

## 1. INTRODUÇÃO

O direito a saúde teve grandes avanços na sociedade brasileira após a constituição de 1988, que salienta a sua importância no exercício da vida digna. Novas descobertas tem possibilitado cada vez mais a melhoria da qualidade de vida de pacientes com graves doenças, mas, a oferta de tratamentos aos pacientes sem possibilidade de obtê-los por conta própria acaba causando um grande aumento nos custos de saúde da população, tal problemática vem criando uma discussão sobre a responsabilidade e a limitação dos direitos fundamentais referentes à vida e a saúde por parte do Estado, tendo em vista a verba orçamentária destinada à saúde e a insuficiência das políticas públicas criadas para este fim.

Reconhecido pela Constituição Federal de 1988 como um direito fundamental de caráter social, tal direito exige do Estado prestações para sua efetividade, por isso considerado como uma política pública a ser alcançada pela República Federativa do Brasil, ou seja, deverá ser garantida a sua efetividade. Ademais, quando aliado ao caráter fundamental social emana diversas consequências em relação às políticas públicas, separação de poderes e o caráter subjetivo das prestações.

Neste sentido, com meio de garantir a efetivação do direito social à saúde, o governo brasileiro, envolvendo todas as esferas da federação, instituiu políticas públicas em âmbito nacional, regional e local.

Uma das mais recentes e polêmicas políticas públicas implantadas para atingir esta finalidade, à qual a República Federativa do Brasil se comprometeu no texto constitucional, foi o denominado “Programa Mais Médicos”.

No entanto, tal política pública, além de ser aplaudida, está sofrendo grandiosas críticas, sendo considerada uma política panfletária, fazendo-se necessário a aplicação da Teoria do Reconhecimento de Axel Honeth para identificar se o Programa Mais Médicos foi resultado da Luta por Reconhecimento da sociedade brasileira e se de fato trata-se de uma política pública implantada com o objetivo de efetivar o direito social à saúde.

Assim, através de uma pesquisa bibliográfica, utilizando-se o método hipotético-dedutivo, faz-se necessário discutir acerca da política pública de efetivação do direito constitucional à saúde denominada “Programa Mais Médicos”, que por meio de legislação interna e acordos internacionais, “importou” médicos brasileiros que se formaram no exterior e também médicos estrangeiros, além de outras medidas, com o fundamento de garantir à população brasileira, principalmente das regiões de periferia, atendimento médico através do SUS – Sistema Único de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde.

## **2. DIREITO À SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL SOCIAL NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988**

A preservação da vida é uma preocupação constante do ser humano. Assim, em decorrência da necessidade, buscou-se no decorrer da evolução social a proteção do indivíduo, garantindo o amparo frente às adversidades da vida. No entanto, nem sempre a proteção é efetiva, tanto por parte da sociedade quanto do Estado, ficando muitos indivíduos e coletividades desprotegidos e desamparados.

Todo ser humano nasce com direitos e garantias, não devendo estes ser considerados como concessão do Estado, tendo em vista que, *“alguns estes direitos são criados pelos ordenamentos jurídicos, outros são criados através de certa manifestação de vontade, e outros apenas são reconhecidos nas cartas legislativas”* (SILVA, 2006). Ainda, é válido ressaltar que as pessoas como um todo devem exigir que a sociedade respeite e garanta sua dignidade e necessidades básicas fundamentais.

Para Dallari (2003), a sociedade deve estar organizada de modo que busque condições que permitam a cada homem e grupo social ter o que precisa para seus fins particulares. A organização da sociedade deve ter uma finalidade, que é visar o bem de todos, bem comum sendo este um conjunto de condições da vida social que melhorem o desenvolvimento da personalidade humana, obtido de forma harmônica e garantindo a liberdade de todos.

Os direitos sociais surgiram na crise do Estado liberal, na busca por uma maior igualdade social, dando aos indivíduos prestações sociais necessárias para viver com dignidade. Distingue-se o direito social do direito de defesa, ao ponto que estes representam uma omissão do Estado, uma prestação negativa, enquanto aqueles exigem uma prestação positiva por parte do Estado, assegurando aos indivíduos um mínimo existencial, e pressupõem uma realização de igualdade. (ASSIS, 2010)

Esses direitos chamados de sociais passaram a se desenvolver a partir do século XX, quando se percebeu que os direitos individuais não eram suficientes, pois sem as condições mínimas como educação, alimentação e saúde, os direitos individuais não podiam ser exercidos. Assim, observa-se que as dimensões de direitos completam-se, contribuindo todos para a realização da dignidade humana. (BARCELLOS, 2012)

Após a segunda guerra mundial, cresce a discussão acerca dos direitos humanos, criando declarações, pactos e organizações para protegê-los. O Estado passa a intervir ativamente tentando diminuir as desigualdades econômicas, assumindo a prestação de serviços

fundamentais para todos, surge a necessidade de controlar os recursos disponíveis para se obter um maior proveito, levando a ação do Estado a todos os campos sociais, com o fim da guerra, o Estado precisa intervir mais ainda para restaurar as cidades e readaptar as pessoas. (DALLARI, 2003)

Parece aceita a ideia de que para ser denominado direito humano, este precisa preencher algumas condições como a universalidade, a justiciedade e exigibilidade, ou seja, ser garantido a todos os grupos, ter pleno acesso à justiça, e clareza de quem tem a obrigação de realizá-lo. Existe dificuldade no entendimento de que os direitos sociais, econômicos e culturais estejam qualificados nessa categoria. Há quem pense que seria possível exigir do Estado apenas que não maltratem ou dizimar os cidadãos, mas não seria apropriado requerer garantia de um padrão de vida para todos, sendo que tais direitos requerem um aumento consequente nos impostos, sendo um atrevimento requerer a satisfação dos direitos humanos quando não há possibilidades de realizá-los e concretizá-los. (BENVENUTO, 2010)

O ordenamento jurídico brasileiro conferiu, após a segunda guerra mundial, a dignidade humana o caráter de princípio fundamental e de norma embasadora do sistema constitucional, tendo assim valor máximo, sendo a dignidade humana dotada de eficácia plena em todas as relações. (BERNARDI, 2007)

No Brasil, desde a década de 80, a questão da exclusão social, entre outros fatores, protagonizou debates e enfrentamentos nas agendas internacionais, tornando-se o tema central e exigindo análises setoriais e políticas públicas que considerassem a relação entre a lógica econômica e a coesão social. (RIBEIRO, 2010)

Neste viés, destacando o tema da exclusão, Ribeiro (2010) afirma que a questão social no Brasil passou a ser analisada a partir da produção e distribuição de riquezas, da vulnerabilidade das relações sociais, do questionamento da intervenção estatal e das mudanças mundiais na configuração da sociedade civil e dos movimentos sociais.

Aos excluídos no Brasil não estavam asseguradas garantias públicas contra riscos econômicos decorrentes de disfunções sociais, no âmbito de um sistema sólido de proteção social (RIBEIRO, 2010), o que gerou uma grande insatisfação e, por consequência, as mobilizações sociais.

Ademais, a questão social e a insatisfação com o sistema atual da época se constituiu objeto de teorização sobre a institucionalização de um Estado Democrático de Direito, que passou a ser discutido pela Assembleia Constituinte Originária, instituída logo após a queda do regime militar ditatorial.

Este contexto histórico, legitimou a mudança de modelo de proteção social brasileiro – de um sistema de seguro social (restrito à classe formalmente trabalhadora) para um sistema de seguridade social, disciplinado por princípios de universalidade e equidade, estabelecendo um padrão de inclusão social nas políticas sociais. Este novo modelo articulava solidariamente as áreas da previdência social, saúde e assistência social (RIBEIRO, 2010).

Segundo L'Abbate (2010), a soma de forças políticas e sociais resultou em uma conjugação favorável para que a saúde e outros direitos sociais adquirissem o estatuto constitucional no país.

A Assembleia Constituinte Originária, representando o povo brasileiro, constituída para instituir um Estado Democrático, promulgou em 05 de outubro de 1988, a Constituição da República Federativa do Brasil, que prevê em seu art. 1º os fundamentos da República Federativa, dentre eles a dignidade da pessoa humana.

A partir deste contexto social, de acordo com Ribeiro (2010, p. 20), passou-se a identificar os direitos sociais e trabalhistas como direitos fundamentais, além de valorizar-se a participação social na produção e aplicação do direito, bem como na institucionalização de uma cidadania plural e aberta às mais diversas e complexas relações sociais.

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, como uma forma de efetivação dos direitos sociais e garantia da dignidade da pessoa humana, a população brasileira passou a ter o direito à saúde assegurado em texto constitucional, que dispõe que seu art. 196 que *“a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”* (BRASIL, 1988).

A República Federativa do Brasil, enquanto Estado Democrático de Direito, conforme previsão na Carta Constitucional fundamenta-se em aspectos como: cidadania, dignidade e soberania popular. Assim, a saúde passa a ser declarada como um direito fundamental de cidadania, cabendo ao Estado a obrigação de provê-la a todos os cidadãos, indistintamente. (SILVA, TANAKA, 2012, p. 250)

Pela primeira vez nas Cartas Constitucionais do Brasil, a CF/88 apresenta uma seção específica para tratar o tema da saúde, consagrando como dever do Estado e direito do cidadão. Desta forma, deslocou-se a noção de seguro social pela de seguridade social, prevendo acesso pleno ao sistema de saúde, independentemente da renda, buscando garantir um novo padrão de cidadania ao povo brasileiro. (ELIAS, 2004)

Segundo teoria desenvolvida por Campos (2006, p. 37), o termo “saúde pública” é entendida como prática social exercitada por inúmeras instituições do aparelho estatal, desde as universitárias até aquelas diretamente vinculadas ao Poder Executivo e diretamente 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*” (2006, p. 37).

De acordo com ensinamentos de Schwartz (2001, p. 52), “*a saúde é, senão o primeiro, um dos principais componentes da vida, seja como pressuposto indispensável para a sua existência, seja como elemento agregado à sua qualidade. Assim a saúde se conecta ao direito à vida*”.

Sarlet (2008) afirma que no âmbito da evolução jurídica brasileira, um dos principais marcos do direito à saúde a serem lembrados é a inserção da saúde como bem jurídico fundamental na Constituição Federal de 1988, na condição de direito e dever fundamental de titularidade universal, isto é, na condição de direito de todos e de cada um e dever do Estado, da sociedade e da própria pessoa para com os outros e consigo mesma.

Há de ser salientando, ainda, que na Constituição Federal de 1988, o direito à saúde encontra fundamento jurídico em conformidade com os princípios da Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU – Organização das Nações Unidas, que desde 1948 constam na agenda internacional, que em seu art. 25 prevê que toda pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde. (ONU, 1948)

Indiscutivelmente, com a promulgação da carta constitucional 1988 obteve-se uma grande conquista para os brasileiros, entretanto, a Constituição por si só não assegura a efetividade dos direitos e deveres constituídos. (L'ABBATE, 2010)

Reconhecido pela Constituição Federal de 1988 como um direito fundamental de caráter social, tal direito exige do Estado prestações para sua efetividade. Ademais, quando aliado ao caráter fundamental social emana diversas consequências em relação às políticas públicas, separação de poderes e o caráter subjetivo das prestações.

São necessárias, portanto, ações do poder público, de todas as esferas federativas, com ênfase à efetivação de tão importante direito, que é a saúde, que se dará a partir das chamadas políticas públicas.

### 3. “PROGRAMA MAIS MÉDICOS”: POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE?

A política pública é o instrumento privilegiado do Estado para minimizar as contradições e conflitos sociais gerados pelo confronto entre o global, entendido como o todo, e o setorial, representado pelas categorias profissionais. (ELIAS, 2004)

Neste sentido, para Elias (2004) as políticas públicas constituem instrumentos para a atuação do Estado. Os pressupostos teóricos do Estado para se pensar a área social estão centrados na reprodução da força do trabalho, promovendo a regulação entre Estado, economia e sociedade.

Quando fala-se em Políticas Públicas do Direito à saúde, deve-se considerar que o Brasil evoluiu muito desde a promulgação da Constituição Federal de 1988. Passamos de uma realidade de Estado Negativo, que nada fazia pela saúde de seu povo para um Estado Positivo, que tem o dever constitucional de garantir a saúde à todos.

De acordo com Bobbio (1992), a concorrência entre os direitos é um dos entraves na sua garantia. O reconhecimento do direito de alguns é o conseqüente suprimento do direito de outros. No que se refere ao direito à saúde, classificado entre os direitos sociais, faz parte do conjunto de direitos mais difíceis de serem protegidos, se comparado aos direitos civis e políticos. O reconhecimento da saúde como direito universal e integral esbarra no estágio de desenvolvimento insuficiente do Estado para sua garantia.

Para fins de implementação e garantia do direito constitucional à saúde, em 1990, considerada um primeiro ato do governo com vistas às políticas públicas nesta área, foi promulgada a Lei 8.080/90, que “*Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*” (BRASIL, 1990), institucionalizando o SUS – Sistema Único de Saúde, considerada a mais abrangente e ambiciosa e política pública de saúde já formulada no Brasil (ELIAS, 2004).

Importante reconhecer que a assistência à saúde depende dos trabalhadores da saúde e de sua capacidade de produzir o cuidado. É a equipe de saúde que será capaz de atender e resolver os problemas apresentados pela população. (Saúde em Debate, Editorial, 2013)

Em editorial, a Revista Saúde em Debate (2013) afirmou que a suficiência quantitativa das equipes de saúde, quando bem distribuídas, permite atendimento universal da população residente em todo o território nacional, levando a efetivação do direito constitucional à saúde. No entanto, afirmou ser consenso entre os gestores do SUS que entre as categorias de profissionais da saúde, os médicos são os profissionais mais difíceis de prover nos serviços

públicos de assistência à saúde, problema este reconhecido inclusive pela população, quando afirma que o principal problema do SUS é a falta de médicos.

O SUS foi transformado em mercadoria, a partir de uma política de ampliação do consumo, que caracterizou os últimos governos federais, que não enfrentaram os interesses dos complexos econômicos envolvidos com a saúde – indústria farmacêutica, de equipamentos, planos e seguros privados de saúde, prestadores privados de serviços – e que seguem promovendo um subfinanciamento crônico do SUS, sendo esta a principal razão da concentração de médicos no setor privado e sua conseqüente escassez no setor público, gerando graves distorções à saúde brasileira. (Saúde em Debate, Editorial, 2013)

Com a intenção de expandir o atendimento na rede básica de saúde, foi implementada a mais nova política pública de saúde, também chamada de governo, denominada de “Programa Mais Médicos”.

O Programa Mais Médicos foi criado através da Lei 12.871/2013, com o objetivo de ampliar a assistência na Atenção Básica fixando médicos nas regiões onde havia carência de profissionais. O art. 1º da lei prevê a instituição do Programa Mais Médicos com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o SUS com os objetivos de: a) diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde; b) fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde; c) aprimorar a formação médica no país e proporcionar maior experiência no campo da prática médica durante o processo de formação; d) ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS; e) fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço; f) promover a troca de conhecimento e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; g) aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e funcionamento do SUS; e h) estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS. (BRASIL, 2013)

Por meio do programa, 14.692 mil médicos passaram a atender a população de 3.785 mil municípios do país, o que equivale a 68% (sessenta e oito por cento) dos municípios do país, além de 34 Distritos Sanitários Indígenas (DSEIs), passando a atender algo em torno de 50 milhões de brasileiros. (BRASIL, 2015)

Além do atendimento médico, foi criado um eixo de investimento em infraestrutura, onde serão investidos R\$ 5,6 bilhões para o financiamento de construções, ampliações e reformas das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e R\$ 1,9 bilhão para as construções e ampliações de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). (BRASIL, 2015)

No terceiro eixo de investimentos do Programa, relacionadas à expansão e reestruturação da formação médica no país, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) foi prevista a criação, até 2017, de 11,5 mil novas vagas de graduação em medicina e 12,4 mil vagas de residência médica para a formação de especialistas até 2018, com o objetivo de valorização da Atenção Básica e outras áreas prioritárias para o SUS.

Neste sentido, em síntese, o Programa Mais Médicos faz parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do SUS, prevendo investimentos em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, além de levar médicos para regiões onde há escassez ou ausência total de profissionais (BRASIL, 2015).

Segundo Campos (2013), o Programa Mais Médicos é uma tentativa de responder aos movimentos sociais do ano de 2013. O projeto do programa possui três propostas principais com o objetivo de melhorar a qualidade da política pública de saúde do SUS.

Considerada a mais nova política pública de saúde, o Programa Mais Médicos traz vários aspectos que merecem apoio e outros que infelizmente merecem críticas.

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES (2014) afirmou que as medidas do Programa Mais Médicos são necessárias e louváveis, no entanto, insuficientes para o setor, que necessita de outras medidas de curto, médio e longo prazo.

Campos (2013) defende que merece aplausos a iniciativa de contratação de mais de 10 mil médicos para a rede primária de atenção básica, principalmente àqueles localizados em regiões de grande vulnerabilidade social e sanitária, tanto em municípios médios, pequenos e em periferias de grandes cidades, onde os profissionais habilitados não tinham interesse em atuar.

A extensão da saúde primária, por mais que exista a Estratégia de Saúde da Família em pleno funcionamento, nunca havia sido efetivada plenamente e também nunca havia sido assumida como meta de governo pelos candidatos brasileiros à presidência da república.

No entanto, Campos (2013) afirma que não merece apoio a forma de contrato firmado pelo governo, o qual se configura ilegal e as condições de recrutamento parecem criadas para espantar eventuais candidatos. Inicialmente por se tratar de um contrato provisório, prevendo contratação por três anos, prorrogáveis por mais três, significando que todos os médicos deverão deixar suas atividades para algo que terminará em breve. As contratações precárias são um dos principais problemas enfrentados pelo SUS atualmente, o que poderá conduzir ao fracasso do programa.

Merece ainda apoio a preocupação com a formação de novos médicos, segundo métodos empregados em países com sistemas públicos de saúde, seja com o aumento do estágio



na atenção básica ou com o recrutamento segundo normativas compulsórias ou estratégias de indução. (CAMPOS, 2013)

Entretanto, merece críticas a intenção de estender-se o curso de medicina para oito anos. Faz-se necessário uma reforma nos cursos de medicina, com o objetivo de formar médicos com formação geral, em clínica e em saúde pública, com estágios práticos nos serviços do SUS, na atenção básica (CAMPOS, 2013). Em vez de acrescentar mais 02 anos aos cursos de medicina, seria mais interessante para o Brasil e sua população, obrigar as residências, de todas as especialidades, nas unidades básicas de saúde, com supervisão dos professores universitários no local e à distância. Para efetivação desta proposta, bastaria ao MEC e ao Ministério da Saúde alterar as normas de residência médica.

Faz-se necessário que as universidades tenham como objetivo último a formação de profissionais de saúde com perfil para atendimento no SUS, com a finalidade de atender as necessidades da população brasileira.

Ainda, de acordo com Campos (2013), interessante e positiva a iniciativa do programa em ampliar, em torno de dez mil novas vagas, para residência. Inicialmente foram priorizadas as residências para médicos na área da saúde da família e comunidades, além de outros especialistas que faltam no SUS, entre eles: anestesistas, psiquiatras, oncologistas, pediatras, entre outros.

Mas infelizmente, merece críticas esta proposta de ampliação em dez mil novas vagas para a graduação médica. Campos (2013) afirma que o Brasil possui hoje algo em torno de 1,8 médicos para cada mil habitantes; o Canadá, 1,7; a Inglaterra, 2,4; com mais dez mil médicos se formando ao ano, em uma década teríamos um número excessivo de médicos, o que configura um elemento danoso, conforme o que ocorre em Cuba e nos Estados Unidos. Seriam necessárias algo em torno de três e quatro mil novas vagas, preferencialmente na rede de Faculdades Públicas, pois não existe motivo para estimular a abertura de universidades privadas.

Finalmente, cabe-nos fazer uma crítica a intenção governamental em “importar” médicos estrangeiros, em caso dos brasileiros não preencherem a cota necessária. Campos (2013) afirma que se o Brasil adotasse a proposta de realizar-se o primeiro ano de residência, em todas as especialidades, na atenção básica de saúde, haveriam mais sete a dez médicos na rede básica de saúde. Com o atual modelo, consubstanciado na forma de contratação temporária e na ausência de carreira e impossibilidade de remanejamento e promoção ao longo dos anos, parece que se torna inevitável a chamada “importação” de médicos estrangeiros para o Brasil, o que de fato ocorreu no primeiro ano do programa.

A partir da injusta falta de assistência médica e a dificuldade dos gestores em contratar profissionais médicos, é muito positiva a atração de profissionais médicos estrangeiros ao país. No entanto, essa medida deve ter caráter meramente emergencial e com o propósito de atender a demanda atual (CEBES, 2014).

Importante destacar que tem gerado intensas discussões a “importação” dos médicos cubanos para o Brasil, através do programa, tanto sob o aspecto da legalidade da sua presença no Brasil, quanto sobre a forma de pagamento adotada, que se efetiva por meio de repasse financeiro à Organização Panamericana de Saúde (OPAS), conforme determinado no 80º termo de cooperação técnica para desenvolvimento de ações vinculadas ao projeto de acesso da população brasileira à atenção básica em saúde.

No entanto, segundo Clève (2013), a partir de uma análise estritamente jurídica, é possível nos termos do acordo internacional, o exercício da profissão pelos médicos cubanos sem a necessidade da submissão ao Exame Revalida, neste caso, basta a existência de lei ou ato normativo com força de lei.

O Presidente do Conselho Federal de Medicina – CFM, Roberto Luiz D’Ávila (2013) afirmou que as entidades médicas não são contra a criação de estímulos para melhorar a qualidade na prestação de serviços de saúde no interior do país e nas periferias das grandes cidades, pelo contrário, defendem a oferta de condições de trabalho e emprego dignas que tragam benefícios aos pacientes e profissionais.

Segundo D’Ávila (2013), apesar do programa visar garantir as premissas do SUS e do Estado Constitucional – atendimento universal, gratuito e com equidade para a população – ele falha ao oferecer uma solução rasa, de efeito duradouro duvidoso.

A atuação dos médicos cubanos deve ser fiscalizada pelo Brasil, pelas Opas e pelos Conselhos Regionais e Federais de Medicina, sendo que os conselhos não podem recusar o registro do médico intercambista, tendo em vista a existência de ato normativo, com força de lei, regendo sua obrigatoriedade. (CLÈVE, 2013)

#### **4. DIREITO À SAÚDE E PROGRAMA MAIS MÉDICOS: UMA ANÁLISE A PARTIR DA TEORIA HONETHIANA DO RECONHECIMENTO**

Axel Honneth é um dos principais expoentes da Teoria Crítica da Escola de Frankfurt e dos principais pensadores da Alemanha contemporânea. Professor da Universidade de Frankfurt, e diretor do Instituto de Pesquisa Social desde 2001, despontou entre os pensadores

contemporâneos ao levantar a existência de um possível “déficit sociológico” nas teorias crítica e da ação comunicativa de seu antecessor e orientador, Jürgen Habermas, do qual foi assistente, em sua tese de doutorado em que escreve a Crítica do Poder. (MENDONÇA, 2008)

Honeth é precursor da chamada Teoria do Reconhecimento, escreveu nas mais diversas áreas do conhecimento, entre elas podemos citar filosofia social, política e moral, voltado sempre na compreensão das relações de poder, reconhecimento e respeito nas sociedades concebidas como capitalistas. (WERLE, 2008)

De acordo com Nobre (2003), as pesquisas de Axel Honeth se inserem na Teoria Crítica, onde procura compreender a sociedade sob o prisma da emancipação limitada pela lógica da organização social vigente.

Nobre (2003) afirma que o pensamento honethiano pode ser embasado na obra de Habermas, que sustenta que a forma social da modernidade é aquela em que a orientação da ação para o entendimento se encontra no próprio processo de reprodução cultural, que visa permitir a interpretação do mundo, onde a racionalidade comunicativa está inserida nas relações sociais.

Camargo (2006) afirma que Honeth prosseguiu a teoria habermasiana da comunicação, ao defender que a intersubjetividade é condição para a constituição, bem como a emancipação humanas. No ápice de suas obras, Honeth (2009) analisou as causas sociais responsáveis pela violação sistemática das condições de reconhecimento dos grupos e sujeitos sociais, que estavam em busca do reconhecimento.

Honeth estuda as lutas sociais que se originam em experiências de desrespeito social e ataques à identidade pessoal ou coletiva, num processo de luta pela constituição da própria subjetividade, o que o diferencia dos demais autores, que em regra vinham concentrando as discussões na luta pela autoconservação ou pelo poder (NOBRE, 2003).

O processo de constituição subjetiva, ou seja, de formação do sujeito autônomo tem como base a Teoria do Amadurecimento Pessoal de Donald Winnicott, que defende que o ser humano nasce com uma tendência inata ao desenvolvimento, dependendo para tanto, do suporte de um ambiente provedor de suas necessidades vitais, como o que acontece na relação direta e indispensável entre mãe e filho recém-nascido. (HONETH, 2009)

Conforme o bebê vai crescendo, tal estado de dependência vai se dissolvendo e o bebê vai conquistando patamares maiores de desenvolvimento intelectual, podendo suportar períodos cada maiores na ausência da mãe, entrando em um estado de desilusão, pois percebe que a mãe está fora do seu controle onipotente, está fora do seu domínio. (Honeth, 2009)

Winnicott (1990), em sua teoria afirmava que a criança consegue lidar com esta experiência de desilusão de duas formas: a) uso do objeto; e b) transicionalidade.

No primeiro caso, que ocorre quando a criança percebe-se como externa, o bebê passa a um processo de destrutividade, atacando a mãe com chutes e mordidas. No momento em que a mãe, sobrevive a tais ataques sem retaliar ou deixar de amar o filho, demonstra-se ao bebe que pode ser amado a despeito de sua agressividade, oferecendo-lhe condições para que confie na existência de um mundo confiável, embora não seja controlável (WINNICOTT, 1990).

Com base nesta ideia, Honeth (2009, p. 169) afirma que:

[...] os atos destrutivos e lesivos não são a expressão de uma elaboração negativa de experiências frustrantes; eles foram os meios construtivos com base nos quais a criança pode chegar a um reconhecimento da mãe [...] como um ser com 'direito próprio' [...], então ele se torna capaz, através da integração de seus impulsos agressivos, de amá-la sem fantasias narcísicas de onipotência.

Assim, com base nestas observações, Honeth (2009) chega à conclusão de que a formação subjetiva humana se dá através de um processo intersubjetivo de luta por reconhecimento, pois trata-se de um processo onde tanto da mãe como do filho lutam para que sejam reconhecidos como seres diferenciados, embora dependentes do amor recíproco.

No segundo caso, desde muito cedo as crianças desenvolvem relações afetivas intensas com objetos, tratando-os com ternura ou com agressividade/destrutividade. Esta relação situa-se num mundo intermediário, denominado de espaço transicional, onde coexistem o mundo interno das crianças (fantasias e desejos) e o mundo empírico. Este espaço tem a função de representar formações substitutivas para a mãe, com quem o bebê não pode mais ter uma relação de indiferenciação. (WINNICOTT, 1975)

Superando esta teoria de justificação da luta pelo reconhecimento, que desde os primeiros meses de vida existem na personalidade e no instinto de sobrevivência dos indivíduos, passamos agora para a análise das formas de reconhecimento traçadas por Axel Honeth.

Para Honeth (2009) todo indivíduo precisa do reconhecimento de si no processo de desenvolvimento subjetivo, para que possa vivenciar e satisfazer suas necessidades básicas. Para tanto, ele distingue três esferas do reconhecimento, comuns a todos os seres humanos.

A primeira refere-se às relações afetivas que convergem para o reconhecimento do indivíduo como um ser carente concreto, envolvendo a família e o sentimento de amor para que os indivíduos sejam reconhecidos em sua individualidade e na conquista da autoconfiança individual. (HONETH, 2009)

A segunda esfera refere-se ao reconhecimento cognitivo-formal do direito, através do qual o indivíduo é reconhecido como pessoa de direito abstrata, estando legitimada em liberdade e autorrespeito. (HONETH, 2009)

Finalmente, a terceira esfera, refere-se ao reconhecimento estatal e à solidariedade, conferindo ao sujeito condição de sujeito socializado em sua unicidade, por meio do qual conquista sua autoestima. Trata-se da possibilidade de os indivíduos considerarem-se “[...] *reciprocamente à luz de valores que fazem as capacidades e as propriedades do respectivo outro aparecerem como significativas para a práxis comum. Relações como essa [...] não despertam somente a tolerância para com a particularidade individual da outra pessoa, mas também o interesse afetivo por essa particularidade [...]*” (HONNETH, 2009, p.210-211).

Em síntese, as três esferas de reconhecimento defendidas por Honeth são o Amor, a Ordem Social e a Solidariedade. A dignidade da pessoa humana depende do reconhecimento destas três esferas, sendo as lutas e conflitos sociais consequência das ameaças à integridade física do homem e do desrespeito social e pessoal, sendo a interação social que permite ao homem adquirir consciência de si mesmo. (HONETH, 2009)

Portanto, ao tratar das relações de reconhecimento intersubjetivo em uma sociedade, notadamente das relações amorosas, relações jurídicas e relações de estima social, Honeth (2009) traça sua teoria do reconhecimento tendo como base a tríade amor, direito e solidariedade. Cada uma dessas relações de reconhecimento recíproco, é marcada por um sentimento, ou seja, a relação amorosa gera no indivíduo a autoconfiança, a relação jurídica leva ao autorrespeito, e as relações de estima social à autoestima. Porém esses sentimentos estão sujeitos a formas de desrespeito, isso é, de reconhecimento negado, que surgem basicamente na forma de maus tratos, exclusão de direitos e degradação.

Esse desrespeito pode representar a base motivacional para a luta por reconhecimento, que de acordo com Honneth (2009) deve ser conduzida pelas reações emocionais negativas como a vergonha, tornando-se o motivo da resistência política. Desse modo, quando os sentimentos gerados pelo amor, pelo direito e pela solidariedade são desrespeitados no seio da sociedade, gera-se uma reação emocional negativa, sobretudo na forma de vergonha social, que faz com que os indivíduos atingidos por essa recusa de reconhecimento ingressem em lutas de resistência política, a fim de terem novamente seu reconhecimento adquirido.

Neste sentido, a evolução da humanidade é resultado das lutas empreendidas pelos homens para conferir expressão social à sua criatividade e impulsividade, o que ampliou significativamente as relações de reconhecimento. Honneth (2009) afirma que a luta por

reconhecimento só pode ocorrer quando o sujeito já se sabe reconhecido, de uma maneira elementar, como membro de uma coletividade.

Honeth (2009) ainda afirmou que os direitos sociais também se enquadram nesta luta por reconhecimento, identificadas nas lutas de classes.

Assim, a concessão de direitos sociais pelo Estado e a redistribuição de renda e bens materiais cumprem a ética democrática de reconhecimento os sujeito enquanto pertencente a uma sociedade de igualdade de direitos.

A luta da sociedade brasileira há décadas por mais médicos para o Brasil pode ser considerado um espaço para o reconhecimento intersubjetivo.

Quando analisamos o Programa Mais Médicos, no campo da efetivação do direito fundamental à saúde, identificamos que a Luta por Reconhecimento teve um papel fundamental, quando os brasileiros, principalmente das cidades interioranas e das periferias das grandes cidades, lutaram por uma melhoria no atendimento médico e pelo atendimento médico, onde nem ao menos existia.

## **5. CONCLUSÃO**

O SUS constitui uma política pública cujo princípio fundamental é a consagração da saúde como direito universal. Em razão de seu pequeno curso histórico, encontra-se em estruturação e, por isso, vulnerável a toda sorte de investidas para consagrá-lo ou para abortá-lo em seu fundamento maior.

O direito a saúde é de máxima importância para o desenvolvimento do ser humano e para uma vida digna, devendo ser respeitado seu grau mínimo a todos os cidadãos, cabendo ao Estado efetiva-lo por meio de políticas públicas que garantam condições saudáveis e dignas ao indivíduo, tratando e prevenindo possíveis enfermidades.

No entanto, o principal problema do SUS não é a falta de profissionais médicos. Trata-se este mais um dos sintomas do descaso na implantação do projeto do SUS, relegados pelos sucessivos governos ao destino de um sistema de baixa qualidade e destinado ao atendimento da população de baixa renda.

Faz-se necessário reafirmar que um dos principais problemas enfrentados pelo SUS é a subordinação do setor da saúde à lógica do mercado financeiro, que se expande minimizando este direito social, tratando a saúde como mercadoria, distanciando-a dos princípios orientadores do SUS enquanto expressão da saúde como direito de cidadania.

A efetivação da saúde, portanto, em conformidade com os ditames constitucionais, exige providências de várias ordens, a começar pela reforma do Estado para torná-lo capaz de realizar a saúde como direito universal. A consecução desse objetivo exigirá do Estado a formulação de políticas voltadas à desmercantilização da saúde – o que no âmbito mais imediato da assistência médica implica o incentivo a formas não lucrativas, em detrimento das modalidades lucrativas na produção de serviços –, e à busca incessante de novas modalidades de gestão na relação público/privado, capazes de viabilizar a eficácia social do sistema de saúde.

A constituição impõe ainda que este é direito de todos, por tanto, considera-se também direito à igualdade, igualdade de tratamento a todos os cidadãos. Dando especial atenção àqueles que não possuem condições financeiras para arcar com os altos custos de tratamentos. Assim não podemos esquecer, que quando falamos em direito a saúde, falamos da dignidade da pessoa humana e do direito maior de todo ser humano, a vida.

Entretanto, nem sempre este direito fundamental à saúde é efetivado por meio das políticas públicas e pelos programas de governo.

Assim, com os direitos intersubjetivos negados, surge a luta por reconhecimento, que é propulsora de movimentos de resistência política, caracterizados por Honneth como uma forma de recuperação de reconhecimento denegado por meio de formas de desrespeito aos sentimentos gerados pelo amor, pelo direito e pela solidariedade.

Pode-se afirmar que o movimento popular ocorrido no Brasil em junho de 2013, pode ser considerado como exemplo de uma luta social por reconhecimento, se analisada no âmbito proposto por Honneth, isso porque, foi a negação do reconhecimento de direitos e a violação da autoestima social que levaram milhares de pessoas às ruas em prol de melhoria do trato da coisa pública, e conseqüentemente, a restituição do reconhecimento recíproco.

Depreende-se assim, que são as três formas de reconhecimento do amor, do direito e da solidariedade que constituem a base para a autorrealização dos indivíduos, assentada na ideia de eticidade. Essa autorrealização se dá com a aquisição cumulativa de autoconfiança, autorrespeito e autoestima. E, quando se vê denegado as formas de reconhecimento recíproco, com a exclusão de direitos e com o rebaixamento social ou a degradação, criam-se impulsos psíquicos negativos como a vergonha social, capaz de gerar a base motivacional de movimentos de resistência política, que possuem o objetivo de restabelecer o reconhecimento recíproco no seio da sociedade.

A partir das lutas sociais por mais médicos para o Brasil, luta esta fundada em fazer público o espaço médico-hospitalar privatizado por inúmeros interesses, sejam os corporativos,

sejam os privados, surgiu, por iniciativa do governo federal o Programa Mais Médicos, que sofre atualmente críticas e ao mesmo tempo elogios pela sociedade brasileira.

Neste sentido, pode-se afirmar que a luta social foi fundamental para a realização de mais um programa para efetivação do direito social e fundamental à saúde.

Certamente o Programa Mais Médicos veio ao encontro do atendimento universal, gratuito e igualitário dos brasileiros, como um meio de efetivação do direito constitucional à saúde. No entanto, até o presente momento, fica difícil concluir sobre os impactos a longo prazo. Uma coisa é certa: o Brasil precisa do SUS!

Com investimentos adequados e com a coragem necessária para enfrentar os interesses econômicos que recaem sobre o setor da saúde, é possível a consolidação do direito social dos brasileiros à saúde. O SUS, no entanto, precisa de Mais Médicos e de Mais políticas públicas e boa vontade!!

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSIS, L. F. **Promoção de políticas públicas e implementação de direitos fundamentais sociais: reflexões sobre o papel do Ministério Público e do Poder Judiciário.** Revista do Ministério Público do Trabalho, v. 39, p. 1-1, 2010.

BANCO MUNDIAL. *Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1993– investindo em saúde.* Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1993.

BARCELOS, R. A. **A profanação do interesse público no Estado Democrático de Direito: por um modelo procedimental de solução das colisões entre interesses públicos e interesses privados.** Fórum Administrativo, v. 12, p. 61-74, 2012.

BARROSO, Luís Roberto. **O Direito Constitucional e a efetividade de suas normas: limites e possibilidades da Constituição Brasileira.** 9ª Ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2009.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo.** 19 ed. São Paulo: Malheiros, 2001.

\_\_\_\_\_. **Aplicabilidade das normas constitucionais.** 7º. ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

\_\_\_\_\_. **Aplicabilidade das Normas Constitucionais.** 3. 3d. São Paulo: Malheiros, 1998.

BENVENUTO, Jayme. **Direitos Humanos e Direito Internacional: Integração e Globalização.** 2010.

BERNARDI, S. R. L. W. **A Dignidade Humana e o Direito Fundamental à Saúde.** In: Narciso Leandro Xavier Baez e Vicente Barreto. (Org.). *Direitos Humanos em Evolução.* 1ed. Joaçaba: Editora Unoesc, 2007, v. 1, p. 177-196.



BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BRASIL, **Constituição**. República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL, **Lei 8.080**. República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1990.

BRASIL, **Ministério da Saúde**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos>. Acesso em 17 de mai. 2015.

CAMARGO, S. **Axel Honneth e o legado da Teoria Crítica**. Política e trabalho. *Revista de Ciências Sociais*. Fortaleza, v. 24, n.1, p. 123-38, 2006.

CAMPOS, S.L.F. **A responsabilidade na gestão da saúde pública**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Serviços de Saúde Pública, 2006, 86p. Disponível em: <http://dominiopublico.qprocura.com.br/dp/28451/a-responsabilidade-na-gestao-da-saude-publica.html> Acesso em: 12 jul. 2015.

CASTRO, Carlos Alberto Pereira de. **Manual de Direito Previdenciário**. 9 ed. Florianópolis: Conselho Editorial, 2008.

CLÈVE, Clèmerson Merlin. **Sobre os médicos cubanos**. Revista Jus Navigandi, Teresina, ano 19, n. 3879, 13 fev. 2014. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/26703>>. Acesso em: 15 maio 2015.

DALLARI, S.G.; FORTES, RA.C. Direito sanitário: inovação teórica e novo campo de trabalho. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997. p.187-202.

DALLARI. Dalmo de Abreu. **Elementos de Teoria Geral do Estado**. São Paulo: Saraiva, 2003.

D'Ávila (2013). Roberto Luiz. **Mais Médicos ou Mais Saúde?**. Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2013/09/17/mais-medicos-ou-mais-saude.htm>, Acesso em 15 mai. 2015.

EDITORIAL SAÚDE EM DEBATE. **O SUS precisa de Mais Médicos e de Muito Mais!** Saúde debate vol.37 no.97 Rio de Janeiro Apr./June 2013. *Print version* ISSN 0103-1104, Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042013000200001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000200001), Acesso em 05 de mai. 2015.

DWORKIN, Ronald. **Levando os direitos a sério**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

ELIAS, Paulo Eduardo. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. *Revista São Paulo em Perspectiva*. vol. 18 no.3 São Paulo July/Sept. 2004, Acesso em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392004000300005>

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **A Saúde, o SUS e o programa “Mais Médicos”**. 2013. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:0iwgJz2ysqMJ:www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/download/395/386+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em 17 de mai. 2015.

ESCOREL, S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

FAVARET FILHO, P.; OLIVEIRA, P.J. de. *A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde*. Rio de Janeiro: UFRJ/IEI, 1989.

HONNETH, A. **Reconhecimento ou redistribuição? A mudança de perspectiva na ordem moral da sociedade**. In: SOUZA, J.; MATTOS, P. (Org.). *Teoria crítica no século XXI*. São Paulo: Anablume, 2007, p. 79-94.

\_\_\_\_\_. *Luta por reconhecimento*. A gramática moral dos conflitos sociais. 2 ed. São Paulo: Ed.34, 2009.

L'ABBATE, S. **Direito à saúde: discursos e práticas na construção do SUS**. São Paulo-Hucitec, 2010.

MENDES, Aquilas; MARQUES, R.M. **Crônica de uma crise anunciada: o financiamento do SUS sob a dominância do capital financeiro**. In: -Encontro Nacional de Economia Política, 14., 2009, São Paulo. **Anais**. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2009. Disponível em: <[http://www.apufpr.org.br/artigos/trabalho\\_eronia\\_de\\_uma\\_crise\\_anunciada\\_financiamento\\_sus\\_aquilas\\_mendes\\_e.pdf](http://www.apufpr.org.br/artigos/trabalho_eronia_de_uma_crise_anunciada_financiamento_sus_aquilas_mendes_e.pdf)>. Acesso em: 31 ago. 2010.

MENDONÇA, Paulo Eduardo Xavier de. **(LUTA) EM DEFESA DA VIDA: tensão e conflito, reconhecimento e desrespeito nas práticas de gestão do Sistema Único de Saúde**. Universidade Federal do Rio de Janeiro: 2008.

MISOCZKY, M.C. **A agenda para reformas do Banco Mundial e a política de saúde: algumas notas para reflexão**. *Saúde em debate*. Londrina: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 47, jun. 1995, p.4-7.

MOREIRA, Pedro da Silva. **O Imponderável direito À saúde: uma discussão jurisprudencial a partir do marco teórico de Robert Alexy**. Acesso em: [https://www.academia.edu/4819187/O\\_Imponderavel\\_direito\\_%C3%A0\\_sa%C3%BAde\\_uma\\_discuss%C3%A3o\\_jurisprudencial\\_a\\_partir\\_do\\_marco\\_te%C3%B3rico\\_de\\_Robert\\_Alexy](https://www.academia.edu/4819187/O_Imponderavel_direito_%C3%A0_sa%C3%BAde_uma_discuss%C3%A3o_jurisprudencial_a_partir_do_marco_te%C3%B3rico_de_Robert_Alexy). 22.03.2015.

NOBRE, M. Apresentação. In: Honneth, A. **Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais**. 2 Ed. São Paulo: Ed. 34, 2009. p.1-19.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; PIRES, Denise Elvira. **Direito à saúde: um convite à reflexão.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, p. 753-760, maio-jun, 2004.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** 1948.

RIBEIRO, Patrícia Tavares. **A questão social na história recente: implicações para a política de saúde no Brasil.** Physis *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19-31, 2010.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas.** *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Artigo apresentado em 20/09/2012, Aprovado em 09/10/2012.

SCHWARTZ, Germano. André Doederlein. **Direito a Saúde: Efetivação em uma Perspectiva Sistêmica.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SILVA, Flávia Martins Andre da. Direitos Fundamentais. *Boletim Jurídico (Uberaba)* , v. 5, p. 5, 2006.

SILVA, Keila; TANAKA, Oswaido Yoshimi. **Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação.** *Revista Interface: Comunicação Saúde Educação*, V.16, n.40, p.249-259, an./mar.2012.

STEINMETZ, Wilson Antônio. **Colisão de direitos fundamentais e o princípio da proporcionalidade.** Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2001.

STOTZ, Eduardo Navarro. **Trabalhadores, direito à saúde e ordem social no Brasil.** *Revista São Paulo em Perspectiva*. vol. 17 no.1. São Paulo, Jan./Mar. 2003.  
*Print version* ISSN 0102-8839. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392003000100004>. Acesso em 15 mai. 2015.

WERLE, D.L. **Reconhecimento e emancipação.** A teoria crítica de Axel Honneth. *Mente, cérebro & filosofia*. São Paulo, p. 1- 2, 2008.

WINNICOTT D.W. **O brincar e a realidade.** Rio de Janeiro: Imago, 1975.

\_\_\_\_\_. **Desenvolvimento emocional.** Características da primeira infância. In: \_\_\_\_\_ *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990. p. 87-99.