *Guerra Fria*.

No Brasil, a política interna foi marcada pelo crescente fortalecimento do Poder Executivo, justificado pelo “avanço e desenvolvimento” econômico, em detrimento do Poder Legislativo. Diversas leis e atos normativos que restringiam as liberdades individuais e constitucionais foram editados – sobretudo, os chamados *atos institucionais*.

Em relação à saúde pública, a Constituição da República do Brasil de 1967 não reconheceu expressamente o direito à saúde, entretanto, em seu artigo 158, inciso XV, é assegurado aos trabalhadores o direito à assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva. Necessário esclarecer, ainda, que o § 1º, do artigo 163, da mesma Constituição, estabelecia que o Estado organizaria e exploraria diretamente atividades econômicas somente para suplementar a iniciativa privada.

Do mesmo modo, o direito à saúde não foi expressamente reconhecido pela Constituição da República de 1969, sendo considerado como direito meramente individual e, em consequência disso, a saúde pública não recebe a necessária e devida atenção por parte do Estado.

Além disso, é possível notar que, nesse período, a saúde pública, mais uma vez, foi negligenciada, tendo em vista os poucos recursos que o governo federal destinou ao Ministério da Saúde, impedindo que ações de saúde pública pudessem ser desenvolvidas. Segundo POLIGNANO (2010, p. 16), nesse período, “Ministério da Saúde tornou-se muito mais um órgão burocrato-normativo [sic] do que um órgão executivo de política de saúde”. No mesmo sentido, CARVALHO e PINTO (s/d, p. 5) afirmam que:

Durante a Ditadura Militar que se instaurou em 1964, o Ministério da Saúde, além de contar com poucos recursos teve, também, sua esfera de atuação alterada. A partir de então, passa a entender a saúde como fenômeno individual e não como elemento coletivo. O resultado disso foi a valorização dos hospitais particulares em detrimento dos hospitais públicos.

Nos ordenamentos jurídicos da época, ou seja, na Carta de 1967 e na Carta de 1969, o direito à saúde, como direito individual, não detém a atenção necessária e devida do poder público, como se por um lapso. Como resultantes o direito à saúde, como parte integrante do direito maior de qualquer indivíduo - o direito à vida - que é o bem maior de cada cidadão, passa a ser negligenciado na medida em que há a abstenção da responsabilidade social (direito social).

Em 1967, o Decreto-lei nº 200 estabelecia as competências do Ministério da Saúde que, dentre outras, eram as seguintes: formulação e coordenação da política nacional de saúde; responsabilidade pelas atividades médicas ambulatoriais e ações preventivas em geral; controle de drogas, medicamentos e alimentos; e a pesquisa médico-sanitária federal. Assim, em decorrência do decreto-lei mencionado e das novas competências do Ministério da Saúde, houve a valorização dos hospitais particulares em detrimento dos hospitais públicos, visto que a medicina curativa ficou a cargo da Previdência Social.

Além disso, vale ressaltar que, em 1966, por meio do Decreto- Lei nº 72, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), unificando e reunindo os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), o Serviço de Assistência Médica e Urgência (SAMDU) e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social. O INPS foi instituído como órgão da administração pública indireta da União, detendo personalidade jurídica de natureza autárquica, e incorporou todos os órgãos previdenciários que funcionavam desde 1930 por meio de seu artigo primeiro, ficando subordinado ao Ministério Público do Trabalho (BERTOLLI FILHO, 2008, p. 54). Essa subordinação resultou na inclusão de praticamente todas as clínicas e unidades hospitalares na organização previdenciária, não exatamente a extensão da cobertura médico-hospitalar e, dessa forma, o governo federal acabou por criar as condições institucionais ideais e necessárias ao desenvolvimento do “complexo médico-industrial”, fato que marcou esse período (BERTOLLI FILHO, 2008, p. 54).

Em 1970, através do Decreto nº 66.623, foi criada a SUCAM (Superintendência de Campanhas de Saúde Pública), fundação pública federal resultante da fusão do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERu)¹², da Campanha de Erradicação da Malária (CEM) e da Campanha de Erradicação da Varíola (CEV), cujo objetivo era executar atividades de combate às endemias de transmissão vetorial, sendo que sua estrutura operacional estava presente em todos os estados brasileiros.¹³

Em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) que agregou a competência do INPS, desvinculando-o do Ministério do Trabalho. Também, no mesmo ano, foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), no intuito de favorecer a moder-

12 O DENERu (Departamento Nacional de Endemias Rurais), órgão do governo federal, foi criado em 1956, sendo que seu objetivo principal era unificar sob uma única coordenação os 15 órgãos envolvidos no combate, controle e erradicação de doenças específicas, como a febre amarela, a malária, a varíola e a hanseníase.

13 Importa destacar que a SUCAM foi legítima herdeira do modelo sanitarista campanhista de organização de ações de saúde pública do Brasil.

nização e ampliação da rede hospitalar privada, por meio de empréstimos com juros subsidiados. Além disso, para combater os recorrentes desvios de recursos e a corrupção dentro dos órgãos estatais responsáveis pela saúde pública, foram criados: o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL, em 1971); a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev, em 1974).

Em 1975, é criado o Sistema Nacional de Saúde, órgão responsável por estabelecer e estruturar as atividades dos setores públicos e privados na área de saúde, no intuito de garantir o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Em 1976, é instituído o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que se configurou como o primeiro programa de medicina simplificada no nível federal, estendido a todo o território nacional, o que provocou uma grande expansão da rede ambulatorial pública.

Embora tenha havido nesse período um relativo aumento na expectativa de vida da população e a diminuição da mortalidade infantil, todas as medidas e políticas de saúde pública adotadas não passaram de tentativas do governo de melhorar as deficiências do setor da saúde que, em 1979, foi classificado pela OMS como um dos países com maior número de enfermos da América Latina, sendo ultrapassado apenas por Haiti, Bolívia e Peru (CARVALHO; PINTO, s/d, p. 5).

Em 1975, as sucessivas crises econômicas (internacionais e nacionais) somadas à má gestão dos recursos destinados à saúde e ao descaso das autoridades estatais fizeram com que o complexo sistema de saúde existente no Brasil entrasse em colapso. O atendimento à saúde era reservado apenas aos trabalhadores com carteira assinada e seus dependentes (decorrência da Lei Eloy Chaves, criada pelo Decreto nº 4.682, de 1923) e o restante da população (ou seja, os mais carentes) tinha que contar com o amparo das “Casas de Misericórdia”, que garantiam a assistência médico-hospitalar como uma “caridade” e não como um direito. Do mesmo modo, o modelo de saúde previdenciário começou a revelar a sua incapacidade

para solucionar os problemas de saúde coletiva, fato que culminou com a criação, em 1981, do CONASP (Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária), órgão ligado ao INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), incumbido de fiscalizar de maneira rigorosa a prestação de contas dos prestadores de serviços credenciados e de combater as fraudes na Previdência.

Em 1983, foram instituídas as Ações Integradas de Saúde (AIS), que buscavam a criação de um novo modelo assistencial que incorporava o setor público, integrando ações de medicina curativa, preventiva e educativa simultaneamente. As Ações Integradas de Saúde (AIS) tiveram importância crucial enquanto travessia para o Sistema Unificado de Saúde¹⁴.

7 A saúde pública no início da década de 80, século XX

Com o fim do regime militar, em 1985, profundas mudanças ocorrem na organização política nacional, e há uma crescente mobilização social no país, inclusive na área de saúde, que culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, lançando as bases da reforma sanitária e da criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS).

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi um marco para a história da saúde pública no Brasil, pois, foi a partir desse momento que o Estado começou a reconhecer o “direito à saúde” como direito humano fundamental. Contudo, a garantia do direito à saúde como direito fundamental foi algo de difícil implementação, pois, “a lógica da economia de mercado prevalecia sobre a idéia de invocação de dividendos para atender a esse segmento social” (CARVALHO; PINTO, s/d, p. 6.)

14 Segundo Paim, as AIS representam “a redefinição ‘democratizante’ de uma estratégia racionalizadora com vistas a uma política de saúde radicalmente distinta daquela que deu origem ao plano CONASP”. (Conf. PAIM, 1986, p. 180.).

Necessário ressaltar que, o Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde concluiu que o direito à saúde deve ser garantido pelo Estado, que se encarregará de promover “condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade”.¹⁵ Ademais, para que haja o pleno exercício do direito à saúde, o Relatório Final da Conferência determina que seja garantido aos cidadãos condições dignas de trabalho, alimentação, moradia digna, educação e informação plena, transporte seguro e acessível, lazer, qualidade adequada do meio ambiente, bem como acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde¹⁶.

Foi também nos meados da década de 80 que houve um notável crescimento do *sistema supletivo de saúde*, composto por cinco modalidades assistenciais, a saber: medicina de grupo, corporativas médicas, auto-gestão, seguro saúde e plano de administração (COHN; ELIAS, 1996, p. 69). Em linhas gerais, e com pequenas diferenças entre si, estas modalidades médico-privadas se baseiam em contribuições mensais dos beneficiários (poupança) em contrapartida pela prestação de determinados serviços que são previamente determinados, com prazos de carência (COHN; ELIAS, 1996, p. 69-72).

Entretanto, segundo POLIGNANO (2010, p. 21-22), o *sistema supletivo de saúde* é insuficiente e ineficiente, tendo em vista que a maior parte da população fica à mercê do subsistema público de saúde – com seus precários recursos financeiros:

Este sistema baseia-se num universalismo excludente, beneficiando e fornecendo atenção médica somente à parcela da sociedade que

15 Item 3 do texto do Relatório Final da VIII Conferência Nacional Saúde, realizada em 1986.

16 Itens 1 e 5 do texto do Relatório Final da VIII Conferência Nacional Saúde, realizada em 1986.

tem condições financeiras de arcar com o sistema, não atendendo à população como um todo e sem a preocupação em investir em saúde preventiva e na mudança dos indicadores de saúde.

8 A saúde pública no Brasil entre os anos de 1988 e 1992 – advento da constituição da República de 1988 e o nascimento do SUS

As diretrizes apontadas no Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde vieram a ser seguidas pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, e o direito à saúde é reconhecido – finalmente – como direito fundamental.¹⁷ Desse modo, a Constituição da República de 1988 consagra a dignidade da pessoa humana como direito fundamental e princípio informador de toda a ordem constitucional, em especial, no que se refere ao direito à vida – e seus direitos correlatos: o direito à integridade física, psíquica e mental.

Em seu texto, a Constituição da República de 1988 estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos”, além de ser garantido, também, o “acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” do indivíduo (artigo 196, da CRFB de 1988).

Todavia, como bem assinala o Relatório Final da referida VIII Conferência Nacional de Saúde:

Esse direito [à saúde] não se materializa simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente,

17 A VIII Conferência Nacional de Saúde resultou também, na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que, mais tarde, cedeu lugar ao Sistema Único de Saúde (SUS).

necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população.¹⁸

Com a Constituição da República de 1988, a saúde passou a integrar o Sistema da Seguridade Social, juntamente com a Previdência e a Assistência Social.

A Constituição da República de 1988 também instituiu o SUS (Sistema Único de Saúde) como um sistema de atenção, cuidados e prestação de serviços, com base no direito universal à saúde e na integralidade das ações, abarcando a vigilância e a promoção da saúde, bem como a recuperação de agravos.¹⁹

O Sistema Único de Saúde deve ser entendido como “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (POLIGNANO, 2010, p. 23). Para tanto, o SUS deve observar, no desenvolvimento e execução de suas ações e serviços, as seguintes diretrizes: *universalidade* do direito aos benefícios previdenciários (tanto para os contribuintes, quanto para os não contribuintes

18 Item 4 do texto do Relatório Final da VIII Conferência Nacional Saúde, realizada em 1986.

19 De acordo com o artigo 198, da Constituição da República de 1988, o SUS deve ser compreendido do seguinte modo: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III. Participação da comunidade. Parágrafo único - o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”.

do sistema); *equidade*, garantindo-se a todos, indistintamente, o acesso à saúde; *integralidade de assistência* (entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema); *uniformidade e equivalência* dos benefícios e serviços de saúde prestados (sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie); *diversidade* da sua base de financiamento; e, *descentralização político-administrativa*, sendo necessária a participação da sociedade civil na gerência do sistema; integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Embora o Sistema Único de Saúde (SUS) tenha sido definido na Constituição da República de 1988, ele somente foi regulamentado em 1990, por meio da Lei Federal nº 8.080, que define o modelo operacional do SUS, a sua forma de organização e o seu funcionamento. Assim, de acordo com a referida lei, são objetivos do SUS: a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de políticas públicas de saúde; e a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

As atribuições principais atribuições do SUS são: a execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica; a execução de ações relativas à saúde do trabalhador; a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; a vigilância nutricional e a orientação alimentar; a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho; a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção; o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde; a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para

consumo humano; a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico; a formulação e execução da política de sangue e seus derivados. Ademais, a Lei Federal nº 8080/ 90, estabeleceu que os recursos destinados ao SUS seriam provenientes do Orçamento da Seguridade Social.²⁰

9 A saúde pública no Brasil na atualidade

No início da década de 90, o modelo político-econômico neoliberal, que adotou a política conhecida como *estado mínimo*, repercutiu, inclusive, na área social, ampliando os espaços nos quais a regulação se fará pelo mercado capitalista. A partir de então, passou a vigorar a ideia de que o Estado deveria limitar ao máximo os gastos públicos, inclusive no setor da saúde e, as políticas referentes à saúde deveriam ficar, essencialmente, a cargo da iniciativa privada. Por isso, esse período é marcado pelo grande número de edições das já mencionadas Normas Operacionais Básicas (NOBs).

Necessário ainda mencionar que, o agravamento do setor público se saúde aumentou bastante a partir de 1994, momento em o Ministério da Previdência Social, determinou que os recursos oriundos da folha de pagamento dos trabalhadores assalariados e dos empregadores seriam destinados, unicamente, para o custeio da Previdência Social, e não mais repassados, parcialmente, à área de saúde.

20 Necessário destacar que, a referida lei federal tem sido substancialmente modificada pela edição das NOBs – NOB é a abreviatura para *Norma Operacional Básica* – sendo elas as responsáveis pela aplicação dessa lei. Dentre os objetivos das NOBs destacam-se o seu papel em regular a transferência de recursos financeiros da união para estados e municípios; conduzir o planejamento das ações de saúde e os mecanismos de controle social.

Em 1995, numa tentativa de conter a crise existente no setor da saúde pública, o Ministério da Saúde propõe a instituição da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) como recurso financeiro para custear os gastos com a saúde. A CPMF, instituída em 1996, pela Lei Federal nº 9.311, passou a vigorar em 1997. Inicialmente, a arrecadação da contribuição seria destinada exclusivamente ao Fundo Nacional de Saúde, mas, a partir de 1999, com a Emenda Constitucional nº 21, a CPMF passou a destinar parte de seus recursos à Previdência Social e à erradicação da pobreza. Contudo, a taxa foi extinta no ano de 2007, em razão dos constantes desvios dos recursos arrecadados pela CPMF e da constatação de que os valores não eram exclusivamente aplicados na área de saúde e da Previdência Social.

No ano de 1996, merece destaque a NOB 01/96²¹, que modifica substancialmente o modelo de gestão do SUS em relação aos municípios, instituindo dois novos modelos: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. Com esses dois novos modelos de gestão, os municípios passaram a ter maiores responsabilidades na gestão dos recursos financeiros repassados pela União, bem como maior autonomia quanto a administração da saúde, podendo gerir diretamente o sistema hospitalar.

Em 2000, é promulgada a Emenda Constitucional nº 29, cujo objetivo foi definir a forma de financiamento da política pública de saúde, vinculando-a a receita tributária. Desse modo, o financiamento do SUS foi garantido constitucionalmente, devendo o governo federal corrigir anualmente o orçamento da saúde com base na variação do produto interno bruto do ano anterior²².

21 Apesar de ter sido editada em 1996, a NOB 01/96 somente foi implantada no ano de 1998.

22 Sobre a Emenda Constitucional nº 29, Paulus Júnio & Cordoni Júnior assinalam que: “As discussões sobre a operacionalização da EC 29 no Governo Federal e os debates conceituais de despesas com saúde em todos os níveis de governo, bem como outros esforços de desvinculação de receitas, parecem ter o objetivo de fuga às determinações da Lei mos-

Em 2006, é instituída a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), que tem por finalidade contribuir com o processo de repolitização da saúde. A CNDSS é um projeto do governo federal que visa demonstrar que a saúde humana depende de moradia digna, alimentação de boa qualidade e balanceada, saneamento básico, higiene, serviços de saúde, educação de qualidade e relações ambientais sustentáveis.

Ainda, em 2006, foi instituído o Pacto pela Saúde (pacto firmado entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)), constituindo um projeto que visa atender a uma necessidade imperiosa de qualificação do SUS, como um fator de fortalecimento da gestão solidária entre as três esferas de gestão do SUS – União, estados-membros e municípios – com vistas ao atendimento das necessidades e demandas de saúde da população. O Pacto objetiva reforçar a coresponsabilidade e a cooperação entre os entes federados no que se refere à gestão da saúde pública no Brasil. O Pacto pela Saúde envolve, ainda, o compromisso de ampliar a mobilização popular e o movimento em defesa do SUS²³.

Atualmente, o Ministério da Saúde desenvolve oito grandes programas (ações) voltados à saúde pública, quais sejam: programa *Mais Saúde*

trando dificuldades em sua implementação e, conseqüentemente, para o SUS." (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006, p. 18.).

- 23 O Pacto pela Saúde tem três dimensões: o Pacto pela Vida (assentado sobre o compromisso de enfrentar as situações persistentes que afetam as populações mais vulneráveis, definindo estratégias e metas sanitárias para melhorar a sua situação, com vistas à promoção da equidade em saúde), o Pacto de Gestão do SUS e o Pacto em Defesa do SUS (que estabelece compromissos políticos envolvendo o Estado e a sociedade civil, a fim de consolidar a efetivação do processo da Reforma Sanitária brasileira, por meio da ampliação e do aperfeiçoamento das práticas de democracia participativa no SUS, visando fortalecer a ação política em defesa do direito à saúde) e, o Pacto em Defesa do SUS (define as responsabilidades sanitárias de cada gestor municipal, estadual e federal para a gestão do SUS, nos aspectos da gestão do trabalho, educação na saúde, descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação das ações e dos serviços, monitoramento e avaliação, auditoria e participação e controle social).

(conhecido como PAC da Saúde, o programa visa melhorar as condições de saúde e a qualidade de vida da população brasileira, proporcionando mais acesso a ações e serviços de saúde de qualidade); programa *Saúde da Família* (o objetivo desse programa é atuar na manutenção da saúde e na prevenção de doenças, alterando, assim, o modelo de saúde centrado em hospitais); programa *Brasil Sorridente* (esse programa visa melhorar a saúde bucal dos brasileiros, tanto na prevenção de cáries em crianças, quanto na verificação da saúde bucal de adolescentes, adultos e idosos); programa *UPA 24h* (as “Unidades de Pronto Atendimento – 24 horas” são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares, e, em conjunto com estas, compõem uma rede organizada de Atenção às Urgências); programa *SAMU 192* (o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência, do Ministério da Saúde, visa prestar socorro à população em casos de urgência, após chamada para o telefone 192); programa *Farmácia Popular do Brasil* (programa criado para ampliar o acesso da população a medicamentos essenciais, vendidos a preços mais baixos que os praticados no mercado); programa de *Doação de Órgãos* (programa destinado a conscientizar a população sobre a importância da doação de órgãos); e *Pacto pela redução da mortalidade infantil Nordeste – Amazônia Legal* (esse pacto faz parte de um compromisso assumido pelo Ministério da Saúde no intuito de acelerar a redução das desigualdades regionais e construir uma estratégia com governadores dos estados das regiões norte e nordeste do país).

10 Considerações finais

Ao longo do texto, pudemos constatar que o direito à saúde pública no Brasil, no que se refere ao processo de evolução histórica, passou por três momentos distintos, a saber: o primeiro momento, em que há a conscientização desse direito por parte da sociedade e do Estado; o segundo momento,

em que há o reconhecimento desse direito, através da declaração positiva no ordenamento jurídico, mais especialmente, na Constituição da República de 1988; e um terceiro momento – o atual – em que há a busca pela concretização do direito à saúde pública no âmbito social, de maneira que ele possua não só vigência normativa, mas também vigência fática (eficácia).

Desse modo, embora seja inegável que, do ponto de vista prático, é quase impossível que o Estado proporcione a toda a população uma assistência à saúde impecável, visto que toda política pública de cunho social está sujeita a algum tipo de insuficiência em algum momento, é necessário que a sociedade brasileira permaneça lutando por melhores condições de saúde e por uma vida digna.

Para que haja a efetivação do direito à saúde pública no Brasil, é imprescindível que o Estado (mediante o auxílio e participação dos cidadãos) desenvolva mecanismos que garantam a fruição desse direito por todos, de maneira uniforme e em toda sua extensão.

Ressalte-se que o direito à saúde pública deve ser interpretado da maneira mais ampla possível e jamais de maneira restrita, eis que a saúde pressupõe não só a existência física do homem, mas a sua existência digna. Nesse sentido, devemos entender que o direito à saúde deve ser compreendido como direito a uma vida adequada com a condição humana – o que subentende a garantia de uma gama de outros direitos, tais como: educação, moradia adequada, trabalho, alimentação de boa qualidade e balanceada, dentre outros. O Estado, dessa forma, deve continuar a desenvolver políticas públicas de saúde e mecanismos que assegurem e garantam a plenitude do direito à saúde e suas dimensões.

Referências

ABREU, João Capistrano de. Capítulos de história colonial e os caminhos antigos e o povoamento do Brasil. Brasília: Universidade de Brasília, 1982.

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

ALENCASTRO, Luís Felipe de (org.). *Império: a corte e a modernidade*. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

ALEXY, Robert. Balancing, constitutional review and representation. I CON. V. 3, n. 4, 2005.

ALVES, Maria Helena Moreira. *Estado e oposição no Brasil*. Bauru: EDUSC, 2005.

ANDRADE, Carlos Drummond de. Ausência. Disponível em: <<http://www.lumiarte.com/luardeoutono/drummond1.html#7>>. Acessado em: 25/07/2009.

ARAÚJO, Valdeci Lopes. *A experiência do tempo: conceitos e narrativas na formação nacional brasileira (1813-1845)*. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2008.

ARAÚJO, Laís Záu Serpa de, FRANÇA, Beatriz Sottile, ARAÚJO, Carolina Záu Serpa de. Contribuição da antropologia médica na obtenção do consentimento livre e esclarecido. In: *Revista de Direito Médico*, ano II, n.1, 2004. Disponível em: <<http://www.revistadedireitomedico.com.br/artigo.aspx?edicao=&subsecao=16&indice=1>>. Acesso em: 23 dez. 2004.

ARENDT, Hannah. *The Human Condition*. Chicago: University of Chicago, 1958.

ARISTÓTELES. *Ética a Nicômaco*. 2. ed. Brasília: UnB, 1985.

BENJAMIN, Walter. Tesi di filosofia della storia. In: *Angelus Novus: saggi e frammenti*. Renato Solmi (org.) Torino: Einaudi, 1995, pp. 75-86.

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

BOBBIO, Norberto. *Estado, governo e sociedade: para uma teoria geral da política*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

_____. *Liberalismo e democracia*. 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

_____. *O conceito de sociedade civil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

BOMFIM, Manoel. *O Brasil na História: deturpação das tradições, degradação política*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1930

BOMFIM, Manoel. *O Brasil Nação: realidade da soberania brasileira*. 2a. ed. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996.

BONAVIDES, Paulo e ANDRADE, Paes de. História constitucional do Brasil. Brasília: Paz e Terra, 1989.

BO TALLO, Eduardo Domingos; POZZO, Antonio Araldo F. Dal; PORTO,BELLO, Enzo. O Neo-constitucionalismo e a Teoria Constitucional Contemporânea. In: VIEIRA, José Ribas (Org.). Perspectivas da Teoria Constitucional Contemporânea, Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007BRAGA, José Carlos, PAULA, Sérgio Góes. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo: Hucitec, 1981.

CAMPOS, Adriana. ANDRADE NETO, João. Liberdade e segurança: o impacto de um conflito (aparente) entre princípios. *Justiça em Revista*. V.1, p. 88-102, Belo Horizonte, 2010.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *A saúde pública e a defesa da vida*. 3. ed. São Paulo:Hucitec, 2006.

CARVALHO, Heitor Humberto do Nascimento, PINTO, Márcio Alexandre da Silva. *A evolução do direito à saúde pública da cidadania brasileira*. Artigo científico apresentado no IX Encontro Interno e XIII Seminário de Iniciação Científica da Universidade Federal de Uberlândia. Disponível em: <<http://www.ic-ufu.org/cd2009/PDF/IC2009-0048.pdf>>. Acesso em: 06 de agosto de 2010.

CATTONI DE OLIVEIRA, Marcelo Andrade. Democracia sem espera e processo de constitucionalização: Uma crítica aos chamados discursos oficiais sobre a chamada “transição política brasileira”. In: CATTONI DE OLIVEIRA, Marcelo Andrade e MACHADO, Felipe Daniel Amorim (orgs.) *Constituição e Processo: A resposta do constitucionalismo à banalização do terror*. Belo Horizonte: Del Rey, 2009, pp. 367-400.

COHN, Amélia, ELIAS, Paulo E. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. São Paulo: Cortez, 1996.

DERRIDA, Jacques. ROUDINESCO, Elisabeth. *De que Amanhã*. Diálogo. Trad. André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004.FABRIZ, Daury César. *Bioética e direitos fundamentais*. Belo Horizonte: Mandamentos, 2003.

DWORKIN, Ronald. *Law's empire*. Cambridge, Mass.: Harvard University, 1986.

ESCOREL, Sarah, TEIXEIRA, Luiz Antônio. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, Lígia (org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 333-384.

FADEN, RR, BEAUCHAMP, TL. *A history and theory of informed consent*. New York: Oxford, 1986.

HABERMAS, Jürgen. *Facticidad y Validez: Sobre el Derecho y el Estado Democrático de Derecho en términos de Teoría del Discurso*. Trad. Manuel Jiménez Redondo. Madrid: Trotta, 1998.

_____. *Constitutional democracy: a paradoxical union of contradictory principles?* *Political Theory*, v. 29, n. 6, dec. 2001, pp. 766-781.

HONNETH, Axel. *Crítica del potere: La teoria della società in Adorno, Foucault e Habermas*. Trad. Maria Teresa Sciacca. Bari: Dédalo, 2002a.

GIOVANELLA, Lúgia (org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008

KOSELLECK, Reinhart. *Futuro passado: contribuição à semântica dos tempos históricos*. Rio de Janeiro: Contraponto/PUC-RJ, 2006.

LABARRIERE; JARCZCK. *Le syllogisme du pouvoir. Y a-t-il une démocratie hegelienne?* Aubier, 1989. LUHMANN, Niklas. *Sistemi sociali*. Trad. Alberto Febrajjo. Bologna: Il Mulino, 1990.

LEBRUN, Gerard, *O que é poder?* 4. ed., São Paulo: Brasiliense, 1982.

LUHMANN, Niklas. *Sistemi sociali*. Trad. Alberto Febrajjo. Bologna: Il Mulino, 1990.

MÜLLER, Friedrich. *Concepções modernas e a interpretação dos direitos humanos*. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DA OAB, 15., Anais... Foz do Iguaçu, 1994

PAIM, Jairnilson Silva. *Ações integradas de Saúde (AIS): por que não dois passos atrás*. In: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, ano 2, n. 2, p. 167-183, abr.-jun., 1986.

PAULUS JÚNIOR, Aylton, CORDONI JÚNIOR, Luiz. *Políticas públicas de saúde no Brasil*. *Revista Espaço para a Saúde*. Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, dez., 2006. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude>>. Acesso em: 03 de agosto de 2010.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. *História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena visão*. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros>>. Acesso em: 06 de agosto de 2010.



recebido em 26 fev. 2014 / aprovado em 16 jun. 2014

Para referenciar este texto:

CAMPOS, A.; OLIVEIRA, D. R. *Direito à saúde pública no Brasil: excursão histórica ao processo de desenvolvimento, reconhecimento e efetivação de um direito fundamental*. *Prisma Jurídico*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 213-241, jan./jun. 2014.

