XXIV ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI - UFS

OBJETIVOS E METAS DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO DA ONU

FLAVIA PIVA ALMEIDA LEITE

JANAÍNA RIGO SANTIN

JEFFERSON APARECIDO DIAS

Copyright © 2015 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Todos os direitos reservados e protegidos.
Nenhuma parte deste livro poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – Conpedi
Presidente - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UFRN
Vice-presidente Sul - Prof. Dr. José Alcebíades de Oliveira Junior - UFRGS
Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM
Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Gina Vidal Marcílio Pompeu - UNIFOR
Vice-presidente Norte/Centro - Profa. Dra. Julia Maurmann Ximenes - IDP
Secretário Executivo -Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC
Secretário Adjunto - Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto – Mackenzie

Conselho Fiscal
Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG /PUC PR
Prof. Dr. Roberto Correia da Silva Gomes Caldas - PUC SP
Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini Sanches - UNINOVE
Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS (suplente)
Prof. Dr. Paulo Roberto Lyrio Pimenta - UFBA (suplente)

Representante Discente - Mestrando Caio Augusto Souza Lara - UFMG (titular)

Secretarias
Diretor de Informática - Prof. Dr. Aires José Rover – UFSC
Diretor de Relações com a Graduação - Prof. Dr. Alexandre Walmott Borgs – UFU
Diretor de Relações Internacionais - Prof. Dr. Antonio Carlos Diniz Murta - FUMEC
Diretora de Apoio Institucional - Profa. Dra. Clerilei Aparecida Bier - UDESC
Diretor de Educação Jurídica - Prof. Dr. Eid Badr - UEA / ESBAM / OAB-AM
Diretoras de Eventos - Profa. Dra. Valesca Raizer Borges Moschen – UFES e Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - UNICURITIBA
Diretor de Apoio Interinstitucional - Prof. Dr. Vladmir Oliveira da Silveira – UNINOVE

O127

Objetivos e metas desenvolvimento do milênio da ONU [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/UFS;

Coordenadores: Flavia Piva Almeida Leite, Janaína Rigo Santin, Jefferson Aparecido Dias – Florianópolis: CONPEDI, 2015.

Inclui bibliografia
ISBN: 978-85-5505-061-9
Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações
Tema: DIREITO, CONSTITUIÇÃO E CIDADANIA: contribuições para os objetivos de desenvolvimento do Milênio

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Brasil – Encontros. 2. Objetivos. 3. Metas. 4. Desenvolvimento do milênio. I. Encontro Nacional do CONPEDI/UFS (24. : 2015 : Aracaju, SE). CDU: 34

CONPEDI
Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Florianópolis – Santa Catarina – SC
www.conpedi.org.br

XXIV ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI - UFS

OBJETIVOS E METAS DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO DA ONU

Apresentação

Prefácio

Objetivos e Metas de Desenvolvimento do Milênio da ONU

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio foram fixados no ano 2000, pela Organização das Nações Unidas, e consistem em oito metas que deveriam ser cumpridas até o ano de 2015.

Tais metas são: 1) Acabar com a fome e a miséria; 2) Oferecer educação básica de qualidade para todos; 3) Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; 4) Reduzir a mortalidade infantil; 5) Melhorar a saúde das gestantes; 6) Combater a Aids, a malária e outras doenças; 7) Garantir qualidade de vida e respeito ao meio ambiente; 8) Promover uma parceria mundial para o desenvolvimento.

Desde a sua fixação, tais metas têm sido perseguidas pela maioria dos países que tentam, por meio da alteração legislativa e adoção de novas práticas, atender os objetivos traçados.

O grande desafio de tais metas é que elas impõem uma atuação positiva dos Estados, que já não podem se contentar em adotar práticas negativas. Já não é suficiente o laissez faire, laissez passer característico do Estado liberal, sendo necessária a adoção de práticas emancipadoras tendentes a garantir o Estado social, garantidor e promovedor de direitos humanos e direitos fundamentais.

Nesse sentido, a inclusão do Grupo de Trabalho Objetivos e Metas de Desenvolvimento do Milênio da ONU no XXIV Encontro Nacional do CONPEDI Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito realizado em Aracaju - Sergipe, de 3 a 6 de junho de 2015, foi uma grande oportunidade para debate sobre o tema, que, infelizmente, não tem sido objeto de muitos estudos no âmbito jurídico.

O acerto de tal inclusão fica evidente ao serem analisados os artigos submetidos e apresentados, os quais são rapidamente resumidos a seguir, com a indicação de seus autores.

Alynne Nayara Ferreira Nunes discorre sobre o FUNDEB no Congresso: exame das propostas para um fundo a vencer em breve. Neste sentido, trata de averiguar as propostas legislativas do Congresso Nacional sobre o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação num período em que se encerra o prazo para atingir os objetivos do milênio da ONU, sem que a educação tenha alcançado um patamar de qualidade satisfatório.

Destacando a preocupação com o cumprimento dos objetivos de desenvolvimento do Milênio (ODM) da ONU por parte do Brasil, Albano Francisco Schmidt e Oksandro Osdival Gonçalves, apresentam seu estudo sob o título Breve análise da política pública conhecida como bolsa família e os objetivos do milênio da ONU, ressaltando os oito objetivos centrais propostos aos países membros no período 2000-2015, com especial ênfase ao ODM 1, que trata da erradicação da fome e da miséria.

Na sequência, com o trabalho intitulado Direito à saúde os objetivos de desenvolvimento para o milênio no Estado brasileiro, Nardejane Martins Cardoso e Gina Vidal Marcilio Pompeu propõem analisar o direito à saúde e o sistema de saúde presente no Brasil, bem como sua relação com o desenvolvimento humano do país, haja vista que os objetivos do milênio previstos para 2015 pautam-se, também, na efetivação do acesso à saúde, e pleno exercício das capacidades pelos seres humanos. Assim, propõe-se a necessidade da existência de políticas públicas e de fiscalização do sistema de saúde público e privado, diante da relevância da garantia de proporcionar saúde aos indivíduos.

Com o trabalho O controle social da qualidade da educação pela valorização dos profissionais da educação, Fabiana Polican Ciena propõe analisar o princípio da valorização do profissional da educação. Para tanto, propõe averiguar o controle social no processo legislativo como instrumento de formulação de política pública na área educacional, e também a participação do profissional da educação no controle social do processo legislativo-orçamentário das políticas públicas educacionais no Brasil.

Por sua vez, o texto O empoderamento das mulheres na prevenção de conflitos para efetividade dos objetivos do desenvolvimento sustentável pós-2015, de Adriana Machado Yaghsisian e Simone Alves Cardoso, apresenta o papel da mulher na prevenção e solução de conflitos ambientais globais, por intermédio da mediação, em consonância com o que preconiza as Nações Unidas, em especial, na Resolução nº 2171/2014, do Conselho de Segurança.

Já no artigo O direito do idoso à saúde: preceitos legais internacionais e nacionais à luz do direito fraterno, os autores Jose Isaac Pilati e Roberta Terezinha Uvo Bodnar analisam a tutela da saúde do idoso nos planos internacional e nacional à luz dos postulados e princípios da corrente jurídica Direito e Fraternidade.

Na sequência, o artigo Os objetivos do milênio e a destinação ambientalmente adequada de mercadorias apreendidas pela Receita Federal, dos autores Fernanda Mesquita Serva e Jefferson Aparecido Dias, está focado na meta da garantia da qualidade de vida e do respeito ao meio ambiente. Para tanto, o artigo aborda resultados do projeto de extensão denominado Transformando crime em cidadania, desenvolvido na Universidade de Marília, o qual colabora para o cumprimento dos dois objetivos mencionados, além de ter como escopo garantir os direitos fundamentais da propriedade (e a necessidade de ele cumprir sua função social), do meio ambiental sustentável e da educação (de qualidade).

O artigo Política Nacional de Imigração e a realidade haitiana: concessão de visto humanitário pelo Brasil, de Sandra Mara Maciel de Lima e Amanda Tirapelli, traz a problemática do crescente aumento de imigrantes haitianos que ingressam no país a partir da Política Nacional de Imigração. Estuda a Resolução Normativa nº 97, de 12 de janeiro de 2012, a qual concede visto especial, de caráter humanitário, ao estrangeiro originário do Estado do Haiti. As indagações trazidas no artigo partem desta resolução e são analisadas segundo a óptica da dignidade da pessoa humana.

No texto Subsídio da educação pela empresa: extrafiscalidade e desenvolvimento, os autores José Edmilson de Souza Lima e Ednelson Luiz Martins Minatti discutem acerca do financiamento público ou privado da educação, com vistas a perscrutar as formas de atuação do Estado na questão e a possibilidade de intervenção por meio da norma tributária e não, exclusivamente, mediante fundos públicos.

Por fim, Ana Paula Bustamante e Tatiana Fernandes Dias da Silva apresentam um estudo sobre A mediação como mecanismo extrajudicial para a pacificação de conflitos ambientais em prol do desenvolvimento sustentável. Na abordagem, demonstram a (in) efetividade da mediação como instrumento extrajudicial na pacificação de conflitos ambientais como alternativa à histórica judicialização. Assim, propõem um estudo sobre a doutrina pátria e estrangeira acerca do tema, a atuação do poder público na proteção e preservação do meio ambiente nacional, as formas extrajudiciais de tutelas ambientais, com ênfase na mediação como mecanismo pacificador de controvérsias através da participação das partes e de um mediador que, calcado no diálogo e na autonomia dos envolvidos, tem na comunicação e na fraternidade os fundamentos de sua aplicação.

Como o leitor poderá concluir após a leitura do presente trabalho, a excelência dos artigos apresentados e a variedade dos temas discutidos, todos eles relacionados aos Objetivos e Metas do Milênio, deixam claro o acerto da inclusão do presente Grupo do Trabalho pelo CONPEDI.

Por fim, os organizadores e coordenadores do Grupo de Trabalho Metas e Objetivos de Desenvolvimento do Milênio da ONU parabenizam e agradecem aos autores dos trabalhos que formam esta obra, pela valiosa contribuição científica de cada um, o que por certo será uma leitura interessante e útil à comunidade acadêmica. Reiteramos a satisfação em participar da apresentação desta obra e do CONPEDI, que se constitui, atualmente, o mais importante fórum de discussão e socialização da pesquisa em Direito no Brasil.

Profa Dra. Flávia Piva Almeida Leite - UniFMU

Profa Dra. Janaína Rigo Santin UPF

Prof. Dr. Jefferson Aparecido Dias UNIMAR

DIREITO À SAÚDE E OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO PARA O MILÊNIO NO ESTADO BRASILEIRO

RIGHT TO HEALTH AND THE MILLENNIUM DEVELOPMENT GOALS IN THE BRAZILIAN STATE

Gina Vidal Marcilio Pompeu
Nardejane Martins Cardoso

Resumo

O escopo do trabalho acadêmico é analisar o direito à saúde e o sistema de saúde presente no Brasil, bem como sua relação com o desenvolvimento humano do país, haja vista que os objetivos do milênio previstos para 2015 pautam-se, também, na efetivação do acesso à saúde, e pleno exercício das capacidades pelos seres humanos. O presente artigo retrata o direito à saúde e sua relação com o desenvolvimento humano no Estado brasileiro. A criação de capital social carece da efetivação de um patamar mínimo civilizatório, que garanta que os cidadãos possam desenvolver suas potencialidades de modo livre. A saúde é direito fundamental e social, intrinsecamente relacionada à dignidade humana, fundamento do Estado Democrático de Direito brasileiro, logo, percebe-se a necessidade de políticas públicas e de fiscalização do sistema de saúde privado e público, diante da relevância da garantia de proporcionar saúde aos indivíduos. A metodologia utilizada, para tanto, foi bibliográfica, descritiva, explicativa, pura e qualitativa, pois teve como escopo analisar a saúde no Brasil, com foco em dados sobre gastos e saúde da população. Por fim, observa-se a relevância da efetivação do direito à saúde, haja vista ser direito fundamental e social, que exige ações positivas do Estado, da sociedade e das famílias.

Palavras-chave: Direito à saúde, Objetivos de desenvolvimento do milênio, Desenvolvimento humano, Dignidade humana.

Abstract/Resumen/Résumé

This article aims to analyze the right to health and the health system present in Brazil and the relation to the human development of the country, considering that the Millennium Development Goals set for 2015 are guided also in effecting access to health, and full exercise of the capacity for human beings. This article portrays the right to health and its relationship to human development in the Brazilian state. The creation of social capital requires the execution of a minimum level of civilization, to ensure that citizens can develop freely their potential. Health is fundamental and social right, closely related to human dignity, in the Democratic State of Law in Brazil, so we see the need for public policies and monitoring of public and private health care, given the importance of health to individuals. The methodology used was literature, descriptive, explanatory, pure and qualitative projects because the scope is analyze the health in Brazil, focusing on data on spending and health of

population. Finally, there is the need for ensuring the right to health, in view be fundamental and social rights, which requires positive actions of the state, society and families.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Right to health, Millennium development goals, Human development, Human dignity.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a saúde é direito fundamental inserido na esfera da seguridade social. Ter uma boa saúde e bem-estar são fulcrais para o livre exercício da personalidade, são componentes da boa vida. Para efetivação do direito e acesso à saúde, são imprescindíveis ações positivas do Estado e da sociedade. Seja na promoção de políticas públicas (Sistema Único de Saúde; Programa Mais Médicos; Saúde da Família), ou na fiscalização do Sistema de Saúde Suplementar, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), ou por ações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Cumpre ressaltar que a saúde no Brasil adota o sistema misto e assim estabelece regras para o sistema publico e para o sistema privado.

Desse modo, pode-se questionar: qual a importância da saúde para o desenvolvimento humano nos países democráticos? A concretização da saúde com acesso universal, conforme a Constituição Brasileira de 1988 preceitua, é relevante para garantia de um patamar mínimo civilizatório. O básico para existência digna presente no artigo 6º da Constituição Federal de 1988 é imprescindível para a efetivação da liberdade e igualdade, no Estado Democrático de Direito. Isso, para que seja concretizado o Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*), de modo que os direitos constitucionais alcancem sua concretude, e não sejam apenas promessas.

Pretende-se, por meio do presente trabalho científico, analisar o direito à saúde, sua relação com três dos Objetivos de desenvolvimento do milênio das Nações Unidas, o sistema de acesso à saúde no Estado brasileiro, e sua relevância para o desenvolvimento humano. Por conseguinte, estuda-se a positivação do direito à saúde, também, na esfera supraconstitucional, e analisam-se dados relacionados aos gastos públicos e percepção da saúde pelos brasileiros, assim como programas e políticas públicas, e, destarte, o Sistema Único de Saúde (SUS) criado em 1990. Este sistema é o principal suporte da saúde pública no Brasil. Verifica-se, também, a existência do Setor de Saúde Suplementar (planos e seguros de saúde privados).

A metodologia utilizada no presente artigo é bibliográfica, com foco na análise de livros, trabalhos científicos sobre a temática, legislação pertinente e dados presentes em sites oficiais do governo e de organismos internacionais. Quanto à utilização de resultados, a pesquisa é pura, por sua finalidade de aumentar o conhecimento, sem mudança direta da realidade. No que se refere à abordagem, é qualitativa, por ser subjetiva e não usar critério numérico, mas visa a compreender a situação da saúde no Brasil. Quanto à finalidade é descritiva, pois se busca interpretar os fatos e analisar o objeto da pesquisa, e, destarte, é explicativa, pois tem o escopo de aprofundar o conhecimento da realidade e descrevê-lo.

No primeiro tópico do artigo, retrata-se o direito à saúde no âmbito constitucional e supraconstitucional, com foco no Brasil, e sua relação com os "Objetivos de desenvolvimento do Milênio 2015". No segundo, faz-se panorama do sistema de saúde brasileiro, misto, que envolve ações públicas e iniciativa privada. No terceiro tópico do artigo, ressalta-se a relação do desenvolvimento humano e o necessário acesso universal à saúde como um dos fundamentos para garantir um patamar mínimo civilizatório.

1 O Direito à saúde nas esferas supraconstitucional e constitucional brasileira

Ao longo da história humana, as sociedades têm enfrentado epidemias que dizimam a população. As diversas endemias afetam a qualidade e a expectativa de vida de determinadas localidades. Lembra-se que a peste bubônica, AIDS (SIDA – Síndrome da Imunodeficiência adquirida), Febre Amarela, Malária, etc. foram responsáveis por milhares e centenas de mortes, em diversos períodos da história. Tem-se também a incidência da Dengue, que, no Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, em 2013, ocorreram 674 óbitos, e foram confirmados 1.452.489 casos da doença (BRASIL, 2013). Além de observar as epidemias em escala global e no Brasil, Rocha Carvalheiro (2008, p. 11) alerta para a carência de análise da realidade com o fito de apontar formas de prevenção.

Remarca-se nas últimas décadas a ocorrência, também, das seguintes endemias: a gripe transmitida pelo vírus H1N1, Influenza A (ANVISA, 2009); o mal da vaca-louca (encefalopatia espongiforme bovina) (ANVISA, 2001); e, ressalta-se, o Ebola, que alarmou a comunidade mundial no ano de 2014. O surto do vírus foi considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014) o maior desde o surgimento da doença, em 1976. É uma doença grave com taxa de mortalidade elevada, e que não possuí cura até a data de 2015.

Apesar da existência de doenças transmissíveis, surtos epidêmicos e doenças não-transmissíveis e ocupacionais, verifica-se que a ciência médica avançou bastante e, destarte, aponta-se para a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 7 de abril de 1948, vinculada à Organização das Nações Unidas (ONU). Esse organismo passou a incentivar a cooperação internacional entre os países para a erradicação de doenças, com fomentos a favor do saneamento e saúde das famílias. O objetivo da OMS é de promover o mais alto padrão de saúde possível para a humanidade.

Nesse contexto, observa-se que a ONU, ao propor os objetivos do milênio, elencou três metas que têm relação direta com o direito e acesso à saúde. O objetivo 4º tem por fulcro diminuir os índices de mortalidade infantil; o objetivo 5º visa à redução da mortalidade

materna e proteção da saúde da mulher gestante; e o objetivo 6º evoca a erradicação do HIV/Aids, malária e de outras doenças infecto contagiosas (PNUD, 2015).

De acordo com o 5º Relatório Nacional de Acompanhamento para os objetivos do milênio de 2014, elaborado pelo Instituto de Economia Aplicada (IPEA), o Brasil conseguiu atingir o 4º objetivo. Porém, as políticas para os objetivos 5º e 6º ainda estão em processo de concretização. O 4º objetivo teve como escopo reduzir as taxas de mortalidade e o aumento da proporção de crianças vacinadas. Entre 1990 e 2012, o índice passou de 90 para 48 mortes por mil nascidos vivos. O 5º objetivo tem como metas reduzir a mortalidade materna e universalizar o acesso à saúde sexual e reprodutiva. Segundo o relatório, a mortalidade materna no momento da concepção passou de 141 mortes por 100 mil nascidos vivos, para 64 óbitos por 100 mil nascidos vivos.

Já o 6º objetivo tem como pontos específicos interromper a propagação e diminuir a incidência do HIV/Aids, assim como universalizar o acesso ao tratamento; visa, ainda, reduzir a incidência da malária e de outras doenças, como a tuberculose. De acordo com o 5º relatório de 2014, apenas 0,4% da população brasileira (718 mil pessoas) encontra-se infectada com o vírus. Desse total, 574 mil foram diagnosticados, 436 mil foram atendidos nos serviços de saúde e 313 mil (44%) estão em terapia antirretroviral. Já no que se refere às outras enfermidades, de acordo com o relatório de objetivos do milênio (2014, p. 88):

> De 1990 a 2012, a incidência parasitária anual (IPA) de malária no Brasil caiu de 3,9 para 1,3 casos por mil habitantes, e a de tuberculose de 51,8 para 37 casos por 100 mil habitantes. Ou seja, o País alcançou antes do prazo estipulado a meta de reduzir a incidência das duas doenças monitoradas pelos indicadores oficiais da meta C do ODM 6.

No âmbito local, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF/88) consagrou a saúde como Direito Social no capítulo em que trata dos Direitos fundamentais[1]. O artigo 6º da Constituição de 1988 elenca os seguintes direitos: educação, moradia, alimentação, segurança, assistência à infância e maternidade, lazer, trabalho e saúde. Estes, diferentes de outros direitos fundamentais, precisam de ações concretas do Estado para que sejam efetivados. O direito à saúde é universal, e é imprescindível que haja destinação orçamentária para a construção de um sistema de saúde capaz de garantir seu pleno acesso e

[1]Na esfera supraconstitucional, a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 (DUDH) da Organização das Nações Unidas (ONU), em seu artigo 25, preceitua a saúde como um direito pertencente a todo ser humano. Da mesma forma o Pacto de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966, também dispõe a saúde como direito dos indivíduos e dever dos Estados pactuantes, no artigo 12. Conforme o firmado no preâmbulo da Constituição de 1946 da OMS, a saúde de um ser humano define-se pelo completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas pela ausência de doenças ou enfermidades. E, em seguida, infere-se que é um direito universal a todos os humanos.

gozo. A matéria está prevista no artigo 194 da CF/88. Nessa vertente, Mônica Andrade assevera que:

> A Constituição Federal de 1988 garante acesso aos serviços de saúde como um direito universal e igualitário de todos os cidadãos, mas permite a coexistência ao sistema público de saúde, de um sistema de saúde suplementar. A participação do setor privado se dá de forma generalizada: além de um sistema de saúde suplementar, parte dos serviços financiados pelo setor público é ofertada por instituições privadas [...] (ANDRADE et. al., 2012, p. 333).

Por meio de políticas públicas e programas governamentais, devem os órgãos do Poder Executivo envidar esforços e recursos para efetivação do direito à saúde dos brasileiros e estrangeiros, residentes no país. As políticas de ação e gerência do Estado estão no art. 174, CF/88: "Como agente normativo e regulador da atividade econômica, o Estado exercerá, na forma da lei, as funções de **fiscalização, incentivo e planejamento**, sendo este determinante para o setor público e indicativo para o setor privado".

No Estado brasileiro, o direito à saúde faz parte da seguridade social, conforme estabelece o artigo 196 da CF/88. Segundo artigos 23 e 34 da CF/88, tanto União como estados e municípios podem legislar sobre saúde. Porém, no que é pertinente à concretização de políticas públicas e administração da saúde, o município deve atuar sozinho, ainda que com a cooperação dos estados e da União (inciso VII do artigo 30 da CF/88). Nesse contexto, lembra-se o ponderado por Robert Alexy (2011, p. 499), quando afirma que o direito à saúde é direito fundamental social, que requer prestação do Estado em sentido estrito.

Nesse diapasão, observa-se a perspectiva de Thomas Piketty (2014, p. 467) no que é pertinente ao Estado Social que se busca no século XXI. O autor ressalta a importância do poder público quanto à produção e redistribuição de renda. Esta distribuição que se dá por meio da efetivação dos direitos à educação, à saúde e à aposentadoria. Este último direito garante a igualdade proporcional, de acordo com o trabalhado e valores contribuídos durante a vida, já os dois primeiros, efetivam a igualdade material.

> Em suma, a redistribuição moderna não consiste na transferência de riquezas dos ricos para os pobres, ou pelo menos, não de maneira tão explícita. Ela consiste em um financiamento dos serviços públicos e das rendas de substituição de forma mais ou menos igualitária para todos, especialmente nos domínios da educação, da saúde e das aposentadorias. Neste último caso, o princípio da igualdade se exprime numa quase proporcionalidade ao salário obtido durante a vida ativa. No concerne à educação e à saúde, trata-se de uma verdadeira igualdade de acesso para todos, qualquer que seja a sua renda ou a de seus pais, ao menos em princípio. A redistribuição moderna é construída em torno de uma lógica de direitos e princípio de igualdade de acesso a certo número de bens julgados fundamentais.

Por conseguinte, não se trata de um Estado mínimo, como nas poesias homéricas, conforme o explicado por Richard Posner (2010, p. 143), um Estado que garante apenas a

segurança interna e externa do território, sem preocupar-se com políticas governamentais básicas. Segundo Piketty (2014) o poder público assumiu missões, devido à arrecadação da riqueza, que comportam ações positivas no âmbito de políticas públicas que visem à efetivação dos direitos positivados, e entre eles, está o direito à saúde.

> [...] A alta da participação da arrecadação nas riquezas produzidas permitiu ao poder público cuidar de missões sociais cada vez maiores, representando entre um quarto a um terço da renda nacional, dependendo do país. Essas missões podem ser divididas, num primeiro momento, em duas categorias de tamanho comparável. Trata-se, de um lado, das despesas públicas de educação e saúde e, de outro, das rendas de substituição e de transferência (PIKETTY, 2014, p. 465).

Percebe-se assim, de acordo com Ingo Sarlet (2012, p. 110), que os direitos sociais de viés "prestacional" são fulcrais para a garantia de pleno exercício da liberdade e existência da igualdade material. Portanto, o direito à saúde garante a preservação da dignidade humana dos indivíduos e da coletividade, no sentido, de que o mínimo existencial permite a concretização de uma vida boa, na qual as pessoas possam viver dignamente, de modo saudável.

Nesse mesmo contexto, Álvaro Ciarlini (2013, p. 29) observa que a Constituição Brasileira de 1988, no ensejo em que confere o direito à saúde status constitucional, estabelece atribuições ao Estado no sentido de promover ações e serviços públicos fundamentais à redução de enfermidades. Bem como prevê o dever de promover acesso universal e igualitário ao sistema, que vise à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Porém, é preciso verificar a possibilidade de duelo entre os direitos de desenvolvimento individual e os de efetivação do bem-estar social, como pondera Gina Pompeu (2012, p. 118), haja vista que, a cada direito corresponde uma obrigação, e também, um custo mínimo para a sua consecução. Daí, a relevância de observar não somente o ordenamento jurídico posto, mas também o modo de efetivação dos direitos sociais pelos administradores públicos. O sistema de saúde brasileiro depende da arrecadação tributária, vinculada ou não, e das leis orçamentárias nas esferas da União, estados e municípios.

2 O Sistema de saúde no Brasil e os investimentos

No Brasil, o Ministério da Saúde é órgão vinculado ao Poder Executivo Federal e tem como funções a elaboração de planos e políticas públicas com foco na promoção, prevenção e assistência à saúde dos indivíduos. Por isso, incumbe a esse ministério envidar esforços para proteção e recuperação da saúde da população brasileira, reduzir enfermidades, controlar doenças endêmicas e parasitárias e investir na vigilância à saúde. Com a finalidade precípua de melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) são autarquias responsáveis

pela fiscalização da saúde no Brasil, e estão vinculadas ao Ministério da Saúde. Asseveram José Antônio Sestelo, Luis Sousa e Ligia Bahia (2013, p. 852-853) que a proteção do interesse público está correlacionada com o planejamento econômico e assim expõem:

> A função estatal de proteção do interesse público frente às estratégias econômicas dos agentes privados foi transferida, no Brasil, em parte, para agências regulatórias, com base na concepção de um Estado regulador, mas não necessariamente provedor de serviços. Essas agências dotadas de maior autonomia administrativa e constituídas por um quadro estável de burocratas especializados, supostamente, tenderiam a exercer a função regulatória com maior eficiência normativa e independência política, assumindo o formato de autarquias sob regime especial. Na área da saúde, foram criadas a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a ANS.

Em 19 de setembro de 1990 foi promulgada a Lei nº 8.080, que estabelece as diretrizes para promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços que às ações correspondem. A lei ressaltou o caráter fundamental do direito à saúde como dever do Estado, em cooperação com sociedade e famílias. Esta legislação foi responsável pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil[2], que representa o conjunto de atividades e serviços de saúde prestados pelo poder público, especialmente no que concerne à atenção básica.

O Banco Mundial, em 2010, publicou estudo intitulado "20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil: uma análise do Sistema Único de Saúde", com o escopo de avaliar o sistema de saúde brasileiro. Nesse relatório, Michele Gragnolati, Magnus Lindelow e Bernard Couttolenc (2013, p. 2) ressaltam a importância da implantação do sistema, a partir da nova perspectiva disposta na Constituição Federal de 1988, com o escopo de ampliar a disponibilidade dos serviços de saúde pública, adequação da atenção primária e a descentralização para que o atendimento à saúde não ficasse concentrado apenas nas capitais.

Nessa mesma vertente, Alvaro Ciarlini (2013, p. 30-31) afirma que o SUS é a mais importante das instituições no âmbito da saúde pública, haja vista que busca a integração e organização das entidades que visam ações relacionadas à promoção da saúde. O autor alerta para o fato de que é responsabilidade do poder público o funcionamento, bem como a fiscalização do desempenho do SUS. Nesse sentido, a participação da sociedade e das famílias também é importante para exercitar o controle social sobre a manutenção do sistema de saúde. Assim, o autor ressalta que esta participação se dá pela presença de conselhos de saúde, por

[2]"Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). § 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde. § 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar".

exemplo, para que os atores sociais tenham diálogo democrático com os atores governamentais.

> Do ponto de vista da execução de políticas públicas para o fim de tornar efetivos tais direitos subjetivos constitucionais, foram previstas regras dos arts. 196, 197 e 198 da Constituição Federal, no que se reporta ao dever de regulamentação, fiscalização e controle do Sistema Único de Saúde, com a criação das diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade em uma rede regionalizada e hierarquizada (CIARLINI, 2013, p. 35).

Segundo estudos do IPEA, publicados em 2014, sobre as políticas sociais que envolvem a saúde, demonstra-se a falta de profissionais de saúde no atendimento às populações nas cidades interioranas e nas regiões de periferia das metrópoles brasileiras. Conforme se verifica pela tabela, a seguir, é incipiente o número de profissionais de saúde para cada mil habitantes, em cada estado da federação. O Distrito Federal apresenta melhores resultados, com 3,6 médicos para cada mil habitantes, enquanto que o Maranhão é o estado com maior escassez de profissionais, e apresenta 0,5 médico para cada mil habitantes:

Tab. 1 – Profissionais de saúde por mil habitantes – Brasil e Unidades da Federação.

UF	Médicos	Odontólogos	Enfermeiras	Nutricionistas	Farmacêuticos
Brasil	**1,9**	**1,3**	**1,5**	**0,4**	**0,8**
Distrito Federal	3,6	2,3	2,1	0,9	1,1
Rio de Janeiro	3,5	1,7	2,1	0,6	0,6
São Paulo	2,5	1,9	1,9	0,5	1,0
Rio Grande do Sul	2,4	1,4	1,8	0,5	1,0
Paraná	2,0	1,5	1,1	0,5	1,2
Espírito Santo	1,9	1,3	1,3	0,4	1,1
Minas Gerais	1,8	1,5	2,0	0,4	0,9
Santa Catarina	1,7	1,5	1,3	0,4	1,2
Mato Grosso do Sul	1,5	1,3	1,5	0,4	0,9
Goiás	1,4	1,3	1,2	0,2	1,0
Pernambuco	1,4	0,7	0,8	0,2	0,3
Sergipe	1,3	0,7	0,9	0,1	0,3
Roraima	1,2	0,8	1,1	0,3	0,7
Rio Grande do Norte	1,2	0,9	0,8	0,3	0,7
Paraíba	1,2	0,9	1,4	0,3	0,6
Alagoas	1,2	0,7	1,4	0,2	0,3
Mato Grosso	1,1	1,1	1,4	0,3	0,9
Bahia	1,1	0,6	1,1	0,2	0,3
Amazonas	1,1	0,7	1,5	0,3	0,5
Ceará	1,1	0,6	1,1	0,1	0,4
Rondônia	1,0	0,9	1,4	0,5	0,6
Tocantins	1,0	1,1	2,0	0,1	0,7
Piauí	0,9	0,6	1,0	0,2	0,3
Acre	0,9	0,6	1,6	0,2	0,3
Pará	0,8	0,5	0,9	0,2	0,3
Amapá	0,8	0,6	0,8	0,7	0,4
Maranhão	0,5	0,4	0,9	0,1	0,3

Fonte: IPEA, Políticas Sociais e Acompanhamento, Saúde, p. 213-214, 2014.

Denota-se da análise do IPEA (2014, p. 150) que a atenção básica é um dos setores mais vulneráveis diante da ausência de profissionais de saúde. A atenção básica foi

implantada como um dos setores de entrada no SUS, que deveria agir de forma preventiva. Nesse contexto a ausência de médicos e demais profissionais em postos de unidades básicas de saúde é uma das preocupações do governo federal.

> No caso brasileiro, por exemplo, a atenção básica, porta de entrada preferencial do SUS, foi pensada para ser multiprofissional. A estratégia de Saúde da Família, por exemplo, foi pensada para ser operada por equipes, entre elas, a equipe de saúde da família, composta, por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. A equipe deveria atuar de forma sistemática, multiprofissional, focada na comunidade, na assistência qualificada e resolutiva e em ações de prevenção e promoção da saúde (IPEA, 2014, p. 213).

O Programa "Mais Médicos", criado em 2013, é uma das políticas do Governo Federal que objetiva o aumento do número de profissionais de saúde nas localidades com escassez. Segundo a página oficial do Governo Federal, destinada ao programa em questão, ele foi criado para melhoria do atendimento aos usuários do SUS. Há a previsão de investimentos em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, em conjunto, com a medida de angariar médicos às regiões onde existem poucos ou falta de profissionais de saúde (BRASIL, 2015, *on line*). Segundo dados do Orçamento Cidadão do Governo Federal (Ministério do Planejamento) (2014, p. 53), o "Mais Médicos" em 2014 teve beneficiados 3.785 (68%) municípios e 34 distritos (de todo o Brasil), e estão inclusos no programa 14.462 médicos, brasileiros e estrangeiros e o governo prevê recursos de R$ 3,16 bilhões (IPEA, 2014).

Por outro lado, o Conselho Federal de Medicina (CFM), em 04 de setembro de 2014, emitiu nota crítica ao programa "Mais Médicos", na qual foram apontados os seguintes aspectos: a ausência de validação do diploma dos médicos intercambistas, que pode colocar a população, principalmente os mais vulneráveis, à ação de profissionais sem a pertinente qualificação; a ausência de transparência e fiscalização das relações entre o Governo Federal e a Organização Pan-Americana de Saúde, que possuem cláusulas destoantes quanto aos direitos trabalhistas; e a ausência de transparência e informação quanto aos locais de trabalho e das relações de tutores e supervisores, que só foram conseguidas pelos Conselhos Regionais de Medicina, por meio de ações judiciais (CFM, 2014, *online*).

O CFM afirma, sobretudo, que a solução definitiva não está na aquisição de mais médicos, mas na consolidação de uma carreira de Estado, com as condições de trabalho e atendimento adequadas, que incentivem a permanência de profissionais, nas localidades que mais necessitam. Por isso, não bastam os investimentos na contração de mão de obra, a infraestrutura é essencial aos profissionais e aos assistidos. Assim, observa-se que no que é pertinente aos gastos com saúde no âmbito federal, de acordo com dados do Ministério do

Planejamento e Secretaria do Orçamento Federal, em 2014, foram empregados R$ 92.953,8 bilhões na Saúde, cuja dotação orçamentária, segundo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) era de R$ 95.885.391.168,00 bilhões.

Em 02 de janeiro de 2015 foi publicada a Lei nº 13.080, Lei de Diretrizes Orçamentárias, que previu meta do superávit primário dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social para R$ 52.279 bilhões, conforme seu artigo 2º. Isso é relevante para saúde, já que o Orçamento da Seguridade Social destina-se às ações de saúde, previdência e assistencial social. Segundo dados do Ministério do Planejamento, prevê-se o custeio da saúde, em 2015, pelo Governo Federal, em R$ 27.422.842.172,00 bilhões, e investimentos regionalizados com a soma de R$ 3.468.502.314,00 bilhões, para cada região.

Nessa dimensão, ressalta-se a perspectiva de Eduardo Rocha Dias (2008, p. 339), no sentido de que se deve sopesar a questão do direito à sua possibilidade de efetivação. Segundo o autor, o legislador precisa avaliar tanto as situações das finanças públicas como as normas constitucionais, já que os recursos públicos são limitados. Eduardo Rocha analisa decisão do Superior Tribunal de Justiça, no pedido de Suspensão de Mandado de Segurança nº 1.467 de 2005 do Distrito Federal, quando decidiu que o SUS não é obrigado a custear tratamento mais oneroso no exterior, se ele oferecer no Brasil, serviço similar, com equipes médicas e hospitais adequados.

Segundo análise das políticas sociais em saúde realizada pelo IPEA (2014), o desafio precípuo do Estado brasileiro é, também, a falta de profissionais médicos com o fito de atender a população usuária dos serviços do SUS. Tanto a ausência física como a precariedade de capacitação profissional são adversidades encontradas pelo setor de saúde pública no Brasil. Observa-se, também, de acordo com dados do Ministério da Saúde de janeiro de 2015, o número de unidades hospitalares no Brasil, nota-se a disparidade numérica entre o Sudeste e as demais regiões brasileiras.

Tab. 2 – Número de estabelecimentos de saúde no Brasil, por região.

Região	Estabelecimentos
Norte	13.363
Nordeste	55.878
Sudeste	124.670
Sul	56.700
Centro-Oeste	22.468
Total	**273.079**

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES (BRASIL, 2015).

Outra problemática, que deve ser avaliada pelo Estado e responsáveis pela administração pública no setor da saúde, é apontada por Alexandra Boing et al (2014, p. 633),

quando os autores ressaltam o aumento dos gastos das famílias brasileiras com saúde suplementar, na esfera privada. Segundo afirmam: "[...] apesar de o país possuir um sistema de saúde público com pressupostos de universalidade, integralidade e equidade, é um dos poucos no mundo onde o gasto privado em saúde ultrapassa o gasto governamental", isso, porque o Brasil, gasta apenas 8,8% de seu Produto Interno Bruno em investimentos na seara da saúde.

De acordo com o trabalho apontado de Alexandra Boing et al (2014, p. 638), a maior parte do aumento em gastos com saúde adveio das famílias mais pobres com chefes de família com escolaridade baixa. Assim, como houve aumento dos gastos com medicamentos devido ao envelhecimento da população brasileira, o aumento de doenças crônicas, e a dificuldade de acesso aos medicamentos no SUS. No mesmo sentido, Joilson Cabral e Fernando Perobelli (2012, p. 363) ressaltam um aumento da assistência médica suplementar e de sua interdependência com a fabricação de produtos farmacêuticos.

Esse aumento da demanda por planos e seguros de saúde causa a necessidade de maior fiscalização pelos órgãos públicos e principalmente pela ANS. Nesse sentido, Andrade et al (2012, p. 331) ressaltam que o sistema misto de saúde, onde coexistem investimentos públicos e iniciativa privada, necessita da fiscalização e regulamentação de planos de saúde, dada a importância dos bens e serviços relacionados à saúde e bem-estar individual.

Nesse contexto, é importante ressaltar a crítica realizada por Paulo Rabello de Castro (2014, p. 395), no que se refere à perspectiva da população brasileira quanto aos gastos e investimentos realizados pelo poder público. O autor analisa pesquisa feita pelo Datafolha em parceria com o Instituto Atlântico, de 19 a 21 de fevereiro de 2014, com 2.091 pessoas de todo o país, sob o título de "Gestão Pública Demandada pelo Cidadão".

Tab. 3. Alocação da arrecadação tributária de acordo com a perspectiva dos brasileiros.

Área	**Entrevistados (em porcentagem)**
Saúde	58%
Educação	22%
Segurança Pública	6%
Combate à fome e à miséria	5%
Combate ao desemprego	3%
Habitação	2%

Fonte: Pesquisa Nacional Datafolha - "Gestão Pública Demandada pelo Cidadão" (CASTRO, 2014, p. 399)

Indicou-se na pesquisa que 77% dos brasileiros entrevistados preferem investimentos em infraestrutura a programas assistências, como Bolsa Família. Isso demonstra, de acordo com Castro (2014) que a população brasileira que foi às ruas em junho de 2013 não quer

políticas de cunho assistencial, quer se emancipar do Estado. Diante dessa perspectiva, o Estado deverá ter o escopo de garantir saúde e educação, prioritariamente. O que se busca, portanto, é a efetivação do princípio da eficiência, previsto no art. 37 da CF/88.

Especificamente sobre o setor da saúde, em 2014, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Paulista de Medicina (APM) solicitaram ao Instituto Datafolha pesquisa de opinião sobre o atendimento à saúde no Brasil. O objetivo da pesquisa era o de conhecer a percepção dos brasileiros quanto ao SUS. Foram entrevistas 2.418 pessoas, distribuídas em 151 municípios do Brasil, tanto em regiões metropolitanas, como cidades interioranas. Foram entrevistados homens e mulheres, com 16 anos de idade ou mais, e a coleta foi realizada de 03 a 10 de junho de 2014.

Tab. 4. Avaliação do SUS e da Saúde no Brasil.

Notas	SUS	Saúde no Brasil
0 a 4	54%	60%
5 a 7	33%	32%
8 a 10	13%	7%
Não soube opinar	1%	0,4%

Fonte: Pesquisa Datafolha, (CFM, 2014, p. 24). Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/apresentao-integra-datafolha203.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2015.

Diante desses dados, verifica-se que a saúde no Brasil não é eficiente do ponto de vista da população brasileira, que ao mesmo tempo, reclama que existam mais investimentos no âmbito da saúde. Na pesquisa, 51% dos entrevistados consideram a quantidade de médicos insuficiente, 43% acham o número de hospitais e postos de saúde poucos diante da demanda, e 61% afirmam que o tempo de espera, para marcar consultas, exames e cirurgias, é longo (CFM, 2014, p. 54). As perspectivas e avaliação da população indicam a falta de gestão ou de comprometimento do Estado com a efetivação do direito à saúde.

3 O papel da saúde no desenvolvimento humano

O Índice de Desenvolvimento Humano tem o escopo de oferecer um contraponto ao Produto Interno Bruto, que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento. Criado por Mahbub ul Haq em colaboração com Amartya Sen, o IDH é uma medida geral de desenvolvimento humano, que tem três pilares: educação, renda e saúde. Ela considera em seu cálculo a expectativa de vida, a média de anos de educação, e a Renda Nacional Bruta per capta. De acordo com o ranking de 2014, o Brasil encontra-se na 79ª posição, com 0,744.

Assim, percebe-se que para a formação do capital social, uma rede de solidariedade e confiança entre as pessoas, é preciso que seja garantido um patamar mínimo civilizatório,

capaz de efetivar o direito ao desenvolvimento. O indivíduo deve ter a possibilidade de agir livremente, mas somente será livre, se houver o mínimo existencial garantido. Destarte, apesar da previsão constitucional do direito à saúde, bem como a previsão nas leis orçamentárias e propostas de políticas públicas, a efetivação do direito depende de ações concretas. Sob esse enfoque, não se pode acreditar que os fatores reais do poder, conforme disposto por Ferdinand Lassalle (2001), ignorem direitos que detém força normativa constitucional, na perspectiva de Konrad Hesse (1991), por isso, Constituição Política e Constituição Jurídica devem ser correspondentes. Questões de política públicas são questões de direito em Estados democráticos de direito.

Nesse sentido, faz-se relevante a explicação de Ronald Dworkin (2000, p. 305), no que se refere à posição do Estado para o liberalismo. Segundo o autor explica, o governo não pode tomar partido em questões morais, e os liberais apoiam apenas medidas igualitárias, que sejam resultados do princípio de igualdade. Portanto, tem-se que "[...] O liberalismo baseado na igualdade considera fundamental que o governo trate seus cidadãos como iguais e somente defende a neutralidade moral quando a igualdade a exige". Por isso, interessante observar a reflexão de Ronald Dworkin (2011, p. 449) pertinente à saúde nos Estados Unidos, onde não há um atendimento mínimo razoável universal. É fulcral para igualdade, de acordo com o autor, a existência de acesso à saúde a todos.

> [...] A comunidade comprometida com a igualdade de recursos, de modo que o povo possa tomar suas próprias decisões acerca da vida que melhor lhe convier, incentiva, em vez de subverter, os princípios adequados da responsabilidade individual. Aceita que a intervenção do governo seja às vezes necessária para proporcionar as circunstâncias nas quais é justo pedir aos cidadãos que assumam responsabilidade pela própria vida. Contudo respeita os juízos pessoais de necessidade e valor que os cidadãos tenham formulado nas condições adequadas, no exercício dessa responsabilidade. A meta está no âmago da concepção de igualdade em recursos e da hipotética estratégia de seguros que recomenda. O plano de saúde elaborado para respeitar as decisões dos cidadãos como seguradores prudentes é, de fato, igualitária. Mas é o oposto do paternalismo. (DWORKIN, 2011, p.449)

Corrobora com a mesma posição Martha Nussbaum (2000, p. 277), que se dedica particularmente à opressão feminina, e assim concluiu que a questão das capacidades para exercício autônomo e efetivação dos direitos humanos é um debate não apenas de direitos previstos nos ordenamentos jurídicos. Por isso, a autora defende ações do Estado e da sociedade na concretização dos direitos humanos, e afirma que para o exercício das capacidades dos indivíduos, perfaz-se essencial o gozo à saúde e à integridade do corpo, física e psíquica. Eles proporcionam liberdade e igualdade iniciais.

> *[...] In short, liberty is not just a matter of having rights on paper, it requires being in a material position to exercise those rights. And this requires resources. The state*

> *that is going to guarantee people rights effectively is going to have to recognize norms beyond the small menu of basic rights: it will have to take a stand about the re-distribution of wealth and income, about employment, land rights, health, and education. If we think that these norms are important cross-culturally, we will need to take an international position on pushing toward these goals. That requires yet more universalism and, in a sense, paternalism; but we could hardly say that the many women who live in abusive or repressive marriages, with no assets and no opportunity to seek employment outside the home, are especially free to do as they wish.*

No mesmo viés, Amartya Sen (2010), ao tratar o desenvolvimento como liberdade, revela a importância de garantir o acesso aos programas de preservação, promoção e efetivação da saúde. O autor ressalta que as privações quanto aos direitos sociais ocorrem em todo o mundo, e, portanto, sem a garantia de um mínimo existencial, a própria liberdade básica de sobrevivência torna-se infactível.

> Um número imenso de pessoas em todo o mundo é vítima de várias formas de privação de liberdade. Fomes coletivas continuam a ocorrer em determinadas regiões, negando a milhões a liberdade básica de sobreviver. Mesmo nos países que já não são esporadicamente devastados por fomes coletivas, a subnutrição pode afetar numerosos seres humanos vulneráveis. Além disso, muitas pessoas têm pouco acesso a serviços de saúde, saneamento básico ou água tratada, e passam a vida lutando contra uma morbidez desnecessária, com frequência sucumbindo à morte prematura. Nos países mais ricos é demasiado comum haver pessoas imensamente desfavorecidas, carentes das oportunidades básicas de acesso a serviços de saúde, educação funcional, emprego remunerado ou segurança econômica e social. Mesmo em países muito ricos, às vezes a longevidade de grupos substanciais não é mais elevada do que em muitas economias mais pobres do chamado Terceiro Mundo. Além disso, a desigualdade entre mulheres e homens afeta — e às vezes encerra prematuramente — a vida de milhões de mulheres e, de modos diferentes, restringe em altíssimo grau as liberdades substantivas para o sexo feminino (SEN, 2010, p. 29-30).

Constata-se assim, da noção constitucional angariada por Ingo Sarlet (2012, p. 113), a relação entre a dignidade humana e a questão da pobreza e exclusão. Nesse sentido, percebe-se que a privação do mínimo existencial, se manifesta em processo que exclui o indivíduo que não consegue alcançar a autonomia, pela falta de condições materiais, e dentre essas condições está o acesso à saúde básica e exercício de uma vida saudável e do próprio bem-estar.

Segue a mesma linha quanto às obrigações dos Estados em promover saúde e educação, por meio do que é arrecadado, Thomas Piketty (2014, p. 468), que ressalta a importância das instituições, que foram construídas com foco no direito à igualdade, a partir das revoluções do século XVIII, americana e francesa. O economista ressalta que, apesar das falhas, as conquistas do Estado Social do século XX, não podem ser desprezadas, assim afirma:

> A redistribuição moderna e, em especial o Estado Social estabelecido nos países ricos ao longo do século XX foram construídos em torno de um conjunto de direitos sociais fundamentais**: o direito à educação, à saúde e à aposentadoria**. **Quaisquer que sejam as limitações e os desafios que esse sistema de arrecadação e redistribuição de riquezas enfrentam hoje, eles representam o imenso progresso histórico**. Deixando de lado os conflitos eleitorais e os jogos partidários, um grande consenso foi formado em torno de tais sistemas sociais, sobretudo na Europa, onde domina um apego muito forte ao que é percebido como 'modelo social europeu'. Nenhuma corrente de opinião importante, nenhuma força política significativa, busca seriamente voltar a um mundo no qual a taxa de arrecadação seria de 10% ou 20% da renda nacional e o poder público se limitaria às funções soberanas nacionais (gifrou-se).

Nesse contexto, interessante a perspectiva de que as instituições são fundamentais nos Estados-Nação, assim como sua capilarização, ou seja, a participação efetiva da sociedade. Logo, no que se refere ao direito à saúde, embora seja dever do Estado implementar políticas sociais voltadas à sua efetivação, parcela da responsabilidade também recaí sobre a sociedade e famílias, conforme já verificado no que se refere à saúde suplementar. Assim, verifica-se a perspectiva de Gina Pompeu ao mencionar cidadania como a vontade de pertencimento a países desenvolvidos:

> As instituições em cada Estado-Nação necessitam incrementar a sua capilarização, tanto no âmbito comercial quanto no produtivo e financeiro, para ser capaz de fazer oposição ao desequilíbrio da globalização econômica, que, por enquanto, polarizou, de um lado, países centrais, altamente desenvolvidos com sistema de produção material, social e institucional bem definidos, e de outro, os países periféricos, com produção deficiente, desnutrição, saúde e sistema de educação e de informação precários, onde prevalece a economia informal (POMPEU, 2012, p. 134).

Segue a mesma reflexão Muhammad Yunus (2008, p. 25), quando afirma que o governo, em que pese tenha de cumprir suas obrigações, muitas dispostas nas Constituições e demais legislações dos Estados Democráticos, não pode resolvê-las, sozinho. Por isso, uma sociedade ativa, capaz de cobrar dos gestores eficiência e probidade é fundamental para a efetivação dos direitos, entre eles, a saúde.

Desta forma, observa-se a relevância do direito e acesso à saúde, pois, segundo Joilson Cabral e Fernando Perobelli (2012, p. 363) a saúde influencia o desenvolvimento local, haja vista que os indivíduos saudáveis estão aptos ao trabalho e produção. A falta de saúde e não efetivação do direito universal causa estagnação sócio-econômica. A doença reduz a renda individual e familiar, e a saúde indica a presença de qualidade de capital humano, que significa incentivo ao investimento.

> [...] Como o estado de saúde afeta diretamente a capacidade produtiva dos indivíduos, o provimento e o financiamento dos bens e serviços de saúde apresentam um aspecto normativo que os caracteriza como bens meritórios. Nesse sentido, é objetivo da grande maioria dos governos garantir que toda a população possa

> usufruir de alguns desses bens e serviços. Além disso, por estarem diretamente associados à vida, do ponto de vista individual, não existe saciedade em relação a esses bens serviços.

Nesse contexto, nota-se que, segundo Fernando Scaff (2010, p. 16), almeja-se uma vida saudável e livre de mazelas e dores causadas pelas doenças, pois é objetivo legítimo e com razão traçado pela humanidade. De acordo com o autor, as facilitações para prevenção e cura de doenças ocorreram através dos avanços científicos, resta saber se é possível a concretização do acesso universal aos serviços de saúde.

> O ponto que nos parece fundamental nesse cenário é o seguinte: o acesso aos serviços e avanços vinculados à saúde tornou-se, hoje, um interesse generalizado das sociedades contemporâneas. Sendo assim, a viabilização desse desejo, mediante a organização dos meios necessários para a sua concretização, determina o surgimento de inúmeras, de novas e até então inexploradas situações, que deverão ser reguladas de modo cada vez mais abrangentes pelo ordenamento jurídico (SCAFF, 2010, p. 23).

Assim, constata-se a reflexão de Hannah Arendt (2007, p. 17) ao afirmar que o ser humano é condicionado por tudo que o cerca, e há assim uma estreita ligação entre a objetividade do mundo e a condição humana. Portanto, estar saudável é uma condicionante para a existência digna, seja o aparecimento de doenças endêmicas ou de curas, tudo o que tocar a vida humana, como explica a filósofa, condicionará sua existência.

> [...] Tudo o que espontaneamente adentra o mundo humano, ou para ele é trazido pelo esforço humano, torna-se parte da condição humana. O impacto da realidade do mundo sobre a existência humana é sentido e recebido como força condicionante. A objetividade do mundo – o seu caráter de coisa ou objeto – e a condição humana complementam-se uma à outra; por ser uma existência condicionada, a existência humana seria impossível sem as coisas, e estas seriam um amontoado de artigos incoerentes, um não-mundo, se esses artigos não fossem condicionantes da existência humana.

Por isso, percebe-se que o escopo hodierno é impedir que o desenvolvimento econômico, tecnológico, cultural se limite às questões de ordem patrimonial, e olvide-se o desenvolvimento humano, no âmbito local e mundial. Portanto, de acordo com Gina Pompeu (2012, p. 118) as instituições sociais, participação da população, e o governo responsável são ângulos de manutenção da mesma figura geométrica. As ações dos Estados devem ser coerentes e probas, com o fito de emancipação da sociedade, e, assim, a garantia da saúde de qualidade e acessível a todos, é basilar à formação do capital social, por meio de um patamar mínimo civilizatório.

Conforme Gina Pompeu (2004), o Estado Democrático de Direito é o telhado, do qual são colunas equilibradas a liberdade e a igualdade. Para que a edificação do Estado não se perca, é imprescindível uma base sedimentada e fortificada, que se apresenta com a

concretização dos direitos sociais prelecionados no artigo 6º da Constituição Brasileira de 1988, que também fornece as ferramentas para tanto. As políticas públicas, a fiscalização e a exigibilidade da saúde são deveres do Estado. Porém, a participação da sociedade e famílias brasileiras também é relevante para o desenvolvimento humano.

CONCLUSÃO

Em conclusão, percebe-se que a saúde é direito presente no ordenamento jurídico brasileiro, bem como é reconhecido na ordem supraconstitucional. Por conseguinte, a Organização das Nações Unidas dispôs três Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que têm relação direta com saúde e bem-estar. Não se olvida, nesse sentido, que todos os objetivos que devem ser efetivados até o ano corrente de 2015 têm como base a concretização do acesso universal à saúde, também defendido pela Organização Mundial de Saúde.

Por fim, pondera-se que a promoção, proteção e recuperação da saúde, no Brasil, foram estruturadas como Sistema Único de Saúde (SUS) desde o ano de 1990, e não se retira a possibilidade da iniciativa privada fornecer acesso à saúde, por meio de planos e seguros. A problemática no Brasil é que os investimentos das famílias na saúde suplementar (planos e seguros de saúde) têm aumentado, enquanto o investimento do setor público mostra-se insuficiente para a efetivação da saúde.

A falta de profissionais de saúde tem se mostrado como uma das principais adversidades à saúde pública no Brasil, isso se observado os dados do IPEA. No mesmo viés, constatou-se que os gastos das famílias com a saúde suplementar são reflexos dos baixos investimentos em saúde pública, assim como a falta de profissionais no atendimento básico, que reflete na insuficiência de programas governamentais, como o “Saúde da Família”. E, portanto, a visão da população, quanto aos investimentos e gestão da saúde é insatisfatória, como se verificou das pesquisas realizadas pelo Instituto Datafolha e Conselho Federal de Medicina.

Conclui-se, todavia, que a saúde é essencial para o desenvolvimento dos Estados, como consequência do desenvolvimento individual dos seres humanos. A saúde é vista, tanto por autores como Martha Nussbaum, Amartya Sen, e Ronald Dworkin, como fundamental para a construção das capacidades humanas, que levam ao exercício da liberdade de forma plena na construção de uma vida boa.

Destarte, em conclusão tem-se que é dever das famílias, sociedade e Estado efetivar o direito à saúde como um dos fundamentos à possibilidade de direito ao desenvolvimento. Uma vida saudável é elementar à garantia da dignidade humana, proposta tanto nos documentos internacionais como no ordenamento jurídico brasileiro e vinculada aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Por isso, a saúde, assim como educação e renda, é base do desenvolvimento humano.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Encefalopatia espongiforme bovina** (EEB) - doença da vaca louca, 2001. Disponível em: < http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/INFORMES>. Acesso em: 22 fev. 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Influenza A** (H1N1): esclarecimento à população sobre a distribuição do medicamento contra a nova gripe, 2009. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2009/pdf/Comunicado_MS_H1N1_297x260mm_21agosto.pdf?id_area=1534>. Acesso em: 22 fev. 2015.

ALEXY, Robert. **Teoria dos direitos fundamentais**. Tradução de Virgílio Afonso da Silva. 2. ed. São Paulo: Malheiros, 2011.

ANDRADE, Mônica Viegas et al. Mercados e concentração no setor suplementar de planos e seguros de saúde no Brasil. In: INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. **Pesquisa e planejamento econômico**, Brasília, v. 42, n. 3, p. 329-362, dez. 2012.

ARENDT, Hannah. **A condição humana**. Tradução de Roberto Raposo. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

BOING, Alexandra Crispim et al. Desigualdade socioeconômica nos gastos catastróficos em saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 48, v. 4, p. 632-641, 2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil** de 05 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 17 fev. 2015.

BRASIL. **Lei nº 13.080** de 02 de janeiro de 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13080.htm>. Acesso em: 17 fev. 2015.

BRASIL. **Lei nº 8.080** de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 17 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil** – CNES, jan. 2015. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabbr.def>. Acesso em: 24 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Situação epidemológica**, Dengue, 2013. <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/situacao-epidemiologica-dados-dengue>. Acesso em: 02 mar. 2015.

BRASIL. **Ministério da Saúde**: portal da saúde – programa "Mais Médicos", 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos>. Acesso em: 20 fev. 2015.

BRASIL. **Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão**. Secretaria de Orçamento Federal. Orçamento Cidadão: Projeto de Lei Orçamentária Anual - PLOA 2015. Brasília, 2014.

BRASIL. **Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde** (SIOPS) Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/msu_despAdmDireta.php?acao=a&ano=2014&periodo=5&desc=5%BA%20Bimestre>. Acesso em: 14 fev. 2015.

CABRAL, Joilson de Assis; PEROBELLI, Fernando Salgueiro. Análise de decomposição estrutural para o setor de saúde brasileiro – 2000-2005. In: INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. **Pesquisa e planejamento econômico**, n. 3, v. 42, p. 363-402, dez. 2012.

CARVALHEIRO, José da Rocha. Epidemias em escala mundial e no Brasil. **Estudos avançados**, São Paulo, n.64, v.22, p. 7-17, dec. 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142008000300002>. Acesso em: 22 fev. 2015.

CASTRO, Paulo Rabello de. **O mito do governo grátis**: o mal das políticas econômicas ilusórias e as lições de 13 países para o Brasil mudar. Rio de Janeiro: Edições de Janeiro, 2014.

CIARLINI, Alvaro Luis de A. S. **Direito à saúde** – paradigmas procedimentais e substanciais da Constituição. São Paulo: Saraiva, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **Nota dos conselhos federal e regionais de medicina**, 04 set. 2014. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25016:nota-mais-medicos&catid=3>. Acesso em: 02 mar. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **Opinião dos brasileiros sobre o atendimento na área de saúde**. Pesquisa Datafolha, junho 2014. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/apresentao-integra-datafolha203.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2015.

DIAS, Eduardo Rocha. **Direito à saúde e informação administrativa**: o caso das advertências relativas a produtos perigosos. Belo Horizonte: Fórum, 2008.

DWORKIN, Ronald. **A virtude soberana**: a teoria e a prática da igualdade. Tradução de Jussara Simões. 2. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011.

DWORKIN, Ronald. **Uma questão de princípio**. Tradução de Luís Carlos Borges. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

GRAGNOLATI, Michele; LINDELOW, Magnus; COUTTOLENC, Bernard. 20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil: uma análise do Sistema Único de Saúde. In: BANCO MUNDIAL – BM. **Direções em desenvolvimento**: desenvolvimento humano. Washington: The World Bank, 2013.

HESSE, Konrad. **A força normativa da constituição**. Tradução de Gilmar Ferreira Mendes. Bahia: Sérgio Antonio Fabris Editor, 1991.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação, 2014. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/>. Acesso em: 10 fev. 2015.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA. **Objetivos de desenvolvimento do milênio**: relatório nacional de acompanhamento, maio, 2014. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/Docs/5_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2015.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**: Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: Ipea, 2014.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA. **Políticas sociais**: acompanhamento e análise. Saúde. Brasília: Ipea, 2014.

LASSALLE, Ferdinand. **A essência da constituição**. 6. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2001.

NUSSBAUM, Martha C. Women's capabilities and social justice. **Jornal of human development**, v. 1, n. 2, p. 221-247, 2000.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **Declaração universal dos direitos humanos de 1948**. Disponível em: <http://www.dudh.org.br/wp-content/uploads/2014/12/dudh.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **Pacto de direitos econômicos, sociais e culturais de 1966**. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/pacto_internacional.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde de 1946**. Disponível em: < http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 20 fev. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **O que é preciso saber sobre o surto do vírus EBOLA**?, 2014. Disponível em: < http://www.who.int/eportuguese/pt/>. Acesso em: 22 fev. 2015.

PIKETTY, Thomas. **O capital no século XXI**. Tradução de Mônica Baumgarten de Bolle. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2014.

POMPEU, Gina Vidal Marcílio. Crescimento econômico e desenvolvimento humano: entre a soberania do Estado e a proteção internacional dos direitos do homem. **Pensar**, Fortaleza, v. 17, n. 1, p. 115-137, jan./jun. 2012.

POMPEU, Gina Vidal Marcílio. **Direito à educação**: controle social e exigibilidade judicial. Fortaleza: ABC, 2005.

POSNER, Richard A. **A economia da justiça**. Tradução de Evandro Ferreira e Silva. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO – PNUD. **O que é o IDH**. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/IDH/IDH.aspx?indiceAccordion=0&li=li_IDH >. Acesso em: 17 fev. 2014.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO – PNUD. **Os objetivos de desenvolvimento do milênio**: 8 objetivos para 2015. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/odm.aspx>. Acesso em: 17 fev. 2015.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO – PNUD. **Ranking IDH 2013**. Disponível em: < http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDH-Global-2013.aspx>. Acesso em: 17 fev. 2015.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 9. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

SCAFF, Fernando Campos. **Direito à saúde no âmbito privado**: contratos de adesão, planos de saúde e seguro-saúde. São Paulo: Saraiva, 2010.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. Tradução de Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SESTELO, José Antonio de Freitas; SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de; BAHIA, Lígia. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 29, v. 5, p. 851-866, 2013.

YUNUS, Muhammad. **Um mundo sem pobreza**: a empresa social e o futuro do capitalismo. Tradução de Juliana A. Saad e Henrique Amat Rêgo Monteiro. São Paulo: Ática, 2008.