

**UNIVERSIDADE SANTA CECÍLIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO DA SAÚDE:**  
**DIMENSÕES INDIVIDUAIS E COLETIVAS**

**SYLVIO ROBERTO CORRÊA DE BORBA**

**A DESIGUALDADE NA DISTRIBUIÇÃO DE ACESSO À SAÚDE**  
**NO BRASIL E O MÍNIMO RAZOÁVEL**  
**Uma análise à luz da teoria da justiça distributiva em saúde**

**SANTOS/SP**

**2019**

**SYLVIO ROBERTO CORRÊA DE BORBA**

**A DESIGUALDADE NA DISTRIBUIÇÃO DE ACESSO À SAÚDE  
NO BRASIL E O MÍNIMO RAZOÁVEL**

**Uma análise à luz da teoria da justiça distributiva em saúde**

Dissertação, apresentada à Universidade Santa Cecília, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Direito no Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas, sob a orientação do Prof. Dr. Marcelo Lamy.

**SANTOS/SP**

**2019**



Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho, por qualquer que seja o processo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos.

Borba, Sylvio Roberto Corrêa de.

A desigualdade na distribuição de acesso à saúde no Brasil e o mínimo razoável: uma análise à luz da teoria da justiça distributiva em saúde/ Sylvio Roberto Corrêa de Borba. 2019.

263 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Lamy.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Santa Cecília, Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas, Santos, SP, 2019.

1. Desigualdade. 2. Justiça distributiva. 3. Mínimo razoável  
4. Reserva do possível I. Lamy, Marcelo, orient.  
II. Título.

Elaborada pelo SIBi – Sistema Integrado de Bibliotecas - Unisanta

SYLVIO ROBERTO CORRÊA DE BORBA

## **A DESIGUALDADE NA DISTRIBUIÇÃO DE ACESSO À SAÚDE NO BRASIL E O MÍNIMO RAZOÁVEL**

Uma análise à luz da teoria da justiça distributiva em saúde

Dissertação, apresentada à Universidade Santa Cecília, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Direito no Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas, sob a orientação do Prof. Dr. Marcelo Lamy.

Santos, SP, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

### **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Marcelo Lamy  
Universidade Santa Cecília

---

Prof. Dr. Fernando Reverendo Vidal Akaoui  
Universidade Santa Cecília

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maren Guimarães Taborda  
Fundação Escola Superior do Ministério Público

*Para Inajá, Ana Luísa e João Roberto, meus  
amores e propósito de tudo o que faço.*

*Para meus pais, João Sylvio e Terezinha, que  
me ensinaram a amar as pessoas, mais do que  
amar aos livros.*

*Para cada médico que, no afã de um trabalho  
árduo, e às vezes anônimo, se dedica a  
perseguir a utopia de manter vivo um sistema  
público de saúde eficaz, universal e  
abrangente.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde da Universidade Santa Cecília pelos ensinamentos recebidos ao longo do curso, bem como pelo agradável convívio no ambiente acadêmico. Destaco a figura da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Amélia Cohn, sem cujo apoio e envolvimento parte do que escrevi durante o curso jamais teria visto a luz.

Expresso, de modo muito especial, minha gratidão ao Prof. Dr. Marcelo Lamy, meu orientador, que me recebeu amigável e generosamente, dedicando seu tempo, conhecimentos e elevado talento jurídico a estimular-me a fazer deste trabalho uma realidade.

Aos Profs. Drs. Fernando Reverendo Vidal Akaoui e Luciano Pereira de Souza, juristas de escol, que participaram de minha banca de qualificação, agradeço a oportunidade de convívio franco, bem como as muitas sugestões que efetuaram.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maren Guimarães Taborda, cujo enciclopédico saber jurídico, sempre renovado, deu largueza a muitas ideias, meus agradecimentos, minha admiração e meu respeito.

Também às senhoras Secretárias da Pós-Graduação em Direito da Saúde, Sandra Helena Aparecida de Araújo e Imaculada Scorza, pelo incansável apoio que forneceram, de muito relevo para aqueles alunos que, como eu, vivem em outros estados, fica aqui minha manifesta gratidão.

Aos bacharéis Luiz Fernando Menezes de Oliveira e João Roberto Oliveira de Borba, ambos advogados e meus colegas, pela carga de trabalho aumentada que suportaram durante este período, penhoradamente agradeço. Assim também, a meus colegas da Procuradoria Tributária, Divisão da Procuradoria-Geral do Município de Porto Alegre, agradeço imensamente por todo o apoio recebido.

E não faltará, ao cabo, uma palavra de gratidão e carinho para com minha família, minha esposa e meus filhos, meus amores, que se dispuseram ao afastamento necessário para o surgimento deste texto e, nada obstante, muito cuidaram de mim ao longo deste período. A todos, muito obrigado!

*E, se somos Severinos,  
iguais em tudo na vida,  
morremos de morte igual,  
mesma morte severina:  
que é a morte de que se morre  
de velhice antes dos trinta,  
de emboscada antes dos vinte,  
de fome um pouco por dia  
(de fraqueza e de doença é que a morte  
severina ataca em qualquer idade,  
e até gente não nascida.)*

João Cabral de Melo Neto

## RESUMO

Igualdade é conceito teórico. A desigualdade, por sua vez, parece inevitável. No SUS, a universalização não foi igualmente implementada em todo o país. Há desigualdades que comprometem a distribuição do acesso à saúde. Utiliza-se aqui o referencial teórico provido por Norman Daniels e sua teoria da justiça distributiva em saúde. Este trabalho busca definir um mínimo no acesso à saúde no Brasil, perquirindo critérios que identifiquem o limite abaixo do qual uma desigualdade deva ser considerada injusta. Traça-se abordagem descritiva e explicativa. Efetuou-se levantamento documental e bibliográfico de dados acerca de acesso a serviços de saúde. Utilizam-se dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, bem como da Pesquisa Nacional de Saúde, ambas do IBGE. Trazem-se também dados do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina. São relativos a consultas médicas, cirurgias, tratamento clínico e atenção ao parto. Sumarizam os três níveis de atenção terapêutica do SUS e as três grandes áreas da saúde do adulto: Medicina Interna, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia. Foram calculados índices de desigualdade próprios a cada conjunto de dados. As técnicas metodológicas foram propostas por André Nunes e outros (2001, p. 33-51), bem como por Maria Cristina Schneider et al. (2002, p. 1-17). A análise estatística foi efetuada com o uso do programa Excel®. A interpretação dos dados é feita à luz da teoria da justiça distributiva em saúde, de Norman Daniels. No nível primário do SUS, 71% da população procurou médico nos últimos doze meses. O número de consultas médicas por habitante/ano está em queda: em 2015 foi de 1,58, em média. Já o número de unidades básicas de saúde apresenta média de 1,98:10.000 habitantes. Todas as regiões atingem a meta do SUS, de 1 UBS:10.000 hab. Em termos relativos, a rede da Região Nordeste é a mais ampla do país; a da Região Sudeste, a menor. Os indicadores de acesso ao nível secundário mostraram que as internações de caráter geral caíram 27,3% entre 2009 e 2018; neste período, perderam-se 10% dos leitos de internação. O número de cirurgias reduziu-se em 8,2%, a partir de 2015. Há fila de espera de 800.000 procedimentos cirúrgicos. No que respeita à Obstetrícia, considera-se adequada a cobertura pré-natal de 99,45%, mas a taxa de cesariana de 55% é muitíssimo superior à preconizada pela OMS. A mortalidade materna é elevada, da ordem de 62 mortes:100.000 nascidos vivos. Evidencia-se mau atendimento obstétrico, com relevo para as dificuldades de internação no momento do parto. Embora mais estudos sejam ainda necessários, dos dados obtidos, podem-se qualificar como injustas desigualdades que impliquem o desatendimento de situações emergenciais, comprometedoras da vida, assim como de urgências. Quanto aos demais serviços de saúde, sob uma perspectiva de ordem pública, sugere-se, ante o direito fundamental de cada ser humano ao gozo do mais elevado standard possível de saúde, que se utilize, como critério de exigência mínima, que cada serviço atenda à média nacional de um exercício definido. Deve ser classificado como injusto o submetimento da população a serviços abaixo deste nível.

## Palavras-chave

Desigualdade. Justiça distributiva. Mínimo razoável. Reserva do possível.

## **ABSTRACT**

Equality is a theoretical concept. Inequality, in turn, seems inevitable. In the SUS, universalization was not equally implemented throughout the country. There are inequalities that compromise the distribution of access to health. We use here the theoretical framework provided by Norman Daniels and his theory of distributive justice in health. This study seeks to define a minimum in the access to health in Brazil, with criteria that identify the limit below which an inequality should be considered unfair. A descriptive and explanatory approach is presented. A documentary and bibliographic survey of data on access to health services was carried out. Data from the National Survey by Household Sample, as well as from the National Health Survey, both from the IBGE, are used. There are also data from the Ministry of Health and the Federal Medical Council. They are related to medical consultations, surgeries, clinical treatment and attention to childbirth. They summarize the three levels of therapeutic attention of SUS and the three major areas of adult health: Internal Medicine, Surgery, Gynecology and Obstetrics. Equation indices were calculated for each data set. The methodological techniques were proposed by André Nunes et al. (2001, pp. 33-51), as well as Maria Cristina Schneider et al. (2002, pp. 1-17). Statistical analysis was performed using the Excel® program. The interpretation of the data is made in the light of Norman Daniels' theory of distributive justice in health. At the primary level of SUS, 71% of the population sought a doctor in the last twelve months. The number of medical consultations per inhabitant per year is falling: in 2015 it was 1.58, on average. The number of basic health units has an average of 1.98: 10.000 inhabitants. All regions reach the goal of SUS, of 1 UBS: 10,000 inhabitants. In relative terms, the Northeast Region network is the largest in the country; that of the Southeast Region, the lowest. The indicators of access to the secondary level showed that the general hospitalizations fell 27.3% between 2009 and 2018; in this period, 10% of hospitalization beds were lost. The number of surgeries was reduced by 8.2% from 2015. There are 800,000 surgical procedures waiting queue. Regarding Obstetrics, prenatal coverage of 99.45% is considered adequate, but the rate of caesarean section of 55% is much higher than that recommended by WHO. Maternal mortality is high, of the order of 62 deaths: 100,000 live births. There is evidence of poor obstetric care, with special emphasis on the difficulties of hospitalization at the time of delivery. Although more studies are still needed, the data obtained may qualify as unjust inequalities that imply the disregard of emergency situations, life-threatening as well as emergency situations. As for the other health services, from a public order perspective, it is suggested, in view of the fundamental right of each human being to enjoy the highest possible standard of health, that, as a criterion of minimum requirement, each service should attend to the national average of a defined year. It should be classified as unjust subjecting the population to services below this level.

## **Key words**

Inequality. Distributive justice. Reasonable minimum standard of living. Reserve of the possible.

## LISTA DE TABELAS

### 3. A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL SOCIAL E A TEORIA DA JUSTIÇA DISTRIBUTIVA EM SAÚDE NA OBRA DE NORMAN DANIELS

Tabela 1 - Gastos atuais em saúde, como percentagem do PIB (% PIB), em comparação com índice de desenvolvimento humano (IDH) e com o próprio PIB (PPP, em dólares internacionais), 2015..... 87

Tabela 2 – Despesas com ações e serviços públicos de saúde – Brasil, 2008-2017.  
..... 91

### 4. A DESIGUALDADE NA DISTRIBUIÇÃO DO ACESSO À SAÚDE NO BRASIL

Tabela 1 – Indicadores de acesso e utilização de serviços de saúde segundo grupos de idade – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.....111

Tabela 2 - Indicadores de acesso e utilização de serviços de saúde segundo nível de instrução – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.....111

Tabela 3 - Indicadores de acesso e utilização de serviços de saúde segundo Grandes Regiões – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.....112

Tabela 4 – Número de consultas por habitante, por ano, por unidade da federação – Brasil, 2007 a 2012.....114

Tabela 5 - Número de consultas médicas por habitante, por ano, em função da renda média domiciliar per capita, em reais, por região – Brasil, 2010.....118

Tabela 6 - Número de unidades básicas de saúde em função da população, por região - Brasil, 2015.....122

Tabela 7 - Razão entre o número de unidades básicas de saúde por 10.000 habitantes, por região, e a média nacional - Brasil, 2015.....122

Tabela 8 – Variação do número de internações hospitalares, de caráter geral, pelo SUS, por grupo de cem habitantes, por região – Brasil, 2009 a 2018.....127

Tabela 9 – Índices de dissimilaridade da distribuição de internações hospitalares, por região – Brasil, 2009 a 2017.....129

Tabela 10 – Leitos de internação hospitalar, por estado, SUS e outros – Brasil, 2010 a 2018.....131

Tabela 11 – Número de cirurgias eletivas realizadas pelo SUS – Brasil, 2015 a 2017  
.....133



|                                                                                                         |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabela 12 – Fila de espera para cirurgias eletivas no SUS, por unidade da federação – Brasil, 2017..... | 134 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

|                                                                                                                 |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabela 13 - Fila de espera para cirurgias eletivas no SUS em algumas regiões metropolitanas – Brasil, 2017..... | 135 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

|                                                                                          |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabela 14 – Adequação de acesso a consultas de pré-natal, por região – Brasil, 2016..... | 138 |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

## **LISTA DE SIGLAS**

ADCT – Ato das Disposições Constitucionais Transitórias

AFR – Accountability for reasonableness

ASPS – Ações e serviços públicos de saúde

CF – Constituição Federal de 1988

CFM – Conselho Federal de Medicina

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNRAC – Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade

CSDH – Comissão de Determinantes Sociais da Saúde da OMS

DESCA – Direitos econômicos, sociais, culturais e ambientais

$e_0$  – Expectativa de vida ao nascer

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IPCA – Índice de Preços ao Consumidor Amplo

MEKN - Measurement and Evidence Knowledge Network

MPI – Multidimensional Poverty Index

MS – Ministério da Saúde

OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PAR – Population attributable risk

PIB – Produto Interno Bruto

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

POF – Pesquisa de Orçamento Familiar

PPP – Purchasing power parity

RAP – Risco atribuível populacional

RMM – Razão de mortalidade materna

RT – Razão entre taxas

SUS – Sistema Único de Saúde

TBM – Taxa bruta de mortalidade

TBN – Taxa bruta de natalidade

TMI – Taxa de mortalidade infantil

UN – United Nations

UNDP – United Nations Development Programme

WHO – World Health Organization

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### FIGURAS

#### 1. DESIGUALDADE, ETERNA COMPANHEIRA

Figura 1 – Curva de distribuição das oportunidades sob equidade democrática, quando a vantagem do todo se regula pelo princípio da diferença.....42

#### 3. A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL SOCIAL E A TEORIA DA JUSTIÇA DISTRIBUTIVA EM SAÚDE NA OBRA DE NORMAN DANIELS

Figura 1 - Gastos em saúde de diversos países, per capita, em dólares americanos PPP, 2017.....87

Figura 2 – Distribuição dos gastos públicos de Brasil, Dinamarca, Noruega e Reino Unido, em função dos gastos totais em saúde - %, 2015.....89

#### 4. A DESIGUALDADE NA DISTRIBUIÇÃO DO ACESSO À SAÚDE NO BRASIL

Figura 1 – População total, por sexo – Brasil, projeção até 2060.....99

Figura 2 – Taxas brutas de natalidade e de mortalidade – Brasil, projeção até 2060  
.....100

Figura 3 – Expectativa média de vida ao nascer – Brasil, projeção até 2060.....100

Figura 4 – Taxa de mortalidade infantil – Brasil, projeção até 2060.....101

Figura 5 – Comparação entre a média nacional de cada parâmetro e as taxas brutas de natalidade, de mortalidade, a expectativa de vida ao nascer e a taxa de mortalidade infantil para o Estado de Alagoas – projeção até 2060.....102

Figura 6 – Comparação entre a média nacional de cada parâmetro e as taxas brutas de natalidade, de mortalidade, a expectativa de vida ao nascer e a taxa de mortalidade infantil para o Distrito Federal – projeção até 2060.....103

Figura 7 – Número médio de anos de estudo das pessoas de 10 ou mais anos de idade por grandes regiões – Brasil, 2004 a 2015.....104

Figura 8 – Taxa de analfabetismo funcional das pessoas com 15 ou mais anos de idade, por regiões – Brasil, 2014-2015.....105

Figura 9 – Pessoas de 15 anos ou mais ocupadas, com a respectiva variação percentual, por grupamento de atividades – Brasil, 2014-2015.....106

Figura 10 – Desocupação de pessoas com 15 ou mais anos de idade, por regiões – Brasil, 2014-2015.....107

|                                                                                                                                                                                      |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Figura 11 – Rendimento médio mensal, em reais, de todos os trabalhos de pessoas com 15 anos ou mais de idade, por unidade da federação – Brasil, 2014-2015....                       | 108 |
| Figura 12 – Índice de Gini da distribuição do rendimento médio mensal de todos os trabalhos e da distribuição do rendimento médio mensal de todas as fontes – Brasil, 2001-2014..... | 109 |
| Figura 13 – Proporção da população que consultou médico nos últimos doze meses, por região, por ano – Brasil, 1998 a 2013.....                                                       | 112 |
| Figura 14 – Número de consultas médicas, por habitante, por ano – Brasil, 2007 a 2015.....                                                                                           | 115 |
| Figura 15 – Variação do número de consultas médicas, por habitante, por ano, por unidade da federação – Brasil, 2007 a 2012.....                                                     | 116 |
| Figura 16 – Razão entre o número de consultas SUS por habitante, por ano, por unidade da federação, e a média nacional – Brasil, 2012.....                                           | 117 |
| Figura 17 – Número de consultas por habitante por ano, em função da renda média domiciliar per capita, em reais, por unidade da federação – Brasil, 2010.....                        | 118 |
| Figura 18 – Número de unidades básicas de saúde, por região, por ano – Brasil – 2010 a 2015.....                                                                                     | 120 |
| Figura 19 – Número de centros de saúde e Unidades Básicas de Saúde, por unidade da federação, em função do rendimento mensal domiciliar per capita – Brasil, 2015 .....              | 121 |
| Figura 20 – Proporção de indivíduos que está aguardando realização de consulta, exame, procedimento ou cirurgia no SUS, em percentagem – Brasil – 2018.....                          | 123 |
| Figura 21 – Facilidade de acesso aos serviços de saúde prestados pelo SUS, na opinião dos usuários – Brasil, 2018.....                                                               | 124 |
| Figura 22 – Número de consultas médicas especializadas e de urgência – Brasil, 2012 a 2017.....                                                                                      | 125 |
| Figura 23 – Internações hospitalares de caráter geral, pelo SUS, por ano, por região – Brasil, 2009 a 2018.....                                                                      | 126 |
| Figura 24 – Internações hospitalares de caráter geral, pelo SUS, por grupo de cem habitantes, por região – Brasil, 2009 a 2018.....                                                  | 127 |
| Fig. 25 – Número de leitos existentes e de leitos SUS, por região – Brasil, 2017 .....                                                                                               | 130 |
| Figura 26 – Variação percentual do número de leitos de internação hospitalar do SUS, por unidade da federação – Brasil, 2010 a 2018.....                                             | 132 |

|                                                                                                                                                                                                |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Figura 27 – Número de leitos em UTI habilitados, conforme o tipo de unidade – Brasil, 2017.....                                                                                                | 136 |
| Figura 28 – Distribuição, por região, das gestantes que não fizeram pré-natal ou o pré-natal foi dado como inadequado – Brasil, 2016.....                                                      | 139 |
| Figura 29 – Distribuição, por região, das gestantes cujo pré-natal foi dado como adequado ou mais do que adequado – Brasil, 2016.....                                                          | 140 |
| Figura 30 - Distribuição percentual dos nascimentos, segundo índice de adequação do acesso ao pré-natal, por unidade da federação – Brasil, 2015.....                                          | 141 |
| Figura 31 - Distribuição, pelo número de anos de estudo, da escolaridade das gestantes que efetuaram pré-natal – Brasil, 2016.....                                                             | 142 |
| Figura 32 – Distribuição dos nascimentos, segundo o tipo de parto – Brasil, 2016 .....                                                                                                         | 143 |
| Figura 33 – Razões de mortalidade materna direta, vigilância e consoante cálculo do Institute of Health Metrics and Evaluation, IHME, da Universidade de Washington – Brasil, 2000 a 2015..... | 146 |
| Figura 34 – Razão de mortalidade materna vigilância, consoante unidade da federação – Brasil, 2015.....                                                                                        | 147 |

## 5. O QUE É MÍNIMO? O QUE É RAZOÁVEL?

|                                                                             |     |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----|
| Figura 1 – Determinantes sociais da saúde segundo Dahlgren e Whitehead..... | 186 |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----|

## QUADROS

### 4. A DESIGUALDADE NA DISTRIBUIÇÃO DO ACESSO À SAÚDE NO BRASIL

|                       |     |
|-----------------------|-----|
| Quadro sinóptico..... | 157 |
|-----------------------|-----|

## SUMÁRIO

|                                                                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUÇÃO.....                                                                                                        | 20 |
| 1. DESIGUALDADE, ETERNA COMPANHEIRA.....                                                                               | 25 |
| 1.1 Desigualdade desde sempre.....                                                                                     | 25 |
| 1.2 Justiça distributiva: uma justiça proporcional para a (des)igualdade...30                                          |    |
| 1.3 Justiça como equidade.....                                                                                         | 37 |
| 1.4 Norman Daniels e a teoria da justiça distributiva em saúde.....                                                    | 53 |
| 2. DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE.....                                                                                 | 60 |
| 2.1 Saúde como resultado de escolhas políticas.....                                                                    | 60 |
| 2.2 Poder econômico e saúde.....                                                                                       | 65 |
| 2.2.1 Determinantes estruturais de saúde.....                                                                          | 65 |
| 2.2.2 Determinantes de exclusão social.....                                                                            | 65 |
| 2.2.3 Determinantes circunstanciais de saúde.....                                                                      | 66 |
| 2.3 Medir para formular políticas públicas úteis à redução de desigualdades.....                                       | 68 |
| 2.4 Justiça como equidade e distribuição social dos determinantes da saúde.....                                        | 71 |
| 2.4.1 Primeiro objetivo da OMS: Quantificar o problema e avaliar o impacto das ações.....                              | 74 |
| 2.4.2 Segundo objetivo da OMS: Abordar a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos .....                     | 75 |
| 2.4.3 Terceiro objetivo da OMS: Melhorar a qualidade de vida da população. ....                                        | 75 |
| 3. A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL SOCIAL E A TEORIA DA JUSTIÇA DISTRIBUTIVA EM SAÚDE NA OBRA DE NORMAN DANIELS ..... | 77 |
| 3.1 Saúde como direito fundamental difuso de segunda geração.....                                                      | 77 |

|                                                                                                                                                                                  |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3.2 Importância moral da saúde na obra de Norman Daniels.....                                                                                                                    | 82  |
| 3.3 Importância da alocação criteriosa de recursos econômicos em saúde<br>.....                                                                                                  | 85  |
| 3.4 Respondendo à questão de Daniels: o que devemos uns aos outros<br>em matéria de saúde? .....                                                                                 | 92  |
| 4.A DESIGUALDADE NA DISTRIBUIÇÃO DO ACESSO À SAÚDE NO BRASIL<br>.....                                                                                                            | 99  |
| 4.1 Desigualdade em números: dados de pesquisa empírica do Instituto<br>Brasileiro de Geografia e Estatística, Sistema Nacional de Saúde e<br>Conselho Federal de Medicina ..... | 99  |
| 4.1.1 Utilização de serviços de saúde.....                                                                                                                                       | 110 |
| 4.1.2 Internações de caráter geral e para cirurgias .....                                                                                                                        | 125 |
| 4.1.3 Atenção à gestação e ao parto.....                                                                                                                                         | 137 |
| 4.2 Análise dos dados obtidos pelos índices calculados .....                                                                                                                     | 148 |
| 4.2.1 Utilização de serviços de saúde.....                                                                                                                                       | 148 |
| 4.2.1.1 Nível primário do SUS.....                                                                                                                                               | 148 |
| 4.2.1.2 Nível secundário do SUS.....                                                                                                                                             | 151 |
| 4.2.1.3 Nível terciário do SUS.....                                                                                                                                              | 153 |
| 4.2.2 Atenção à gestação e ao parto.....                                                                                                                                         | 154 |
| 4.2.2.1 Assistência pré-natal.....                                                                                                                                               | 154 |
| 4.2.2.2 Mortalidade materna.....                                                                                                                                                 | 155 |
| 4.3 Inferências.....                                                                                                                                                             | 164 |
| 4.3.1 A teoria da justiça distributiva em saúde e os dados escolhidos<br>.....                                                                                                   | 164 |
| 4.3.2 A desigualdade de acesso no nível primário do SUS.....                                                                                                                     | 168 |
| 4.3.3 A desigualdade de acesso ao nível secundário SUS – as filas<br>cirúrgicas.....                                                                                             | 171 |
| 4.3.4 O nível terciário do SUS.....                                                                                                                                              | 176 |
| 4.3.5 A assistência à gestação e ao parto no SUS.....                                                                                                                            | 177 |
| 4.3.5.1 Desigualdade desde a gestação e o parto: nascer<br>desigualmente no Brasil.....                                                                                          | 177 |
| 4.3.5.2 Mortalidade materna: a grande desigualdade regional<br>.....                                                                                                             | 179 |



|                                                                                                                                 |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 5.O QUE É MÍNIMO? O QUE É RAZOÁVEL? .....                                                                                       | 182 |
| 5.1 O estado ideal e a saúde da população.....                                                                                  | 182 |
| 5.2 Como estabelecer indicadores capazes de monitorar determinantes<br>sociais de saúde: parâmetros de assistência à saúde..... | 185 |
| 5.3 Mínimo razoável ou reserva do possível? .....                                                                               | 187 |
| 5.3.1 Mínimo razoável.....                                                                                                      | 187 |
| 5.3.2 Reserva do possível.....                                                                                                  | 193 |
| 6.O MÍNIMO RAZOÁVEL COMO CONSEQUÊNCIA DA RAZÃO PRÁTICA<br>.....                                                                 | 202 |
| 6.1 A insuficiência da razão prática kantiana para solução dos conflitos<br>contemporâneos em saúde.....                        | 202 |
| 6.2 Por uma nova razão prática para a saúde: o mínimo razoável como<br>consequência da razão prática.....                       | 207 |
| CONCLUSÃO.....                                                                                                                  | 219 |
| REFERÊNCIAS.....                                                                                                                | 223 |
| GLOSSÁRIO .....                                                                                                                 | 239 |
| VERSÃO COMPACTA.....                                                                                                            | 243 |

## INTRODUÇÃO

A Constituição Federal, dita cidadã, remonta a 1988. No campo dos direitos fundamentais sociais, albergou garantias amplas, dentre as quais o direito à saúde, como direito de todos e dever do Estado.

O Sistema Único de Saúde (SUS) busca atender às diretrizes da Lei Maior. Entretanto, o atendimento universal de saúde que esta preconizou não logrou ser igualmente implementado em todo o país. Há desigualdades de várias ordens, sociais, econômicas, geográficas, demográficas, que comprometem a distribuição do acesso à saúde. Desigualdades, num país da extensão territorial do Brasil, parecem ser inevitáveis. No que respeita à distribuição de acesso à saúde, provavelmente mais se farão sentir.

Norman Daniels (2009, p. 79-80), cuja obra constitui o referencial teórico desta dissertação, ao fundamentar sua teoria da justiça em saúde, observa que há relevo em buscar entender estas desigualdades, pois são parte do mundo real e, provavelmente, são insuscetíveis de eliminação, pelo menos a curto prazo. Ademais, se existem, serão elas distintas em cada lugar, na medida dos influxos que cada fator exerça sobre a saúde, de forma geral, em cada qual das sociedades.

Se tal é verdade, passa a ser importante buscar definir o que, no que tange à distribuição de acesso à saúde, possa ser considerado como mínimo razoável, a tal tocante. Tal permitirá alcançar o principal objetivo deste estudo, que é definir critérios que permitam dizer qual é o limite abaixo do qual uma desigualdade existente deva ser considerada injusta, o que não tem sido objeto de pesquisa, no Brasil.

Se tais critérios existem, e se puderem ser genérica e cientificamente estabelecidos, poderiam ser utilizados como parte dos elementos informadores da tomada de decisões em saúde, não apenas em futuros programas de saúde pública, como ainda na revisão dos já existentes.

Para tanto, traçar-se-á o panorama atual da distribuição do acesso a serviços de saúde no Brasil, estabelecendo a existência, ou não, de desigualdade em tal distribuição. A própria noção de acesso é passível de discussão: trata-se de um conceito vago. Pode significar uma característica da população, como na expressão acesso a renda familiar, ou quando é feita referência a busca por atendimento de saúde. Neste sentido, acesso é anterior a atendimento, e só pode ser medido pelo tempo de retardo neste último, ou pela desistência do mesmo, dados quase nunca disponíveis.

Porém, acesso pode também significar uma característica do próprio sistema de saúde, como ocorre com a distribuição e com sua organização. Neste último sentido, acesso é representado pelos indicadores de passagem dos indivíduos pelo sistema, colhidos a posteriori, como fazem ver Aday e Andersen (1974, p. 209-210). Certo é que ambos sentidos são interpenetráveis, mas é necessário definir, para uso acadêmico, o que possa significar o termo. Acesso, para os fins deste trabalho, é a propensão de indivíduos ou grupos de se utilizarem dos recursos instalados do sistema de saúde. Mede-se por indicadores de passagem, obtidos posteriormente, através da análise de dados anotados quando do atendimento. São indicadores de utilização, que resumem o tipo de serviço prestado, o lugar, seu propósito, a continuidade, e o número de visitas num dado intervalo de tempo (Id., 1974, p. 217).

Dizer, de uma distribuição quiçá desigual de acesso a serviços de saúde, se responde, ou não, ao que se possa considerar como mínimo razoável representa definir o que deve ser provido na área, e como, porque, por quem, a quem, quando e de que forma devem tais serviços ser disponibilizados.

A adoção de critérios desta natureza, se puderem ser definidos, representará mais uma forma de introdução de igualdade distributiva, num meio onde a desigualdade parece ser a tônica, e a igualdade de tão difícil obtenção.

Trata-se de pesquisa de abordagem descritiva e explicativa. Descritiva, porque busca saber quais são os fatores que respondem pela desigualdade de acesso à saúde no país. Explicativa, porque pretende definir critérios abaixo dos quais seja possível dizer injusta a uma dada situação.

Efetua-se levantamento documental e bibliográfico dos dados acerca de acesso a serviços de saúde e à distribuição desses serviços, em sites oficiais e em bancos de dados que albergam produção acadêmica em saúde. A análise estatística acerca da existência de desigualdade no acesso de serviços de saúde utiliza preferencialmente os dados publicados por órgãos brasileiros oficiais, notadamente os da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2015), divulgada, de cinco em cinco anos, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, bem como os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2013), do mesmo órgão, e do Ministério da Saúde. Utiliza ainda dados próprios deste último e do Conselho Federal de Medicina. O acesso aos serviços foi, sempre que possível, analisado em função de classe social e econômica.

Os dados analisados são os relativos à obtenção de consultas médicas, submetimento a cirurgias, fornecimento de tratamento clínico e atenção ao parto, todos no período coberto pela PNS, pela PNAD e por diversos registros atuais do Ministério da Saúde e do CFM. Tais dados sumarizam os três níveis de atenção terapêutica do SUS, bem como são representativos das três grandes áreas de atenção médica à saúde do adulto: Medicina Interna, Cirurgia (Geral), Ginecologia e Obstetrícia. Estes indicadores foram escolhidos por serem simples, significativos com relação à saúde do adulto, obtíveis de fontes primárias, atuais e confiáveis. Adequam-se, assim, aos objetivos do estudo. Coletados e descritos em tabelas consoante a metodologia do IBGE, podem ser submetidos a cálculos sem que os resultados daí obtidos percam significado lógico.

Tais serviços são explicitados pelo PNAD e pela Pesquisa Nacional de Saúde, permitindo o cálculo de índices de desigualdade próprios a cada conjunto de dados. Razões entre o grupo melhor aquinhado e o pior situado, em cada tipo de serviço, permitem saber o grau de afastamento entre tais grupos. Diferenças absolutas também podem ser obtidas (POLITI, 2014).

Estas técnicas facilitam a comparação entre grupos, bem como com a medida geral, para todo o país, e até mesmo o ordenamento por regiões ou unidades da

federação, permitindo, estão, o estabelecimento de desigualdades. São técnicas procedimentais de abordagem metodológica, propostas e utilizadas por André Nunes e outros, em seu Medindo as desigualdades de saúde no Brasil (2001, p. 33-51).

O uso de medidas de impacto (como a comparação entre o grupo superior com o grupo inferior, em relação à variável estudada) permite medir, direta e absolutamente, a existência de desigualdades bem como mudanças ocorridas, seja ao longo do tempo, mediante comparação com medidas análogas, tomadas em momento anterior, ou como resultado de intervenções, o que as torna úteis na formulação de políticas públicas que busquem o estabelecimento de equidade. Por esta razão, serão também utilizadas no presente estudo. Por motivos análogos, e dentro dos limites de sua aplicabilidade, será também calculado o índice de dissimilaridade de Duncan e Duncan. Os métodos de cálculo de cada indicador foram singularizados por Maria Cristina Schneider et al., membros do Programa Especial de Análise da Situação de Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS/OMS (2002, p. 1-17). Trata-se, assim, de dois referenciais metodológicos complementares.

A análise estatística foi efetuada com o uso do programa estatístico Excel® (Microsoft Office Professional Plus 2010, Microsoft Corporation, USA).

A análise e interpretação dos dados é feita à luz da teoria da justiça distributiva em saúde, de Norman Daniels.

O texto apresenta, no primeiro capítulo, a desigualdade como eterna companheira do homem em seu percurso sobre a terra, bem como as tentativas mais significativas de compreendê-la. À luz dos supostos da teoria da justiça, de John Rawls, vêm à tona as bases da teoria da justiça distributiva em saúde, de Norman Daniels, uma modificação da primeira voltada à área da saúde, e que constitui o referencial teórico aqui adotado. Breve resenha do trabalho de filósofos rawlsianos, próximos, ou nem tanto, do pensamento de Daniels, bem como alguns críticos do primeiro é também aqui trazida.

O segundo capítulo é dedicado à demonstração de que saúde pública (e mesmo privada, que muito depende da pública) é, antes de tudo, o resultado de escolhas políticas. Apresentam-se os determinantes sociais da saúde e como podem eles influenciar a distribuição desta última na população.

No terceiro capítulo, detalha-se a teoria de Daniels. A saúde vem ao palco como direito difuso de segunda geração, aquilatando-se sua importância moral. As oportunidades de Daniels são confrontadas com as capacidades de Sen, buscando-se responder à mais importante questão proposta pelo primeiro: o que devemos uns aos outros em matéria de saúde?

O quarto capítulo abriga os dados de pesquisa empírica do IBGE, do Sistema Nacional de Saúde e do CFM que restaram aqui coletados. Efetuam-se as análises estatísticas e metodológicas cabíveis em cada caso e traçam-se as inferências entendidas possíveis, a partir dos dados assim analisados.

No quinto capítulo são trabalhados os conceitos de comprometimento do Estado com a saúde de sua população. Indicadores de saúde são apresentados como instrumentos de estudo de situações específicas e, para tanto, sua construção é estimulada. São discutidas as doutrinas estrangeiras do minimum core content e do minimum threshold e suas congêneres de língua portuguesa do mínimo essencial e do mínimo vital, até chegar em suas variantes de uso nacional na atualidade, mínimo existencial e mínimo razoável. Vem à colação a reserva do possível, como instrumento limitador da concreção de direitos sociais, bem como as teorias nacionais que a discutem, tanto as mais amplas, como as mais restritas.

Ao cabo, o sexto e último capítulo se dedica à demonstração da insuficiência da razão prática kantiana, em seus termos clássicos, para a solução de conflitos contemporâneos em saúde. Apresenta-se o mínimo razoável como critério de redução de desigualdades e pugna-se, com pauta em Daniels e em outros, que recentemente estudaram, de diversos pontos de vista, soluções para tais conflitos, por uma nova razão prática para a saúde, nem por isto menos kantiana.

## 1. DESIGUALDADE, ETERNA COMPANHEIRA

### 1.1 Desigualdade desde sempre

A igualdade é utópica, teórica. A desigualdade, por sua vez, traz a marca da realidade, respira o ar que a todos envolve. Está relacionada com a situação de vida de cada qual, que é distintamente construída ao longo do tempo e de que resultam as individualidades de que se singulariza.

É Platão (1975, p. 351-352), no livro X d' A República, ao pôr à boca de Sócrates o mito de Er, quem firmemente vincula a desigualdade à própria condição humana. Ao se prepararem as almas, na planície do Lete, para o retorno ao meio dos mortais, e antes de beberem da água do rio Ameles, que as fará esquecer quanto na outra vida viram, e ouviram, fala-lhes um hierofante, dando voz à primeira das Mouras:

Declaração da virgem Láquesis, filha da Necessidade.

Almas efêmeras, ides começar uma nova carreira e renascer para a condição mortal. Não é um génio que vos tirará à sorte, vós mesmos escolhereis o vosso génio. Que o primeiro designado pela sorte seja o primeiro a escolher a vida a que ficará ligado pela necessidade. A virtude não tem senhor: cada um de vós, consoante a venera ou a desdenha, terá mais ou menos. A responsabilidade é daquele que escolhe. Deus não é responsável.

A estas palavras, lançou os destinos e cada um apanhou o que caíra perto dele, excepto Er, porque não lho permitiram. Cada um ficou então a saber qual a posição que lhe tinha cabido por sorte. Depois, o hierofante estendeu diante deles modelos de vida em número muito superior ao das almas presentes. Havia-as de todas as espécies: todas as vidas dos animais e todas as vidas humanas; viam-se tiranias, umas que duravam até à morte, outras interrompidas a meio, que se acabavam na pobreza, no exílio ou na mendicidade. Havia também vidas de homens famosos, quer pelo seu aspecto físico, beleza, força ou aptidão para a luta, quer pela sua nobreza e grandes qualidades dos seus antepassados; havia-as também obscuras em todos os aspectos e o mesmo acontecia para as mulheres.

A desigualdade marca o homem desde o nascimento, e por toda sua vida. Nem mesmo na morte o abandona. Num mundo onde água e ventos, ferro e fogo geram sofrimentos, é a desigualdade que a todos vincula. Será mesmo a sorte, inconstante, mutável, porém insuscetível de intervenção humana, quem a determinará? Se assim for, inviável a busca de qualquer igualdade.

Por séculos, vicejaram doutrinas de aceitação, cada qual devendo, simplesmente, admitir, sem alerta e sem remosques, a condição social em que nascera (e que, como abaixo se verá, seria muito mais provavelmente a de pobre do que qualquer outra). Fazia-se importante o controle social de massas desassistidas, despossuídas, por vezes famintas. Este papel apaziguador coube à religião, mormente às monoteístas e, em particular, ao cristianismo.

No começo do século I, quase não havia monoteístas no mundo. Por volta do ano 500, um dos maiores impérios do mundo – o império romano – era um regime cristão, e os missionários estavam ocupados difundindo o cristianismo para outras partes da Europa, da Ásia e da África. No fim do primeiro milênio da era cristã, a maioria das pessoas na Europa, no oeste da Ásia e da África do Norte eram monoteístas, e impérios do oceano Atlântico ao Himalaia afirmavam ser ordenados pelo único grande Deus. No início do século XVI, o monoteísmo dominou a maior parte da Afro-Ásia, com exceção do leste da Ásia e partes no sul da África, e começou a estender seus tentáculos para a África do Sul, a América e a Oceania. Hoje, a maioria das pessoas fora do leste da Ásia segue alguma religião monoteísta, e a ordem política global foi erguida sobre bases monoteístas (HARARI, 2016, p. 226).

A partir da Bíblia<sup>1</sup>, o cristianismo pregou, por séculos, que a aceitação da pobreza na vida terrena implicaria a abertura das portas do reino dos céus. A pobreza se encontra entre as virtudes ditas monásticas, as outras sendo a humildade, a castidade e a obediência.

Porém, no século XIII, as ordens mendicantes – mormente a dos franciscanos, mas também os dominicanos – sofreram ataques advindos da Universidade de Paris, alegadamente porque seus membros lecionavam sem qualquer pagamento.<sup>2 3</sup> A defesa coube a várias vozes, destacando-se São

---

<sup>1</sup>Especialmente à vista do Evangelho segundo São Mateus, capítulos 5 até 7.

<sup>2</sup>Na verdade, o enfrentamento entre mestres regulares e seculares em Paris se deu, à época, porque os primeiros, gozando de certa independência, que respondia, apenas, ao Papa e aos superiores das respectivas ordens, recusavam-se à solidarização com a parcela secular da corporação universitária. Não respeitavam irrestritamente ordens de hierarquia universitária, e jamais faziam greve. Tinham, por isso, tanto o apoio do Papa quanto do rei.

<sup>3</sup>A universidade é uma corporação e o universitário é um profissional. Tendo-se libertado do jugo ideológico, que considerava que a ciência devia ser gratuita, dado ser uma dádiva de Deus, faz-se pagar pelos estudantes, pela cidade ou pela Igreja sob a forma de prebendas. É um homem dos livros (que não gosta de emprestar) e da palavra e insiste no que o distingue do trabalhador manual,



Boaventura (1947, p. 427) que, à época, em sua *Apologia pauperum contra calumniatorem*, mais conhecida como *Apologia dos pobres*, fez notar que a pobreza perfeita é aquela que é eleita pelo religioso, e não aquela que a sorte trouxe aos pobres.<sup>4</sup> Pela primeira vez, a Igreja se dirigia aos pobres sem pretender impor-lhes a mera aceitação de sua pobreza. A desigualdade não mais devia ser apenas aceita; reservava-se sua admissão, através da assunção da pobreza, àqueles que livremente a elegeram.<sup>5 6</sup>

---

o separa dele e o coloca a um nível superior. É realmente um «professor». ... A vida do intelectual nem sempre é fácil. O ingresso dos mestres das ordens mendicantes na Universidade de Paris provoca uma grave crise: esses mestres são os introdutores de novidades intelectuais e, por isso mesmo, são muito apreciados pelos estudantes mas, na sua qualidade de membros de uma ordem religiosa, recusam-se a entrar no jogo corporativo e, por exemplo, a fazer greve (LE GOFF, 1989, p. 20).

<sup>4</sup> Da pobreza perfeita ... segundo afirma o Senhor no Evangelho:

Se queres ser perfeito, vê e vende tudo o que possuas e o dês aos pobres.

Como a suma da perfeição evangélica consiste na excelência da pobreza, não creia haver alcançado o cúmulo da perfeição aquele que ainda não chegou a ser perfeito imitador da pobreza evangélica (SÃO BOAVENTURA, 1947, p. 427) – Tradução livre do autor.

No original:

De la perfecta pobreza

... según afirma el Señor en el Evangelio:

Si quieres ser perfecto, ve y vende todo lo que posees e dalo a los pobres.

Como la suma de la perfección evangélica consiste en la excelencia de la pobreza, no crea haber alcanzado la cumbre de la perfección el que aún no ha llegado a ser perfecto imitador de la evangélica pobreza (SAN BUENAVENTURA, 1947, p. 427).

<sup>5</sup>São Boaventura distingue dois tipos de pobreza, a evangélica, que é voluntária, e outra involuntária. Esta última, em vez de ser caminho de beatificação, conduz ao pecado. Só a pobreza como consequência de uma decisão voluntária é que conduz à *iustitia perfecta*.

O homem que vive a pobreza involuntária deseja no seu coração possuir os bens de que carece, é avarento. Não basta ou não é suficiente viver na frugalidade, pois, indica Boaventura, ainda que alguém não disponha de bens materiais em excesso ou que até mesmo passe necessidade isso não significa que não esteja repleto de desejo por estas coisas de que carece, cobiçando-as e invejando aquele que as possui. Ora, nada mais contrário à perfeição.

O coração do pobre involuntário não goza daquela paz própria dos que já nada desejam deste mundo, que são, precisamente, os pobres voluntários. Esses não sentem qualquer solicitude ou inquietação pelos afazeres da vida quotidiana nem o seu coração se inquieta na sede de bens materiais ... «*O pobre que deseja ser saciado é pobre que não ama a pobreza, mas a saciedade; não ama a penúria, mas a abundância*» (CALVÁRIO, 2009, p. 57-58).

Ainda assim, milênios hoje interpostos entre nós e Platão, se não cessaram de acumular evidências de que é a desigualdade, e só ela, que preside aos fatos do mundo sensível, malgrado aqueles que, sem compreendê-la, a quiseram erradicar.

Malthus (1798), buscando a equânime distribuição de riquezas e meios, viu-se atribulado pelas próprias conclusões, que prenunciavam, dramaticamente, os efeitos do aparecimento de uma catastrófica superpopulação, derruindo todo o progresso social até então produzido no Reino Unido:

Li algumas especulações acerca da adequação do homem e da sociedade com grande prazer. Senti-me aquecido e deliciado com o quadro encantador ali sustentado. Desejo ardentemente que sejam reais tais agradáveis melhorias. Entrevejo, contudo, grandes, e em meu entendimento, invencíveis dificuldades em seu caminho. É meu propósito tratar de tais dificuldades, declarando, ao mesmo tempo, que, longe de nelas exultar, como causa de triunfo sobre os amigos da inovação, nada me daria maior prazer do que vê-las completamente removidas (Id., 1798, p. 3 passim) Tradução livre do autor.<sup>7</sup>

Afirmo que a população, quando não restrita, cresce em progressão geométrica, ao passo que a subsistência humana, em progressão aritmética (Ibid., p. 6) Tradução livre do autor.<sup>8</sup>

Suponhamos que a quantidade de comida num dado país permaneça a mesma por muitos anos, é evidente que esta comida deve ser dividida de acordo com o valor da patente de cada homem, ou de acordo com a soma de dinheiro de que ele possa dispor para adquirir esta comodidade tão universalmente desejada. ... é uma verdade demonstrável que, dado que as patentes de um grupo de homens não pode ter seu valor aumentado sem que diminua o valor das patentes de outro grupo de homens.

Se os ricos houvessem de subscrever e dar cinco shillings por dia a quinhentos mil homens, sem se afastar de seu próprio sustento, não há dúvida de que esses homens viveriam mais facilmente, e consumiriam uma maior quantidade de provisões, sobrando menos comida remanescente

<sup>6</sup> Há, na atualidade, copiosa literatura produzida por filósofos cristãos em prol do enfrentamento da pobreza e em favor da melhoria da condição dos pobres. Seu estudo está, contudo, fora do escopo direto deste capítulo, que se volta a preparar uma discussão mais estritamente ligada à saúde.

<sup>7</sup> No original: I have read some of the speculations on the perfectibility of man and of society with great pleasure. I have been warmed and delighted with the enchanting picture which they hold forth. I ardently wish for such happy improvements. But I see great, and, to my understanding, unconquerable difficulties in the way to them. These difficulties it is my present purpose to state, declaring, at the same time, that so far from exulting in them, as a cause of triumph over the friends of innovation, nothing would give me greater pleasure than to see them completely removed.

<sup>8</sup> No original: I said that population, increased in a geometrical ratio, and subsistence for man in an arithmetical ratio.

para dividir com os restantes, e, em consequência, a patente de cada homem será diminuída em seu valor, ou o mesmo número de peças de prata compraria uma fração menor de produtos de subsistência.

Um aumento da população sem um aumento proporcional na quantidade de comida terá, evidentemente, o mesmo efeito de diminuir o valor da patente de cada homem. A comida terá, necessariamente, de ser distribuída em menores quantidades, e consequentemente um dia de trabalho comprará uma menor quantidade de provisões (Ibid., p. 26).<sup>9</sup>

Bem mais recentemente, Piketty (2014, p. 328-329) demonstra que

Em todas as sociedades conhecidas, em todas as épocas, a metade mais pobre da população em termos patrimoniais não possui quase nada (em torno de 5% da riqueza total), o décimo superior na hierarquia da riqueza detém a maior parte da riqueza disponível na sociedade (em geral mais de 60% da riqueza total, por vezes chegando a 90%), e a população entre esses dois grupos (ou seja, 40% da população) detém algo entre 5% e 35% do patrimônio total.

Na França, durante a Belle Époque (1870-1914), a concentração de renda era tamanha que o centésimo, e não o décimo, melhor aquinhado da população detinha de 50 a 60% da riqueza nacional (Id., 2014, p. 331)! Já os Estados Unidos, há um século, eram menos desiguais do que a Europa. Hoje, porém, desde meados de 1960, o centésimo superior da população americana amealha mais de 30% da riqueza total do país (Ibid., p. 340-341).

No Brasil, os 10% mais ricos da população possuem, hoje, 36% da renda e da riqueza total do país (BRASIL. SECRETARIA DE POLÍTICA ECONÔMICA, 2016, p. 15).

---

<sup>9</sup>No original: Supposing the quantity of food in any country to remain the same for many years together, it is evident that this food must be divided according to the value of each man's patent, or the sum of money that he can afford to spend on this commodity so universally in request. ... It is a demonstrative truth, therefore, that the patents of one set of men could not be increased in value without diminishing the value of the patents of some other set of men.

If the rich were to subscribe and give five shillings a day to five hundred thousand men without retrenching their own tables, no doubt can exist, that as these men would naturally live more at their ease and consume a greater quantity of provisions, there would be less food remaining to divide among the rest, and consequently each man's patent would be diminished in value or the same number of pieces of silver would purchase a smaller quantity of subsistence.

An increase of population without a proportional increase of food will evidently have the same effect in lowering the value of each man's patent. The food must necessarily be distributed in smaller quantities, and consequently a day's labour will purchase a smaller quantity of provisions.

Que será isto, senão o reconhecimento de que o presente, e mesmo a previsão do futuro, a todos, de uma forma ou doutra, reserva a desigualdade?

Nada obstante, houve por bem o constituinte de 1988 instituir, como dever do Estado relativamente à saúde, uma aparente igualdade:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL. CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

Mais até do que uma teórica igualdade, esforçou-se o constituinte por trazê-la à concreção, através de um sistema hierarquizado, descentralizado, e de atendimento integral:

CF, art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

De que igualdade aqui se trata? Daquela que se manifesta na só amplitude do acesso às ações e serviços de saúde, ou daquela que, restringindo embora tais acessos, encontra sua justeza na equilibrada alocação dos recursos disponíveis, de forma a obter os melhores resultados?

Mister que se olhe o passado:

## **1.2 – Justiça distributiva: uma justiça proporcional para a (des)igualdade:**

Aristóteles (1984, p. 146-153), no século IV a. C., cria haver injustiça nas situações que se afastam da lei, da equidade, ou da igualdade de razões a que denomina proporcionalidade. Relevante, aqui, o conceito aristotélico de justiça

distributiva, onde “o justo nesse sentido é uma mediania entre dois extremos que são desproporcionais, uma vez que o proporcional é uma mediania e o justo é o proporcional.”

Admitia ele justeza na desigualdade, praticando-se a distribuição de acordo com o mérito:

Por outro lado, a igualdade envolve no mínimo dois termos. É forçoso, em conformidade com isso, não só (1) que o justo seja uma mediania e igual {e relativo a algo e justo para determinados indivíduos}, como também (2) que, na qualidade de uma mediania, implique certos extremos entre os quais ele se coloca, a saber, o mais e o menos, (3) que, na qualidade de igual, implique duas porções que são iguais e (4) que, na qualidade de justo, ele envolva determinados indivíduos para os quais é justo. É, portanto, necessário se inferir que a justiça envolve, ao menos, quatro termos, ou seja especificamente: dois indivíduos para os quais há justiça e duas porções que são justas. E haverá a mesma igualdade entre as porções tal como entre os indivíduos, uma vez que a proporção entre as porções será igual à proporção entre os indivíduos, pois não sendo as pessoas iguais, não terão porções iguais – é quando os iguais detêm ou recebem porções desiguais, ou indivíduos desiguais [detêm ou recebem] porções iguais que surgem conflitos e queixas.

Isso também ressalta como evidente à luz do princípio da atribuição em função do mérito. Todos estão concordes de que a justiça no que respeita às distribuições tem que ser baseada em mérito de algum tipo, embora nem todos queiram dizer o mesmo tipo de mérito; para os democratas mérito se identifica com a condição de homem livre; aqueles que são adeptos da oligarquia o identificam com a riqueza ou o bom nascimento; os seguidores da aristocracia fazem desse mérito a virtude. A justiça é, portanto, uma espécie de proporção, sendo esta não apenas uma propriedade da quantidade numérica, mas também da quantidade em geral. A proporção é uma igualdade de relações e que envolve, ao menos, quatro termos (Id., 1984, p. 151-152).

Aristóteles não buscava afastar a desigualdade. Antes, tratava de admiti-la, enfrentando-a de forma que pudesse ser acolhida, à luz de um fundamento de justiça que a explicasse. A desigualdade, em termos absolutos, permanece, mas igualada, de direito, na forma de proporção. Deixa a questão de ser, apenas e tão somente, de igualdade numérica, tomando corpo as ideias de que há justiça na proporção e de que, doutra banda, a desigualdade melhor se evidencia do metro com que se a mensura. A matéria voltará à tona adiante, ao se tratar dos métodos para mensuração da desigualdade.

Séculos depois, um dos mais importantes doutores da igreja na Idade Média, Santo Tomás de Aquino (1990, v. 3, p. 511-512), ainda mantém a ideia de que haja justiça distributiva na relação entre os particulares e o Estado e, mesmo, que esta, por si, possa significar a legal instituição de desigualdades:

Solução: Há que dizer: Como já se disse (q.58 a.7; cf. A.5), a justiça particular se dirige a uma pessoa privada, que em relação com a comunidade é como a parte do todo. Pois bem: qualquer parte pode ser considerada numa dupla relação; uma, de parte a parte, à qual corresponde a relação de uma pessoa privada para com outra, e esta ordem de relações é dirigida pela justiça comutativa, que aquilata as alterações que mutuamente têm efeito entre duas pessoas. A outra relação considerada é a do todo com respeito às partes; esta relação se assemelha à ordem a que pertence o aspecto da comunidade com relação a cada uma das pessoas; esta ordem, certamente, é dirigida pela justiça distributiva, que é a que distribui proporcionalmente os bens comuns. Daí que sejam duas as espécies de justiça: a distributiva e a comutativa. Tradução livre do autor.<sup>10</sup>

...

Solução. Há que dizer: Como já se disse (a.1), na justiça distributiva se dá algo a uma pessoa privada, na medida em que o que é próprio da totalidade seja devido à parte; o que, certamente, será tanto maior quanto seja maior o relevo que esta parte tenha no todo. Por isto, na justiça distributiva se dá a uma pessoa tanto mais de bens comuns quanto maior a preponderância que tenha esta pessoa na comunidade. Esta preponderância se determina na comunidade aristocrática pela virtude; na oligárquica, por suas riquezas; na democrática, pela liberdade, e em outras, de outras formas. Daí que na justiça distributiva não se determine o meio segundo a igualdade de coisa a coisa, mas segundo a proporção dessas coisas às pessoas, de tal sorte que na medida em que uma pessoa exceda a outra, assim também a coisa que se dê a esta pessoa exceda a que se dê à outra pessoa. E por isto, diz o Filósofo, que este meio é segundo a proporcionalidade geométrica, na qual a igualdade se estabelece não segundo a quantidade, mas segundo a proporção; como se disséssemos que assim como seis está para quatro, assim três está para dois, porque em ambos lugares se tem uma proporção sesquiáltera, na qual o número maior contém íntegro ao número menor e a sua metade; mas não há igualdade de excesso segundo a quantidade,

---

<sup>10</sup>No original: Solución. Hay que decir: Como ya se ha dicho (q.58 a.7; cf. a.5), la justicia particular se ordena a una persona privada, que en relación con la comunidad es como la parte al todo. Ahora bien: cualquier parte puede ser considerada en una doble relación; una, en la de parte a parte, a la que corresponde el orden de una persona privada a otra, y este orden lo dirige la justicia conmutativa, que consiste en los cambios que mutuamente tienen lugar entre dos personas. La otra relación considerada es la del todo respecto a las partes; y a esta relación se asemeja el orden al que pertenece el aspecto de la comunidad en relación con cada una de las personas; este orden, ciertamente, lo dirige la justicia distributiva, que es la que distribuye proporcionalmente los bienes comunes. De ahí que sean dos las especies de justicia: la distributiva y la conmutativa.

posto que seis excede a quatro em dois; por outro lado, três excede a dois em um. Tradução livre do autor.<sup>11</sup>

Por sua vez, Rousseau (1754, parte 1, p. 89-97), a convite da Academia de Dijon, debruçou-se amplamente sobre o problema da origem da desigualdade. Partindo do homem, em estado de natureza, traçou sua evolução, até alcançar o estado civilizatório de sua época. Reconhece ele a natureza conjectural de suas palavras. Crê, no entanto, que outra não poderia ter sido a evolução da espécie, de sorte que isto não alteraria, a seu ver, a validade das conclusões a que chegou.<sup>12</sup> Narra processos sociais, a que denomina revoluções, que teriam contribuído para o sucessivo desenvolvimento do ser humano. O primeiro deles corresponde à confecção de abrigos com galhos, barro e argila, origem da propriedade e, com isto, fonte primitiva da desigualdade.

Na visão rousseauniana, as revoluções seguintes foram, paulatinamente,

---

<sup>11</sup>No original: Solución. Hay que decir: Como ya se ha dicho (a.l), en la justicia distributiva se da algo a una persona privada, en cuanto que lo que es propio de la totalidad es debido a la parte; lo cual, ciertamente, será tanto mayor cuanto esta parte tenga mayor relieve en el todo. Por esto, en la justicia distributiva se da a una persona tanto más de los bienes comunes cuanto más preponderancia tiene dicha persona en la comunidad. Esta preponderancia se determina en la comunidad aristocrática por la virtud; en la oligárquica, por las riquezas; en la democrática, por la libertad, y en otras, de otra forma. De ahí que en la justicia distributiva no se determine el medio según la igualdad de cosa a cosa, sino según la proporción de las cosas a las personas, de tal suerte que en la medida que una persona exceda a otra, así también la cosa que se le dé a dicha persona exceda a la que se dé a la otra persona. Y por esto, dice el Filósofo, que tal medio es según la proporcionalidad geométrica, en la que la igualdad se establece no según la cantidad, sino según la proporción; como si dijéramos que así como seis es a cuatro, así tres es a dos, porque en ambos lugares se tiene una proporción sesquiáltera, en la que el número mayor contiene íntegro al menor y su mitad; más no hay igualdad de exceso según la cantidad, puesto que seis excede a cuatro en dos; en cambio, tres excede a dos en uno (Id., parte II-II, c.61 a.2 v. 3 p.512).

<sup>12</sup>Na versão em português, de que dispomos: Confesso que os acontecimentos que tenho que descrever, tendo podido manifestar-se de diversas maneiras, não me posso determinar sobre a escolha senão por conjecturas, mas, além de que essas conjecturas se tornam razões quando são as mais prováveis que se podem tirar da natureza das coisas e os únicos meios que se podem ter para descobrir a verdade, as consequências que quero deduzir das minhas não serão por isso conjecturais, pois, que, sobre os princípios que acabo de estabelecer, não se poderia formar nenhum outro sistema que me não forneça os mesmos resultados e do qual eu não possa tirar as mesmas conclusões (ROUSSEAU, 1754, parte 1, p. 89).

transformando aquele ser embrutecido, as relações sociais agregando-lhe, aos talentos naturais, conhecimentos aptos a suprir necessidades cada vez mais crescentes. Às distinções naturais se foram somando concorrência e rivalidade, oposição de interesses, “males [que] constituem o primeiro efeito da propriedade e o cortejo inseparável da desigualdade nascente (Id., 1754, p. 110)”.

Quando as terras já se encontravam na totalidade ocupadas e alguns, por inação ou fraqueza, haviam deixado de reservar para si um quinhão, foram estes “...tornados pobres sem ter perdido nada, porque, tudo mudando em torno deles, só eles não tinham mudado...(Ibid., p. 110-111)”.

Se seguirmos o progresso da desigualdade nessas diferentes revoluções, veremos que o estabelecimento da lei e do direito de propriedade foi seu primeiro termo, a instituição da magistratura o segundo, e que o terceiro e último foi a mudança do poder legítimo em poder arbitrário. De sorte que a condição de rico e de pobre foi autorizada pela primeira época, a de poderoso e de fraco pela segunda, e pela terceira a de senhor e de escravo, que é o último grau de desigualdade, o termo ao qual chegam finalmente todos os outros, até que novas revoluções dissolvem completamente o governo, ou o aproximam da instituição legítima (ROUSSEAU, Op. cit., p. 130).

A ver de Rousseau, portanto, a desigualdade não é apenas espontânea, advinda de distinções próprias da Natureza, mas também artificialmente imposta. E é a desigualdade artificialmente imposta que traz, aos pobres, fracos e escravos, suas maiores agruras e mais severas limitações, porque depende, para sua extinção, da extinção de melhorias, também artificialmente impostas, agregadas à vida de terceiros e, como é sabido, sistema algum caminha mansamente para sua própria destruição.

Resulta ainda que a desigualdade moral, autorizada unicamente pelo direito positivo, é contrária ao direito natural todas as vezes que não concorre na mesma proporção com a desigualdade física. Essa distinção determina suficientemente o que se deve pensar, nesse sentido, da espécie de desigualdade que reina entre todos os povos policiados, pois é manifestamente contra a lei de natureza, de qualquer maneira que a definamos, que uma criança mande num velho, que um imbecil conduza um homem sábio, ou que um punhado de pessoas nade no supérfluo, enquanto à multidão esfomeada falta o necessário



(ROUSSEAU, Op. cit, p. 141).

A desigualdade advém da riqueza e da propriedade, da força e da opressão. Com a Revolução Industrial, a miséria, marca indelével da desigualdade, deixou os campos, passando a acumular-se nas cidades. Se, quanto à superpopulação, as fatídicas previsões de Malthus nunca se vieram a concretizar, no que toca à renda e aos baixos salários, o grande economista inglês nunca esteve tão certo:

O fato mais marcante da época era a miséria do proletariado industrial. A despeito do crescimento, ou talvez em parte devido a ele, e em razão do massivo êxodo rural provocado pelo aumento da população e da produtividade agrícola, os operários se amontoaram em cortiços. As jornadas de trabalho eram longas, e os salários, muito baixos. Uma nova miséria urbana se desenvolveu, mais visível, mais chocante e, sob certo aspecto, mais extrema do que a miséria rural do Antigo Regime. *Germinal*, *Oliver Twist* e *Os miseráveis* não brotaram apenas da imaginação de seus autores ... (PIKETTY, Op. cit., p. 15).

O homem moderno nunca deixou, contudo, de perseguir a igualdade. Lançou-a à letra da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, pérola do liberalismo iluminista, que jamais deixou de representar, onde quer que seja, os ideais igualitários: “Art. 1.º - Os homens nascem e permanecem livres e iguais em direitos. As distinções sociais só se podem fundar no bem comum” (FRANÇA. DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DO HOMEM E DO CIDADÃO, 1789). Tradução livre do autor.<sup>13</sup>

Nunca os alcançou, no entanto. De fato, revela-se inviável um sistema que contemple a ocupação de todas as categorias jurídicas, indiscriminadamente, por parte de todos os indivíduos, desconsiderando-se suas características naturais. Dito de outra maneira, a igualdade plena não só é indesejável, como fática e logicamente impossível, como faz ver Alexy (2008, p. 396-397):

O legislador não apenas pode estabelecer o serviço militar somente para os adultos, penas somente para os criminosos, impostos baseados no nível de renda, assistência social somente para os necessitados e condecorações

---

<sup>13</sup>No original: Art. 1er. - Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits. Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune.

somente para os cidadãos distinguidos; ele tem o dever de assim proceder, se não quiser criar normas incompatíveis com sua finalidade (por exemplo: serviço militar para crianças), normas sem sentido (por exemplo: pena para todos), normas injustas (por exemplo: imposto per capita).

...

Diferenças em relação à saúde, à inteligência e à beleza podem ser talvez um pouco relativizadas, mas sua eliminação se depara com limites naturais.

...

Portanto, o enunciado geral de igualdade, dirigido ao legislador, não pode exigir que todos sejam tratados exatamente da mesma forma ou que todos devam ser iguais em todos os aspectos. Por outro lado, para ter algum conteúdo, ele não pode permitir toda e qualquer diferenciação e toda e qualquer distinção. É necessário questionar como é possível encontrar um meio-termo entre esses dois extremos.

Reconhecendo a inexistência de igualdades ou desigualdades fáticas universais entre situações humanas, Alexy (2008, p. 400) termina por propor a solução da questão, sustentando que a igualdade deva ser valorativa e, como tal, relativizada:

Para possibilitar uma ordem jurídica diferenciada, a igualdade (desigualdade) valorativa tem de ser relativizada de duas maneiras. Ela tem que ser uma igualdade valorativa em relação às igualdades (desigualdades) fáticas parciais ... Além disso, ela tem que ser uma igualdade valorativa em relação a determinados tratamentos ... A essas duas relativizações, que são as condições de possibilidade de um tratamento diferenciado, soma-se uma terceira, em relação ao critério de valoração, que permite dizer o que é valorativamente igual e desigual. O enunciado “o igual deve ser tratado igualmente; o desigual, desigualmente” não contém, em si mesmo, um tal critério; mas sua aplicação pressupõe um. Assim, a igualdade material leva, necessariamente, à questão sobre o que seja uma legislação correta, racional e justa. Isto torna claro o principal problema do enunciado geral da igualdade.

Não existe, porém, justiça absoluta, inteiramente fundada na razão. Na base de todo sistema, há valores, eleitos para sustentá-lo. Sua escolha, análise e afirmação constituirão opções, que se fincam no campo da ética, não mais no do direito.

... o razoável, [que] é uma noção mais vaga, socialmente condicionada, e que não conduz a uma solução única, mas a uma pluralidade de soluções aceitáveis num ambiente dado. Enquanto na Bélgica era irrazoável, há um século, permitir a uma mulher, mesmo doutorada em direito, a participação na administração da justiça, tal interdição pareceria ridícula hoje. Se se instaura um sistema de segurança social concedendo subsídios de desemprego, pode discutir-se o montante desse subsídio: pôr-se-ão de lado

como sendo irrazoáveis montantes demasiado baixos ou demasiado altos, mas entre certos limites, pode subsistir um desacordo razoável quanto ao montante dessas indenizações.

O razoável está ligado ao senso comum, ao que é aceitável numa comunidade dada. As condições de coexistência numa sociedade justa dependem pois da nossa ideia de justiça, que contém exigências múltiplas e frequentemente incompatíveis. Resulta daí que não se pode pretender que se consiga necessariamente um acordo sobre a elaboração razoável de uma estrutura justa da sociedade, porque várias soluções podem ser igualmente razoáveis (PERELMAN, 1990, p. 224-225).

Perelman pensa que o razoável é socialmente condicionado, mas que o racional, ao oposto, está ligado à ideia de verdade, daí sua tendência à unicidade. A racionalidade, mesmo que entre diferentes sujeitos, tende à solução única de um mesmo problema, ao passo que a razoabilidade admite o pluralismo e, com ele, a necessidade de técnica, previamente definida, para eleição dentre as muitas soluções possíveis, como o voto majoritário ou a escolha (que é um tipo de solução) por autoridade superior. Como abaixo se verá, muitas das soluções próprias à saúde dependem de que se estabeleça, antecipadamente, uma técnica, por todos tida por conforme e justa, que se possa empregar para sua perquirição. É esta uma das mais frequentes soluções empregadas pela democracia social em saúde.

### **1.3 – Justiça como equidade**

Ainda que várias soluções possam ser igualmente razoáveis, John Rawls (1999), um dos principais jusfilósofos do século XX, estruturou sua teoria da justiça com pauta em um modelo liberal contratualista. Caracterizou a justiça como equidade, traçando uma concepção político-filosófica onde o razoável depende da cooperação social e da busca racional do bem e do justo.

Trata-se de uma abstração, bastante mais elaborada, partida da conhecida teoria do contrato social, presente nos trabalhos de Locke, Rousseau e Kant. Propõe que os homens estabeleçam como não de ser reguladas as demandas entre si, decidindo o grupo, antecipadamente, o que deve ser entendido como justo ou como injusto. Esta escolha, feita entre indivíduos racionais, dará origem aos princípios da justiça. Pressupõe, para tanto, um estado análogo ao estado de natureza de Locke e

Rousseau, no qual os indivíduos desconhecem, na sociedade que disto decorrerá, qual será seu lugar, sua classe social, seu status, e, mesmo, qual será a fortuna, a distribuição natural de saberes e habilidades que lhes hão de tocar, ou até mesmo seu grau de inteligência e sua força (RAWLS, 1999, p. 12).

Daí advêm os princípios da justiça como equidade. O statu quo ante por Rawls idealizado é, sem dúvida, igualitário. Ainda que absolutamente teórica, pois de todo insuscetível de concreção, a hipótese rawlsiana, para os indivíduos em estado anterior ao contrato, é semelhante à situação das almas no platônico mito de Er: o contrato seria celebrado sem que cada qual saiba o que, de fato, lhe há de tocar. E, apesar de imaginárias suas bases, o resultado pode ser concretamente aplicável:

Nenhuma sociedade pode, é lógico, ser um esquema de cooperação no qual homens entram voluntariamente, num sentido literal; cada pessoa se acha colocada, pelo nascimento, em alguma posição particular, numa sociedade particular, e a natureza desta posição afeta materialmente seus projetos de vida. Embora uma sociedade que satisfaça os princípios da justiça como equidade chegue tão próxima de uma sociedade que funcione como um esquema voluntário, porque cumpre os princípios com os quais pessoas livres e iguais concordariam, sob circunstâncias justas. Nesse sentido, seus membros são autônomos, e as obrigações que reconhecem auto-impostas (Id., 1999, p. 13). Tradução livre do autor.<sup>14</sup>

Rawls vê relevo em gizar quais seriam os princípios de justiça eleitos na situação original. Para tanto, postula que seus agentes estão submetidos a uma situação, a que chama véu da ignorância, já descrita acima: desconhecem as posições sociais que lhes hão de tocar; não sabem sua classe social, nem seu status. Não lhes é informado se possuem fortuna, se são dotados de habilidades naturais ou especiais e nem mesmo sabem seu grau de inteligência ou de força (Ibid., p. 137). Estão, pois, impedidos de atuar em função, ou na dependência, de seus próprios e particulares interesses. São, porém, dotados de uma capacidade

---

<sup>14</sup>No original: No society can, of course, be a scheme of cooperation which men enter voluntarily in a literal sense; each person finds himself placed at birth in some particular position in some particular society, and the nature of this position materially affects his life prospects. Yet a society satisfying the principles of justice as fairness comes as close as a society can to being a voluntary scheme, for it meets the principles which free and equal persons would assent to under circumstances that are fair. In this sense its members are autonomous and the obligations they recognize self-imposed.

inata de reconhecer que certas situações sociais são justas, ao passo que outras se revelam injustas. A esta capacidade inata denomina ele equilíbrio reflexivo. É o que, na teoria de Rawls, em última análise dirigirá seus atores à eleição dos princípios fundamentais de justiça, pois homem algum elegeria, mesmo que não considerasse qualquer elemento legal, a escravidão como justa, por exemplo<sup>15</sup>. Entende Rawls (Op. cit., p. 12 passim) que pessoas, expostas a tais circunstâncias, escolherão dois princípios fundamentais:

O primeiro exige que todos se beneficiem de uma liberdade tão ampla quanto possa ser gozada por qualquer outro indivíduo;

Já o segundo, denominado princípio da diferença – de singular relevo para os propósitos deste estudo – exige igualdade na atribuição social de direitos e deveres. Frisará que desigualdades econômicas e sociais, e.g., desigualdades de fortuna ou desigualdades de poder ou autoridade, só devem ser consideradas justas se delas resultarem benefícios compensatórios para todos e, particularmente, para aqueles socialmente menos aquinhoados. Rawls reconhece que a escolha dos princípios que faz é meramente intuitiva, assim como a do termo contrato. Este último é adequado, no entanto, para definir uma relação que envolve várias pessoas ou grupos. Esclarece, por fim, que não se trata de uma teoria contratual completa, o que exigiria a elaboração de outras virtudes morais, e não apenas da justiça.

Rápida análise de ambos princípios é relevante:

Quanto ao primeiro - igualdade na atribuição social de direitos e deveres, isto é, igualdade formal perante a lei - significa que os cidadãos, numa sociedade justa têm, todos, os mesmos direitos básicos: votar e ser votado; liberdade de pensamento; propriedade; ir e vir; não ser preso arbitrariamente, por exemplo (RAWLS, Op. cit., p. 61). Mais largamente, significa que todos devem ter, numa sociedade, uma tão ampla liberdade quanto seja possível conferir a qualquer outro de seus membros.

---

<sup>15</sup>O exemplo não é do autor. Trata-se, embora em outras palavras, de ideia desenvolvida por Ronald Dworkin em *Taking rights seriously*.

Já no que respeita à distribuição das riquezas e da autoridade, embora a distribuição das primeiras não lhes necessite ser idêntica, todos os cidadãos têm direito a acesso às posições de autoridade e de mando. A analogia com a disposição do artigo primeiro da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, da Revolução Francesa, é bastante evidente. Contudo, como este princípio resta temperado pela limitação de que diferenças eventuais devam ser toleradas desde que, disto, possa resultar vantagem para o todo, resultará daí que, consideradas ambas premissas, i. é, igualdade de oportunidades, de um lado, e vantagem para todos, quando de sua inobservância, de outro, o estabelecimento de desigualdades, na teoria da justiça de Rawls, poderá seguir quatro modelos:

1. Equidade liberal, quando a igualdade de oportunidades é ampla, mas a vantagem do todo se regula pelo princípio da eficiência.

No sistema da liberdade natural, a distribuição inicial é regulada pelos arranjos implícitos na concepção de carreiras abertas aos talentos (tais como anteriormente definidos). Estes arranjos pressupõem um pano de fundo de igual liberdade (tal como especificada pelo primeiro princípio) e uma economia de livre mercado ...

A interpretação liberal dos dois princípios busca, então, mitigar a influência das contingências sociais e da fortuna natural nas ações distributivas. ... As chances de adquirir conhecimentos e habilidades culturais não devem depender da posição de uma classe e, portanto, o sistema escolar, seja ele público ou privado, deve ser projetado para nivelar as barreiras de classe (RAWLS, Op. cit., p. 72-73). Tradução livre do autor.<sup>16</sup>

Neste caso, todos têm as mesmas chances de ocupar quaisquer posições, devendo a competição social determinar quem, mais habilitado e eficiente, as haverá de obter.

---

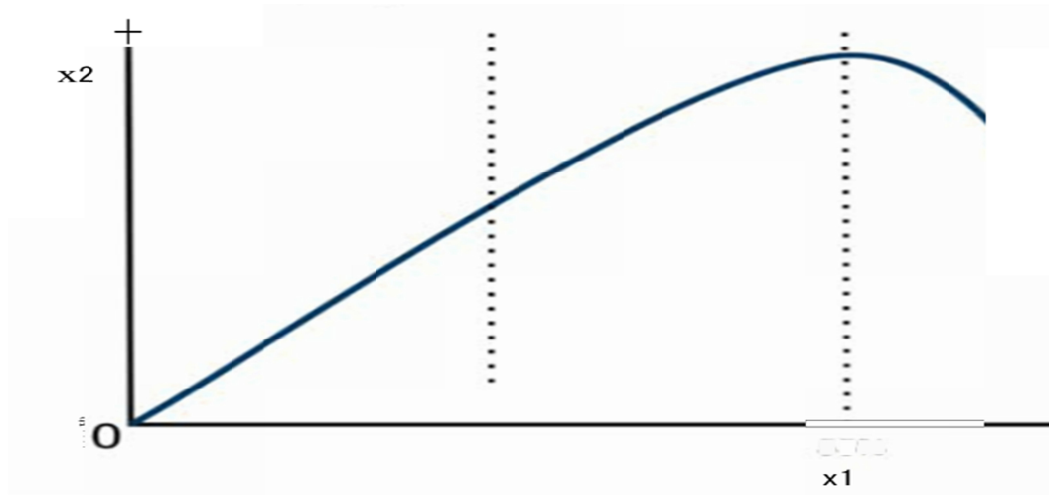
<sup>16</sup>No original: In the system of natural liberty the initial distribution is regulated by the arrangements implicit in the conception of careers open to talents (as earlier defined). These arrangements presuppose a background of equal liberty (as specified by the first principle) and a free market economy. ...The liberal interpretation of the two principles seeks, then, to mitigate the influence of social contingencies and natural fortune on distributive shares. ... Chances to acquire cultural knowledge and skills should not depend upon one's class position, and so the school system, whether public or private, should be designed to even out class barriers.

2. Equidade democrática, quando a igualdade de oportunidades é ampla, mas a vantagem do todo se regula pelo princípio da diferença. “A ideia intuitiva é a de que a ordem social não é feita para estabelecer e assegurar os mais atrativos projetos de vida daqueles que estão melhor situados, a menos que disto derive vantagem aos menos afortunados” (RAWLS, Op. cit., p. 75). Tradução livre do autor.<sup>17</sup> Uma distribuição de bens e riquezas deve ser entendida como injusta quando as maiores expectativas se fazem excessivas. A sociedade não existe apenas para garantir o sempre crescente sucesso financeiro dos mais afortunados, mas também para impedir o malogro dos menos aquinhoados. Explicando o princípio da diferença, Rawls admite que uma desigualdade de distribuição de quaisquer bens ou riquezas possa existir, se e somente se, o aumento da distribuição aos mais aquinhoados represente também um aumento a favor dos menos afortunados. Mas reconhece que tais distribuições não serão necessariamente retilíneas. Ao contrário, mais provavelmente hão de seguir algum tipo de curva como, por exemplo, a da figura 1, abaixo.

Nela, é fácil ver que, até o ápice da curva, qualquer incremento da distribuição efetuada aos indivíduos  $x_1$ , melhor aquinhoados, situados no eixo das abcissas, resultará em incremento da distribuição aos indivíduos  $x_2$ , menos afortunados, situados no eixo das ordenadas. Tal se dá apenas até o ápice da curva. Após este, qualquer incremento na posição dos melhor situados  $x_1$  resultará, não em acréscimo, mas em decréscimo da posição dos pior colocados  $x_2$ . É por isto que, de acordo com Rawls, será melhor que os estados evitem a área marginal da curva, à direita, após seu ponto máximo porque, nesta área, há aumento da distribuição a favor dos mais ricos, mas à custa da distribuição da fração que tocará aos mais pobres.

---

<sup>17</sup>No original: The intuitive idea is that the social order is not to establish and secure the more attractive prospects of those better off unless doing so is to the advantage of those less fortunate.



**Figura 1 – Curva de distribuição das oportunidades sob equidade democrática, quando a vantagem do todo se regula pelo princípio da diferença**

3. Sistema da liberdade natural, quando a igualdade de oportunidades é restrita àqueles que demonstrarem talentos específicos, mas a vantagem do todo se regula pelo princípio da eficiência.

O sistema da liberdade natural afirma, então, que uma estrutura básica que satisfaça o princípio da eficiência e em que as posições estejam abertas àqueles capazes e dispostos a lutar por elas levará a uma distribuição justa. Atribuir direitos e deveres desta maneira resultará num esquema que aloca riqueza e renda, autoridade e responsabilidade, de maneira justa, qualquer que venha a ser esta alocação. A doutrina inclui um importante elemento de pura justiça processual que é transferido para outras interpretações (RAWLS, *Op. cit.*, p. 66). Tradução livre do autor;<sup>18</sup>

A primeira parcela deste modelo é dirigida às instituições; a segunda, aos indivíduos. Significa que as diversas carreiras estão abertas àqueles que, para tanto, demonstrarem talento. Assim, o princípio da eficiência estará satisfeito e, como as posições estão integralmente abertas àqueles que demonstrarem capacidades,

<sup>18</sup>No original: The system of natural liberty asserts, then, that a basic structure satisfying the principle of efficiency and in which positions are open to those able and willing to strive for them will lead to a just distribution. Assigning rights and duties in this way is thought to give a scheme which allocates wealth and income, authority and responsibility, in a fair way whatever this allocation turns out to be. The doctrine includes an important element of pure procedural justice which is carried over to the other interpretations.



estará garantida uma distribuição justa. Esta é considerada uma boa técnica para alocar direitos, deveres, renda, atribuições, autoridade e responsabilidades. Na concepção rawlsiana, é uma técnica de “pura justiça procedimental” (RAWLS, Op. cit., p. 66).

4. Aristocracia natural, quando a igualdade de oportunidades é restrita àqueles que demonstrarem talentos específicos, mas a vantagem do todo se regula pelo princípio da diferença (RAWLS, Op. cit., p. 65). Trata-se do *noblesse oblige*, em sua concepção jusfilosófica. A situação daqueles que se situam superiormente, no estrato social, é admitida apenas porque a condição dos pior situados, e a eles relacionados, restaria ainda pior, se menos fosse dado aos primeiros (RAWLS, Op. cit., p. 74).

Estabelecidos esses princípios, e as condições em que indivíduos se poderiam a eles submeter, Rawls fixa a organização social que crê necessária para que os princípios de justiça antes enunciados possam funcionar como um sistema útil às instituições. Apresenta um processo político para elaboração das leis, bem como um sistema de administração social e de solução de contendas. Traz um conceito útil, de trabalho, de liberdade, sem descer a uma análise filosófica aprofundada do que venha a ser a liberdade. Traça, por fim, o direito à liberdade de consciência, preconiza a tolerância, trata da participação na sociedade e estabelece as bases do estado de direito. Considera, racionalmente, as objeções de consciência e a desobediência civil como formas válidas de oposição à injustiça (RAWLS, Op. cit., p. 194-391). E decide que, na sociedade que imagina, não deve haver distinções de bens, riquezas ou posições, a não ser que esta distinta distribuição, que estabelecerá indivíduos (ou classes) melhor aquinhoadas, venha a representar melhora nos bens, riquezas ou posições daqueles que pior se situam.

Em suas conclusões, Rawls postula que, vista a questão da justiça e das relações entre os homens pelas formas que preconiza, e reconhecendo suas individualidades, suas distintas idades e até as diferenças intergeracionais, ter-se-ia uma perspectiva que se perpetua *sub specie aeternitatis*, que vê o homem em toda

sua perspectiva social, e em todos os tempos. “ Pureza de coração, se alguém a puder alcançar, seria ver claramente e agir, com graça e autocontrole, desde este ponto de vista” (RAWLS, Op. cit., p. 587). Tradução livre do autor.<sup>19</sup>

Perelman (Op. cit., p. 227), importante crítico do modelo rawlsiano de justiça, pondera que o mestre de Harvard, que já afastara circunstâncias individuais, se equivoca ao afastar contingências históricas, por impertinentes à noção de justiça, já que entende que sua teoria não depende do momento em que inseridos os indivíduos. É preciso ser cidadão para participar do contrato e, para tanto, forçoso reconhecer que a história engloba os critérios da cidadania e de tempo, que Rawls insiste em afastar.<sup>20</sup>

Frisa ainda que o papel da história se faz mais relevante quando se tenha em conta o princípio da diferença, pois “admite-se em todos os sistemas modernos de direito que se pode infringir o princípio da igualdade perante a lei em nome do interesse geral”. Segue-se que a aplicação dos conceitos teóricos obtidos da análise não se pode fazer senão num contexto social e histórico que a ampare. Não há teoria da justiça atemporal:

Resulta disto que uma teoria da justiça, como toda teoria filosófica, na medida em que a sua elaboração é acompanhada de juízos de valor explícitos, ou pressupõe juízos de valor implícitos, está sempre historicamente situada e é concomitante com uma tomada de posição que não vale para toda a eternidade, e para todas as sociedades, mas depende do senso comum e dos lugares comuns de uma sociedade determinada ...

É nesta perspectiva que há razões para apreciar a teoria da justiça de John Rawls enquanto elaboração filosófica da ideologia do liberalismo progressista da sociedade americana de hoje (PERELMAN, Op. cit., p. 228).

---

<sup>19</sup>No original: Purity of heart, if one could attain it, would be to see clearly and to act with grace and self-command from this point of view.

<sup>20</sup>“Afigura-se-me que há certa incompatibilidade entre a procura de um princípio intemporal de igual liberdade que menospreza a história, e o papel primordial atribuído ao cidadão na elaboração de uma sociedade justa, porque a sociedade considerada e os cidadãos que dela fazem parte são ambos produtos da história. Por outro lado, sem ter em consideração a história, não se pode conferir conteúdo preciso à noção confusa de igual liberdade (PERELMAN, Op. cit., p. 227).”

Diversos autores contemporâneos produziram distintas análises do conceito de justiça, inclusive da justiça distributiva e suas aplicações, influenciados pelo liberalismo. Têm-se, assim, Ronald Dworkin, professor em Oxford e na New York University School of Law, com *Taking rights seriously* (Harvard: Harvard University Press, 1977). Trata-se de uma defesa do liberalismo ante o utilitarismo. Dworkin (1977, p. 168 passim) faz uma longa análise da teoria da justiça de Rawls, pontuando que o equilíbrio reflexivo subserve, na verdade, a selecionar a melhor teoria de justiça que, dentre outras, se aplique a um caso determinado e, ademais, serve para reconciliar indivíduos em conflito, através da fixação clara daquilo que haja em comum entre eles. Demonstra que o contrato social que funda a teoria de Rawls só pode ser baseado numa teoria de direitos, e não numa teoria de deveres, ou de objetivos. Desenvolve, ao cabo, a ideia de que a base que sustenta a sociedade não é a ideia de liberdade (que tem sido utilizada até mesmo para garantir o direito à vida, como se este não se sustentasse por si próprio), mas a ideia de igualdade, fixada na Constituição, dando azo a ser apresentado como um neopositivista político. Dworkin, porém, entendia que princípios podem vincular, até mesmo os magistrados. Assim, ao considerar que não apenas as leis, mas mesmo os princípios podem albergar direitos, ele próprio se entendia afastado do positivismo clássico, convencional, embora apontasse a figura de Hart, o mais importante dos positivistas americanos, como exemplo a ser seguido.

Prolífico, produziu ainda, à parte muitos outros títulos, *Justice in the distribution of health care* (Montreal: McGill University, 1993), *Sovereign virtue: the theory and practice of equality* (Harvard: Harvard University Press, 2000), *Justice for hedgehogs* (Harvard: Harvard University Press, 2013). Dentre estes, *Justice in the distribution of health care* é útil diretamente à área da saúde. Trata-se de uma conferência, proferida a 17 de março de 1993, na Faculty of Law, McGill University, Canada. Lançou o conferencista duas questões fundamentais: a primeira, quanto atendimento médico deve a sociedade prover? A segunda, qual deve ser nosso ideal de justiça, no que respeita à distribuição de cuidados médicos?

Chega à conclusão que abaixo resta singularizada:

O ideal supõe que mesmo em uma sociedade que seja fortemente desigual – de fato, mesmo em uma sociedade na qual a igualdade seja desprezada como objetivo político geral – a assistência médica deve ser distribuída de maneira igualitária, para que ninguém tenha negado o cuidado de que necessita simplesmente porque não o pode pagar (DWORKIN, 1993, p. 885). Tradução livre do autor.<sup>21</sup>

A assistência médica igualitária é, portanto, uma de suas bandeiras, fortemente desfraldada num país onde a ideia de um serviço público que proveja as necessidades de saúde dos cidadãos não é fortemente aceita. É preciso que tal resposta a decisões de caráter político. Neste sentido, escreveu Justice for hedgehogs (em espanhol, Justicia para erizos), sua última obra. Para muitos, é seu texto mais abrangente. Nele, sustenta a inexistência de distribuição neutra, sem suporte político. Por isto, os governos, ao promoverem distribuição de saúde, devem respeitar o princípio da consideração pela vida e pelos destinos de cada um e de todos, bem como sua própria responsabilidade. É o que se verifica na passagem abaixo transcrita:

#### JUSTIÇA

Igualdade. Nenhum governo será legítimo se não obedecer a dois princípios vigentes. Primeiro, deve mostrar igual consideração pelo destino de todas e de cada uma das pessoas sobre as quais reivindica jurisdição. Segundo, deve respeitar plenamente a responsabilidade e o direito de cada pessoa de decidir por si própria como fazer de sua vida algo valioso. Estes princípios orientadores estabelecem limites em torno das teorias aceitáveis da justiça distributiva: teorias que estabelecem quais são os recursos e oportunidades que um governo deve colocar à disposição de seus governados.

Coloco a questão desta forma, em termos do que os governos devem fazer, porque qualquer distribuição é consequência da lei e das políticas oficiais: distribuições politicamente neutras não existem. Dada uma combinação qualquer de qualidades pessoais de talento, personalidade e sorte, o que uma pessoa terá, em matéria de recursos e oportunidades, dependerá das leis vigentes no lugar onde é governada. De maneira que, para justificar qualquer distribuição é preciso mostrar que o que faz o governo respeita os dois princípios fundamentais, o da igual consideração pelo destino de cada um e de todos e o do total respeito a sua responsabilidade.

...

<sup>21</sup> No original: The ideal supposes that even in a society which is otherwise very unequalitarian - indeed even in a society in which equality is despised as a general political goal – medical care should nevertheless be distributed in an egalitarian way so that no one is denied care he needs simply because of an inability to pay.

As pessoas só são responsáveis quando decidem levando em conta os custos que suas decisões implicam para os outros. Se dedico minha vida ao lazer, ou se trabalho numa atividade na qual minha produção do que outras pessoas precisam ou querem não é tanta quanto poderia ser, devo assumir a responsabilidade pelo custo que essa decisão impõe: consequentemente, devo ter menos.

A questão da justiça distributiva exige, portanto, solução para equações simultâneas. Temos que tentar encontrar uma solução que respeite os princípios vigentes de igual consideração e responsabilidade pessoal, e devemos tentar fazê-lo de uma maneira que não comprometa nenhum desses princípios, e que encontre, ao oposto, concepções atraentes de cada qual deles que resultem na plena satisfação de ambos (DWORKIN, 2014, p. 16-17). Tradução livre do autor.<sup>22</sup>

Outro crítico de relevo da teoria da justiça de Rawls é Brian Barry, professor de Oxford, que o faz através de *The liberal theory of justice: a critical examination of the principal doctrines in A Theory of Justice by John Rawls* (Oxford University Press, 1973). Barry é apresentado, pelo próprio Rawls, em sua obra, como um filósofo intuicionista. Mas o intuicionismo de Rawls (Op. cit., p. 34) é alargado, quando afirma que teorias intuicionistas agregam uma variedade de primeiros princípios, alguns conflitantes entre si, sem que haja qualquer ordem, qualquer método, ou qualquer regra de prioridade que permita tomar decisões, quando há conflitos. Há,

---

<sup>22</sup>Na versão em espanhol, de que dispomos: JUSTICIA. Igualdad. Ningún gobierno será legítimo si no adhiere a dos principios imperantes. Primero, debe mostrar igual consideración por el destino de todas y cada una de las personas sobre las que reclama jurisdicción. Segundo, debe respetar plenamente la responsabilidad y el derecho de cada persona a decidir por sí misma cómo hacer de su vida algo valioso. Estos principios rectores fijan límites en torno de las teorías aceptables de la justicia distributiva: teorías que establecen cuáles son los recursos y oportunidades que un gobierno debe poner a disposición de sus gobernados. Planteo la cuestión de esta manera, en términos de lo que los gobiernos deberían hacer, porque cualquier distribución es la consecuencia de la ley y las políticas oficiales: las distribuciones políticamente neutrales no existen. Dada una combinación cualquiera de cualidades personales de talento, personalidad y suerte, lo que una persona tendrá, en materia de recursos y oportunidades, dependerá de las leyes vigentes en el lugar donde es gobernada. De modo tal que, para justificar toda distribución, es preciso mostrar que lo hecho por el gobierno respeta aquellos dos principios fundamentales, el de la igual consideración por el destino de cada uno y de todos y el del pleno respeto de su responsabilidad... La gente solo es responsable cuando decide teniendo en cuenta los costos que sus decisiones implican para otros. Si dedico mi vida al ocio, o trabajo en una actividad en la que mi producción de lo que otras personas necesitan o quieren no es tanta como podría ser, debo asumir la responsabilidad por el costo que esa decisión impone: en consecuencia, debo tener menos.

La cuestión de la justicia distributiva exige, por tanto, una solución a ecuaciones simultáneas. Tenemos que tratar de encontrar una solución que respete los principios imperantes de la igual consideración y la responsabilidad personal, y debemos tratar de hacerlo de un modo que no comprometa ninguno de los dos principios: que encuentre, antes bien, concepciones atractivas de cada uno de ellos que redunden en la plena satisfacción de ambos.

apenas, o balanço da intuição (pessoal), donde derivam as soluções. A obra de Barry (1993, p. 9) sustenta, de forma geral, que “a teoria da justiça de Rawls não funciona e que muitos de seus argumentos concretos são inconsistentes”<sup>23</sup> – tradução livre do autor. Rawls concluiu que indivíduos racionais, colocados numa posição onde fossem impedidos de se deixarem impelir por interesses pessoais, elegeriam princípios reguladores fundamentais de sua sociedade que seriam os princípios da justiça como equidade. Barry afasta a necessidade do véu de ignorância rawlsiano, dizendo que a situação proposta pelo professor de Harvard é idêntica a exigir um observador ideal, que se conduza de maneira imparcial, o que ocorre em diversos outros autores. Cita a obra de Richard Hare, *Freedom and reason*, dizendo que o filósofo do prescritivismo, apesar de transitar por vertentes distintas, acabou chegando a princípios morais singularmente semelhantes, pouco depois de Rawls (Id., 1993, p. 22). Neste ponto, apresenta dois fortes argumentos contrários à teoria rawlsiana:

Um deles parte da noção de que, ao contrário do afirmado por Rawls, seus agentes, ao escolherem princípios fundamentadores de sua sociedade, sofreriam pelo menos uma limitação: não poderiam escolher o princípio utilitarista, porque Rawls argumenta que este não é compatível com a estabilidade, já que a maximização da utilidade média provavelmente poderá exigir que alguns se tornem miseráveis, para que outros se tornem muito felizes. Esta exigência de estabilidade potencial social afastaria, na posição original dos agentes de Rawls, acordos que pudessem ter consequências inaceitáveis e impõe, portanto, limites com os quais o próprio Rawls não teria contado, ao estruturar sua teoria (Ibid., p. 24)<sup>24</sup>.

A outra digressão enfrenta o postulado rawlsiano de que, colocados na posição original, indivíduos sob o véu da ignorância escolheriam, necessariamente,

---

<sup>23</sup>Na versão em espanhol, de que dispomos: El tono general de este libro, como lo habrá de descubrir el lector, es que “la teoría de la justicia” de Rawls no funciona e que muchos de sus argumentos concretos son inconsistentes.

<sup>24</sup>Oferecemos, para confronto, o original de *A theory of justice*: Assuming that they have taken everything into account, including the general facts of moral psychology, they can rely on one another to adhere to the principles adopted. Thus they consider the strains of commitment. They cannot enter into agreements that may have consequences they cannot accept. They will avoid those that they can adhere to only with great difficulty. Since the original agreement is final and made in perpetuity, there is no second chance (RAWLS, 1999, p. 176).

princípios fundamentais de justiça. Frisa Barry a inexistência de prova de que assim seja e, para tanto, desenvolve um experimento mental: sejam dois indivíduos, um branco e outro negro, idênticos entre si em capacidades e preparação. Oferecem-se-lhes duas oportunidades de trabalho, para ambos na mesma função e para idêntico trabalho: a primeira em Lesoto, onde ambos auferirão quatro libras por semana, cada um. A outra, na União Sul-Africana, pagará ao branco quarenta libras por semana, e ao negro, apenas cinco, para executarem o mesmo trabalho, um ao lado do outro.

Os postulados de Rawls incluem o de que ninguém se prejudicará por questões relativas, como esta. Assim, se ambos escolherem a segunda proposta, estarão sendo lógicos, pois ganharão mais. Mas não há justiça nesta segunda sociedade, pela qual optaram ambos, pois sustenta preconceito de raça e cor. Isto significa que não necessariamente as opções dos agentes de Rawls, mesmo que sejam lógicas, devam ser de justiça, e não há prova, a ver de Barry (Op. cit., p. 26-27), de que efetivamente o sejam.

Sobre o tema, Barry escreveu ainda *A treatise on social justice: theories of justice* (Berkeley: University of California Press, 1989); *Why social justice matters?* (Cambridge: Polity Press, 2005) e *Justice as impartiality* (Oxford University Press, 1996). Neste último texto, Barry retoma a crítica da teoria rawlsiana de justiça. Mantém afastado o emprego do véu de ignorância. Seus agentes sociais são adequadamente informados de sua condição, e sua motivação moral para agir, portanto, se pauta nos princípios que seriam eleitos (ou “que não seriam rejeitados”) por quaisquer dos colocados em análoga situação. A pretensão da ação social, ou seja, o objetivo moral dos agentes, não é apenas a satisfação de seu próprio interesse, mas a obtenção de um acordo socialmente aceitável. É um contratualismo informado.

O quadro é completado por Thomas Scanlon, com *What we owe to each other* (Harvard University Press, 1998), e *The difficulty of tolerance: essays in political philosophy* (Cambridge: Cambridge University Press, 2003). Na primeira dessas obras, Scanlon (1998, p. 110) traça uma teoria do bem-estar: sustenta que este não

é um conceito moral, mas participa de análises de interesse moral. Diz que os seres humanos não necessitam de uma teoria do bem-estar para decidirem algo importante em suas relações para com terceiros e que, portanto, são mais importantes conceitos como a distribuição dos bens primários de Rawls, tais como poderes, liberdades e as bases sociais do auto-respeito ou as capacidades de Sen, inclusive as funcionais, que têm em conta a boa saúde, a atuação na vida social, e tudo de que um indivíduo for capaz. Estes conceitos determinam o que as instituições sociais básicas devem prover aos indivíduos. Qualidade de vida, em seu entendimento, significa a presença de certas condições materiais e sociais. Bem-estar vai além disto: inclui a pretensão de obtenção de experiências, satisfação de desejos, preferências e até mesmo a posse de bens definidos. Cita Raz, frisando que os objetivos humanos são hierarquizados, e que cada qual tem objetivos, situados num plano de vida próprio. Isto significa que o bem-estar de qualquer indivíduo será indeterminado, do ponto de vista de terceiros, até que se lhe os objetivos (Id., 1998, p. 140). E isto, do ponto de vista social, se revela impossível, razão pela qual, para Scanlon, o bem-estar, mesmo o social, não é uma categoria moral. Não significa que não deva ser perseguido mas, para ele, os valores que regem a conduta humana não podem ser reduzidos ao bem-estar. Portanto, este não pode ser tomado como valor de importante relevo moral. A análise da conduta humana deve continuar a ser feita através de valores plurais, e não exclusivamente teleológicos (Ibid., p. 143).

Uma coletânea particularmente interessante é editada por T. M. Scanlon e outros. Nela, contribuem diversos autores que trataram do tema da justiça distributiva. Não trata de saúde, especificamente, mas do relevo de desigualdades econômicas, sociais e raciais, particularmente as atinentes a mulheres e minorias. A significância está na propositura de ações que, hoje, seriam ditas afirmativas (COHEN et al., 1977).

A desigualdade foi ainda especialmente estudada por Amartya Sen, em *On economic inequality* (Oxford: Clarendon Press, 1997). Sen revisita o tema, com



especial interesse para a saúde, em *Commodities and capabilities* (New Delhi: Oxford University Press, 1999).

Sen (2011) trata da ideia de justiça, enfrentando a sistemática rawlsiana para determinação dos princípios da equidade. Sugere que, como os cidadãos de Rawls devem partir cobertos por seu metafórico véu de ignorância, a fim de escolher os princípios basilares do sistema, isto dá origem a uma teoria que, trazida à concreção, pode-se afastar muito da realidade, apesar de a concepção em tela desprezar os interesses de caráter pessoal, já que ninguém, na teoria de Rawls, sabe quem há de ser, na sociedade que se estrutura.

Ocorre que, quando indivíduos reais escolhem princípios que devam constituir base de um preceito de justiça, muitos conjuntos de soluções poderão, igualmente, satisfazer as condições necessárias para tanto, e não necessariamente os eleitos pelos cidadãos teóricos de Rawls. Daí a necessidade de se levar em conta a diversidade, de maneira a construir princípios que satisfaçam justiça para todos, e não para qualquer grupo em particular. A realidade, multifária, pode-se afastar muito da concepção teórica de justiça rawlsiana sem que, com isto, se afaste, necessariamente, da justiça:

Na verdade, temos boas razões para reconhecer que a busca da justiça é em parte uma questão de formação gradual de padrões comportamentais — não há nenhum salto imediato da aceitação de alguns princípios de justiça e um redesenho total do comportamento real de todos os membros de uma sociedade em consonância com essa concepção política da justiça. Em geral, as instituições têm de ser escolhidas não apenas em consonância com a natureza da sociedade em questão, mas também em conformidade com os padrões reais de comportamento que se pode esperar, mesmo que uma concepção política de justiça seja aceita por todos, e até mesmo depois de ela ser aceita. No sistema de Rawls, a escolha dos dois princípios de justiça visa assegurar tanto a escolha certa das instituições como o surgimento do comportamento real adequado por parte de todos, fazendo com que as psicologias individual e social sejam completamente dependentes de um tipo de ética política. A abordagem de Rawls, desenvolvida com admirável coerência e habilidade, implica uma simplificação drástica e formulista de uma tarefa enorme e multifacetada — a de combinar a operação dos princípios de justiça com o comportamento real das pessoas —, o que é central para o raciocínio prático sobre a justiça social. Isso é lamentável, já que se pode argumentar que a relação entre as instituições sociais e o comportamento individual real — em oposição ao

ideal — não pode deixar de ser extremamente importante para qualquer teoria da justiça que vise orientar a escolha social para alcançar a justiça social (SEN, 2011).

Ao considerar a diversidade, Sen propõe que as capacidades (i. é, as vantagens que têm os indivíduos de fazer coisas valorizáveis e valorizadas), e não apenas as oportunidades (vale dizer, a mera possibilidade de que lhes seja dado fazê-las) é que devem ser levadas em conta para apreciar a justiça ou a injustiça. Significa que, “com relação às oportunidades, a vantagem de uma pessoa é considerada menor que a de outra se ela tem menos capacidade — menos oportunidade real — para realizar as coisas que tem razão para valorizar (Id., 2011).”<sup>25</sup> Como capacidades são qualidades pessoais, e não grupais, ou institucionais, é fácil ver que uma tal abordagem terá implicações profundas no que respeita à saúde e ao atendimento de pacientes.

Aspectos práticos, como a formação de um fundo de impacto para a saúde, com a finalidade de tornar novos medicamentos e tratamentos acessíveis a todos, com abrangência internacional, foram propostos por seguidores de Rawls, como Thomas Pogge e Aidan Hollis. Estes pensadores entendem que, dada a prevalência de doenças infecciosas de gravidade, a falta de acesso a medicamentos para seu controle evidencia o mau funcionamento dos serviços de saúde que as devem combater (HOLLIS; POGGE, 2008, p. 113).<sup>26</sup>

---

<sup>25</sup> A perspectiva da capacidade aponta para a relevância central da desigualdade de capacidades na avaliação das disparidades sociais, mas não propõe, por si própria, uma fórmula específica para as decisões sobre políticas. Por exemplo, ao contrário de uma interpretação articulada com frequência, a utilização da abordagem das capacidades na avaliação não exige a subscrição às políticas sociais que visam exclusivamente igualar as capacidades de todos, não importando as outras consequências que essas políticas possam ter. Da mesma forma, ao julgar o progresso agregado de uma sociedade, a abordagem das capacidades certamente chamaria a atenção para a enorme importância da expansão das capacidades humanas de todos os membros da sociedade, mas não estabelece plano algum para lidar com os conflitos entre, digamos, considerações agregativas e distributivas (embora a agregação e a distribuição sejam avaliadas com relação a capacidades). Ainda assim, a escolha de um foco informacional — a concentração nas capacidades — pode ser muito importante para chamar a atenção para as decisões que teriam de ser feitas e a análise de políticas que precisa levar em conta o tipo correto de informação. A avaliação das sociedades e das instituições sociais pode ser profundamente influenciada por informações nas quais a abordagem se concentra, e é exatamente aí que a abordagem da capacidade faz sua principal contribuição (SEN, Op. cit.)

<sup>26</sup> Dizem eles:

Adiante se apresenta a teoria da justiça distributiva em saúde, de Daniels, que busca integrar, num todo lógico, os diversos aspectos das teorias convencionais de justiça quando aplicadas a este importante bem.

#### **1.4 – Norman Daniels e a teoria da justiça distributiva em saúde**

Norman Daniels, a seu turno, critica a teoria de Rawls, afirmando que este, em sua teoria geral de justiça, assumiu que o povo esteja plenamente funcional ao longo de toda a vida. Na teoria de Rawls, não há indivíduos doentes (RAWLS, 2000, p. 216-217; DANIELS, 2009, p. 21).<sup>27</sup> Isto não é, evidentemente, uma realidade, e os cuidados de saúde são de especial importância moral, porque preservam as oportunidades e o status de pleno funcionamento físico dos cidadãos.

Daniels pauta seu trabalho na teoria da justiça rawlsiana, observando ser consenso geral, mesmo entre aqueles que admitem desigualdades manifestas no que pertine à distribuição de riquezas, a inaceitação de situações que envolvam necessidades de saúde desatendidas, máxime se suportadas pelo contingente mais pobre da população. Suas candentes palavras merecem registro:

---

“Devido aos efeitos mutuamente multiplicáveis da pobreza e das doenças, os países em desenvolvimento sofrem com uma parcela desproporcional da carga global de doenças. Cerca de seis milhões de pessoas morrem todos os anos de AIDS, tuberculose e malária, embora essas doenças sejam tratáveis e evitáveis. A prevalência dessas doenças ilustra o papel que a falta de acesso a medicamentos desempenha tanto como causa quanto como sintoma da fraqueza desses sistemas de saúde.

A inovação farmacêutica, impulsionada apenas por patentes, não incentiva a criação e a distribuição de tratamentos para doenças disseminadas nos países em desenvolvimento. O Fundo de Impacto sobre a Saúde beneficiará significativamente esses países, contribuindo para o fim do ciclo de pobreza e doença” (HOLLIS; POGGE, 2008, p. 113). Tradução livre do autor.

No original: Due to the mutually reinforcing effects of poverty and ill-health, developing countries suffer from a disproportionate share of the global burden of disease. Around six million people die every year from AIDS, tuberculosis, and malaria alone, even though these diseases are treatable and preventable. The prevalence of these diseases illustrates the role that lack of access to medicines plays as both a cause and symptom of weak health systems.

Pharmaceutical innovation driven by patents alone fails to incentivize the creation and distribution of treatments for diseases that are widespread in developing countries. The Health Impact Fund will disproportionately benefit these countries, contributing to an end to the cycle of poverty and disease.

<sup>27</sup>“Isso não implica que ninguém jamais sofra enfermidade ou acidente, pois tais infortúnios são comuns no curso da existência humana e é preciso prever tais contingências. Contudo, para o nosso propósito aqui, não levarei em conta as deficiências físicas permanentes ou as doenças mentais tão graves que impedem as pessoas de serem membros normais e integrais da sociedade no sentido habitual (RAWLS, 2000, p. 216-217).”

Meu foco na questão então e agora é regulado pela observação comum de que pessoas que toleram vastas desigualdades de riqueza e poder sentem-se frequentemente moralmente ultrajadas quando doentes não podem receber cuidados porque não podem por eles pagar. Mesmo pessoas que rejeitam enfaticamente o princípio distributivo marxista geral, “De cada um de acordo com sua habilidade, para cada um de acordo com suas necessidades”, abraçam pelo menos a segunda parte, quando esta é aplicada a cuidados de saúde. Não apenas indivíduos, mas também sociedades que toleram - e até mesmo glorificam - desigualdades significativas em muitos bens tratam os cuidados de saúde de maneira diferente, pois organizam esquemas cooperativos públicos e privados que distribuem medidas de saúde pública e serviços médicos de maneira mais equitativa. Mesmo os Estados Unidos, o único país desenvolvido que não fornece cobertura universal de saúde, comprovam a regra. O país fornece cobertura universal do Medicare para o seu grupo medicamente mais necessitado, os idosos, e o Medicaid é suportado por recursos públicos para os cidadãos mais pobres, se não para todos os necessitados. A lacuna de cobertura de saúde nos Estados Unidos, que cresceu de 33 milhões de pessoas, quando o presidente Bill Clinton tentou introduzir a cobertura universal de saúde, em 1993, para 45 milhões em 2006, é amplamente condenada como injusta (DANIELS, 2009, p. 18). Tradução livre do autor.<sup>28</sup>

E, se é verdade que haja acordo, na maior parte dos países, acerca da necessidade de fornecimento estatal, no mínimo, de cuidados de recuperação da saúde, quando não também de prevenção e proteção, passa a ser importante o estabelecimento de regras que densifiquem estes objetivos, daí o relevo da obra de Daniels, no particular. Sua teoria, ao tratar da justiça distributiva em saúde, tem três pontos fundamentais:

- a) Qual é a especial importância moral dos cuidados de saúde?
- b) Se desigualdades são inevitáveis, quais desigualdades de saúde devem ser consideradas injustas?

---

<sup>28</sup>No original: My focus on the question then and now is driven by the common observation that people who tolerate vast inequalities in wealth and power are often morally outraged when those who are ill cannot get care because they cannot pay for it. People who emphatically reject the general Marxist distributive principle, “From each according to his ability, to each according to his needs”, embrace at least the second part of it when applied to health care. Not only individuals but also societies that tolerate – even glorify – significant inequalities in many goods treat health care differently, for they organize public and private cooperative schemes that distribute public health measures and medical services more equitably. Even the United States, the only developed country that fails to provide universal health insurance coverage, proves the rule. It provides universal Medicare coverage to its medically neediest group, the elderly, and publicly funded Medicaid to its very poorest citizens, if not to all in need. The insurance gap in the United States, which grew to 45 million people in 2006 from 33 million when President Bill Clinton attempted to introduce universal coverage in 1993, is widely condemned as unjust.

- c) Quais são os limites para o justo cuidado de saúde? (Id., 2009, p. 16-24).

Um quarto ponto de relevo é “Como atender de maneira equânime as necessidades de saúde, se não temos recursos para atendê-las todas?”, nisto restando centrados seus ensinamentos acerca da distribuição razoável de recursos limitados em saúde. Trata-se de aplicação prática da justiça distributiva (Ibid., p. 24-26).

Para Daniels, a saúde da população não melhora pelo simples fato de ser possível, a um cidadão, facilmente visitar um médico. A saúde individual sofre influência da posição social e também das desigualdades sociais. Já a saúde das nações vai além da mera soma da saúde dos seus cidadãos. Depende da cultura, da organização social, de políticas de governo, do desenvolvimento econômico. A desigualdade socioeconômica responde por grande número de mortes, servindo de exemplos as áreas metropolitanas dos Estados Unidos, quando comparadas com áreas de baixa desigualdade.

Em contrapartida, há correlação positiva entre a renda, medida pelo produto interno bruto (PIB) per capita, e a melhoria da qualidade dos serviços médicos, mensurados, neste caso, pela expectativa média de vida ao nascer. Porém, tal correlação só se mantém até PIBs de 8 a 10.000 dólares por pessoa por ano, evidenciando que não é apenas a pobreza que responde pela desigualdade da distribuição de acesso à saúde (DANIELS, Op. cit., p. 83-84).

A saúde não é o único bem social de relevância. Porém é, sem sombra de dúvida, uma das mais importantes necessidades humanas. "Ainda, certas coisas que dizemos que precisamos, incluindo necessidades de cuidados de saúde, desempenham um papel especial e recebem um peso moral especial em uma variedade de contextos morais" (DANIELS, Op. cit., p. 33). Tradução livre do autor.<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup>No original: Still, certain things we say we need, including health-care needs, play a special role and are given special moral weight in a variety of moral contexts.

Sendo assim, em países como o Brasil, será mister que se estabeleçam prioridades, pois se conta com recursos limitados. Como tomar decisões justas nesta área? Quais serão as circunstâncias nas quais decisões restritivas devem ser tidas como legais, além de moralmente justas? Há, ante a presunção de limitação de recursos econômicos, a necessidade de se limitar o atendimento aos casos que dele necessitem, abandonando o atendimento universal? Isto implica um julgamento moral e político acerca da adequação de ambos sistemas (o que provê, ou diz prover, atendimento integral de saúde e o que não o faz, nem mesmo em termos normativos).

Neste ponto, é de frisar que Daniels nem sempre defendeu a universalização dos serviços de saúde. Sendo um filósofo social, cuja formação vem da área da Psicologia, defendeu ele, mais abrangentemente, a observação do contexto social de saúde em cada país, antes da definição do sistema a ser implantado. Admite, portanto, a adoção de um nível básico de serviços públicos de saúde, aos quais serão agregados serviços mais elaborados, públicos ou não, dependendo do local onde implantados. Esta visão contempla, consoante o local, a possibilidade de surgimento de confronto entre a igualdade, representada na oferta mínima de um bloco de serviços básicos e eficazes a todos, e a liberdade, que sustenta a conduta daqueles que, melhor aquinhoados, buscam utilizar-se de seus recursos para, também com o seu emprego, melhorar o nível dos serviços de saúde aos quais estão expostos. Na Inglaterra, e nos Estados Unidos, esta última conduta é permitida; na Noruega, não (DANIELS, Op. cit., p. 322-324).

Como acima se viu, a base da justiça, segundo Rawls, está em seguir procedimentos previamente definidos e amplamente divulgados. A afirmação democrática da justiça tem base procedimental. Num sistema complexo, recheado de matizes e interesses, apenas o seguir um procedimento clara e previamente definido para determinar o que é devido, a quem, e em que extensão, pode ser considerado democrático.

---

Para estender a aplicação deste tipo de justiça à saúde, Daniels advoga que tais procedimentos amplos, previamente definidos e participativos, possam estabelecer características (teóricas) que devem restar singularizadas nas escolhas (fáticas) que, assim, vierem a ser efetuadas. Os critérios para estabelecimento de eventuais escolhas, ou imposição de restrições, devem ser clara e previamente definidos, e é na reproducibilidade dos procedimentos que levam a tais escolhas - que devem incluir oportunidades de manifestação dos interessados, e até mesmo de revisão das decisões - que reside, a ver deste autor, a justiça que os fundamenta. As escolhas assim efetuadas devem ser uniformemente aplicadas. "Estou propondo que as preocupações sobre a justiça e a justiça distributiva na política de saúde se devam orientar pela filosofia política, da qual deve advir alguma orientação específica" (DANIELS, Op. cit., p. 248-254). Tradução livre do autor.<sup>30</sup>

O princípio de justiça por ele defendido, no que respeita à saúde, tem, então, base procedimental (DANIELS, 2001, p. 4). Além disto, como bem frisa Machado (2015, p. 58-59), questões sociais amplas, encimadas pela renda e pelas desigualdades sociais, se entrechocam, devendo ser compreendidas para que se aquilate a distribuição de saúde, em dado grupo:

Daniels considera que, para tratar de questões fundamentais sobre a política social e a justiça distributiva, é imprescindível o entendimento das correlações entre os resultados de saúde e as desigualdades sociais. A desigualdade de renda, no entendimento do autor, afeta a saúde e corrói a coesão social, aumentando a desconfiança social e reduzindo a participação em organizações cívicas. Já a falta de coesão social acarreta uma diminuição da participação social na política, minando a capacidade de resposta das instituições do governo para atender às necessidades sociais, especialmente dos grupos menos favorecidos.

Em *Just health*, Daniels (2009, p. 88-89) traçou algumas linhas de pesquisa que relacionam desigualdades sociais com desigualdades em saúde. Determinou que políticas sociais conduzem a desigualdades de saúde verificáveis entre países. Países emergentes, que investem pesadamente em educação, costumam

---

<sup>30</sup>No original: I am proposing that concerns about justice and fairness in health policy should look to political philosophy for guidance and that some specific guidance is forthcoming.

apresentar melhores indicadores de saúde. Nos Estados Unidos, estados com uma distribuição de renda menor investem menos em educação, gastam menos em seguros sociais e suas crianças têm maior taxa de evasão escolar. Desigualdades de renda destroem a coesão social, diminuem a confiança da sociedade social e minimizam a atividade política.

Entre nós, Gilmar Mendes (2012, p. 70) afirma que, há anos, se digladiam as teses que opõem, neste campo, a proibição da proteção insuficiente à proibição de excesso. Necessário, por isto, o reconhecimento de que a satisfação de direitos sociais implica a dependência de recursos econômicos para sua efetivação, daí a busca da compatibilização entre o mínimo existencial e a reserva do possível.

No Brasil, sustenta ainda André Nunes (2011, p. 34) ser indispensável que se reflita sobre os critérios de saúde que devem ser aplicados ao SUS. O atual sistema, e a amplidão de necessidades a serem atendidas para prover assistência integral de saúde, inclusive farmacêutica (cf. Lei n.º 8.080/90, art. 6.º, I, d), faz enfrentar um custo sempre crescente, por se tratar de um direito fundamental social de segunda geração.

Para que se defina um sistema justo de saúde, é fundamental estabelecer que tipo de atenção se faz necessária: mais postos de saúde ou mais hospitais? Mais atenção primária ou mais transplantes complexos? Maior prevenção ou mais oportunidades de diagnóstico e cura? Com distribuição de medicamentos ou sem ela? E, definidos os bens a serem providos e distribuídos, mister estabelecer critérios que ofereçam igualdade de oportunidades no que diz com o acesso, mas também com o aproveitamento dessas oportunidades. Vez estabelecidos, estes critérios poderão ser, eventualmente, utilizados como parte do sistema de decisão na construção de novos programas de política de saúde ou na revisão dos já existentes.

Tal definição, no Brasil, deve ser efetuada, com participação popular, pelo Sistema Nacional de Saúde, que conta com graus escalonados de decisão nos



níveis nacional, regional e local. Mas, no que respeita a doenças infecciosas, os avanços científicos devem ser compartilhados internacionalmente, para que condutas possam ser amplamente tomadas, de forma a lhes evitar a disseminação e promover seu controle: doenças infecto-contagiosas desconhecem barreiras geográficas. Num momento futuro, porém, a cooperação internacional, que já existe, poderá tornar-se ainda mais importante em diversas outras áreas, como a de transplantes, aumentando-se a colaboração internacional, por exemplo, no que toca a busca de compatibilidades e consecução dos procedimentos. Trata-se de escolhas nacionais mas, sobretudo, de escolhas políticas.

Examinem-se, no próximo capítulo, as razões pelas quais saúde pública é resultado desse tipo de escolhas, através da apresentação dos determinantes sociais da saúde, demonstrando como podem eles influenciar sua distribuição na população.

## 2. DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

### 2.1 Saúde como resultado de escolhas políticas:

Tempo houve em que se acreditava ser possível encontrar, concomitantemente, povos em distintos estágios de desenvolvimento antropológico. Pensava-se, eurocentricamente, que, na Europa e suas adjacências, mormente à volta do Mediterrâneo, habitasse o Homo sapiens. Por outro lado, e sem que houvesse relação com a presença concomitante de todos sob o sol, cria-se que ainda houvesse quem, na África, na Ásia, ou até na Oceania, estivesse na idade da pedra lascada, ou, no máximo, da pedra polida. Para viver assim, sapiens certamente não seria... Estas ideias eram calcadas em trabalhos de antropólogos de escritório, limitados à escrivaninha, contando, como frisa Ruth Benedict (1971, p. 34-35), com dados

selecionados indiscriminadamente das culturas mais distintas, e a discussão constrói uma espécie de monstro mecânico de Frankenstein, com um olho direito de Fiji, um esquerdo da Europa, uma perna da Terra do Fogo, a outra do Taiti, e todos os dedos das mãos e pés de regiões ainda diferentes. Tradução livre do autor.<sup>31</sup>

Foram precisos os estudos antropológicos de Herbert Spencer, seguidos dos de Margaret Mead e de Ruth Benedict, para que se evidenciasse a diversidade e a integração de culturas hoje mundial e reconhecidamente existente.<sup>32</sup>

Hoje, num mundo francamente globalizado, não mais se encontram seres em distinto estágio de desenvolvimento antropológico, sem que se lhes reconheça a

<sup>31</sup>No original: selected indiscriminately from the most different cultures, and the discussion builds up a kind of mechanical Frankenstein's monster, with a right eye from Fiji, a left from Europe, one leg from Tierra del Fuego, and one from Tahiti, and all the fingers and toes from still different regions.

<sup>32</sup>Algumas culturas, entendidas como organizações coerentes de comportamento, são mais esclarecedoras do que muitas delas mencionadas apenas em seus pontos mais altos. A relação de motivações e propósitos com aspectos separados do comportamento cultural no nascimento, na morte, na puberdade e no casamento nunca pode ser esclarecida por uma pesquisa abrangente do mundo. Devemos nos manter na tarefa menos ambiciosa, na compreensão multifacetada de algumas culturas (Id., 1971, p. 40). Tradução livre do autor.

No original: A few cultures understood as coherent organizations of behaviour are more enlightening than many touched upon only at their high spots. The relation of motivations and purposes to the separate items of cultural behaviour at birth, at death, at puberty, and at marriage can never be made clear by a comprehensive survey of the world. We must hold ourselves to the less ambitious task, the many sided understanding of a few cultures.

existência de relação. O subdesenvolvimento não é mais (se é que, algum dia, foi) um estágio do desenvolvimento. Ao contrário: dele deriva, e a ele se vincula, como faces da mesma moeda.

Neste andar, diz Daniels (2009, p. 79), citando trabalho de Villermé (1840, v. 2, p. 257-260), que há cento e cinquenta anos se sabe que a expectativa de vida e a probabilidade de morte se relacionam com a classe social. Quanto melhor situados socialmente os indivíduos, mais longas são suas vidas. Renda, educação e classe social são, há tempos, reconhecidos como determinantes da extensão e da qualidade da vida e, em face disto, da saúde.<sup>33</sup>

O que talvez seja menos claro é que as condições de vida da população derivam de escolhas públicas, cabendo ao Estado a definição de políticas que melhor as protejam. No longo período de cerca de trezentos anos em que tal era

---

<sup>33</sup>Villermé, em trabalho hercúleo para a época, identificou que a expectativa média de vida ao nascer de crianças francesas estava relacionada, em Mulhouse, no período estudado (1823-1834), com a classe social de seus pais. Assim, crianças nascidas nas famílias de fabricantes, negociantes, diretores de usina, tinham expectativa média de vida ao nascer de 28 anos. As que advinham de famílias de padeiros e alfaiates, de 12 anos; e as que provinham de famílias de simples operários das indústrias de tecidos, principalmente do algodão, de apenas um ano e três meses. Frisou ele, em tradução livre do autor: Então, minha única conclusão é que em Mulhouse, mais do que em outros lugares, e em virtude de circunstâncias particulares contra as quais o saber dos mestres nada pode, a mortalidade é consideravelmente mais forte para certas profissões ou condições sociais do que para certas outras, principalmente no primeiro ano de vida. Quanto à diferença, não a conheço (Id., 1840, p. 257). No original: Aussi, ma seule conclusion c'est qu'à Mulhouse, plus qu'ailleurs, et à cause des circonstances particulières contre lesquelles l'humanité des maîtres reste impuissante, la mortalité est considérablement plus forte pour certaines professions ou conditions sociales que pour certaines autres, principalement dans la première année de la vie. Quant à la différence, je ne la connais pas. Mais, adiante, no entanto, o autor reconhece a insalubridade das atividades nas indústrias de tecidos como provável causa do comprometimento da saúde dos trabalhadores, dizendo, novamente em nossa tradução: Em resumo: entre as causas da insalubridade que observei, a indústria do algodão é mais insalubre do que a da lã. No caso da primeira, a separação manual do algodão é, **para muitos trabalhadores**, a única operação obviamente muito insalubre. Quanto aos fabricantes de seda, eles poderiam ser mais saudáveis, sem a cardagem da filosela e a extração da seda do casulo (Ibid., p. 260). No original : En résumé : parmi les causes d'insalubrité que j'ai constatées, il n'en est point d'aussi actives dans l'industrie de la laine que dans celle du coton, et dans celle-ci le battage est, à bien dire, **pour beaucoup d'ouvriers**, la seule opération évidemment très malsaine. Quant aux manufactures de soie, elles ne présenteraient peut-être rien d'insalubre, sans le cardage de la filoselle, et le tirage de la soie des cocons.

ainda desconhecido ou, pelo menos, tido como de secundário relevo, isto custou ao mundo, e à saúde mundial, a unificação microbiana, com a globalização de diversas doenças infecciosas, que se vieram a radicar onde, antes, inexistiam. É o caso, por exemplo, da sífilis, que até 1495 inexistia na Eurásia e na África, havendo chegado a Nápoles com as tropas francesas de Carlos VIII. E também, como pontua Berlinguer (1999), da varíola, do sarampo, e da febre amarela, que inexistiam na América até sua conquista, em 1492, por Cristóvão Colombo. Os séculos próximos passados viram, em função disso, surgirem diversas formas de controle social da disseminação de doenças:

As décadas que medeiam os séculos XIX e XX foram a época de maior progresso na luta contra as doenças epidêmicas. Descobriram-se muitos micróbios, agentes de infecções difundidas e mortíferas, como a tuberculose, a peste, o cólera-morbus. Descobriram-se também seus modos de transmissão, mediante vetores artrópodes ou contaminação de alimentos e água. Introduziram-se soros e vacinas. Sanearam-se muitas cidades. Votaram-se leis para reduzir a jornada de trabalho de 12 ou 14 para oito horas. Votaram-se benefícios para gestantes e limitações ao trabalho de menores. Difundiram-se o seguro social e outras formas de tutela coletiva da saúde. Estabeleceram-se acordos entre os países contra a passagem de doenças de uma parte do mundo a outra e criou-se, com a Agência Internacional contra Epidemias, o primeiro embrião de um organismo mundial de saúde.

Uma importante carga de doenças, mormente transmissíveis, infectocontagiosas, dependem, para seu surgimento e disseminação, não apenas de condições fisiológicas ou fisiopatológicas pessoais mas, principalmente, das condições de vida da população. Trata-se, aqui, de aspectos econômicos, mas ainda políticos, culturais e ambientais que norteiam a qualidade de vida da população, conhecidos, coletivamente, como determinantes sociais da saúde. A distribuição socialmente desigual de muitos deles, como renda, educação, emprego, residência e mesmo ambiente tem sido repetidamente associada a piora das condições de saúde. As causas que levam a tanto não são, contudo, precisamente conhecidas, razão pela qual a fixação de políticas para enfrentamento de tais distinções pode ser de difícil estabelecimento, envolvendo complexa análise social, política, econômica e

cultural (UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO; NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE, 2007, p. 10-12).

Consideram a Universidad del Desarrollo, no Chile, bem como o National Institute for Health and Clinical Excellence, do Reino Unido, em seu *The social determinants of health* (MEKN), a existência de quatorze eixos, ditos chave, descritores de diferenças sociais na população. São eles: classe social, status, educação, ocupação, renda, sexo, raça, origem, casta, tribo, religião, origem familiar, idade e residência.

Contudo, no que diz diretamente com a qualidade de vida, três deles têm sido relatados como mais importantes: ocupação, educação e renda (DANIELS, Op. cit., p. 81).

Hoje, após décadas de existência da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde, em muitos lugares a melhora de tais condições de vida ainda evolui lentamente, porque os governos não estão aptos ao manejo das questões que daí advêm.

Da observação de países que obtiveram maior sucesso em atingir este equilíbrio, que norteia a obtenção e manutenção de melhores condições de vida, a Organização Mundial da Saúde recomenda que as ações sobre determinantes de saúde se desenvolvam dirigidas a três objetivos básicos, que devem ser devidamente regionalizados, para que sejam atendidas, com a maior extensão possível, as necessidades de cada país ou região:

a) Medir os problemas para poder compreendê-los. Assim, devem ser mensurados determinantes sociais em saúde e suas consequências. Devem ser instalados sistemas de mensuração que permitam acompanhamento ao longo do tempo e estabelecimento de comparações. Relevante criar orçamentos e normas para distribuição equânime das necessidades, de sorte a atendê-las, reduzindo iniquidades;

b) Combater a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos. Não há programa que se sustente sem recursos. Situar as responsabilidades pelo estabelecimento, obtenção e manutenção da equidade em saúde nos mais elevados níveis de governo. Lutar contra a pobreza. Privilegiar a ampla distribuição de serviços de atendimento primário em saúde. Fortalecer sistemas políticos e legais que protejam os direitos fundamentais, afastando discriminações e promovendo a equidade em saúde. Garantir a participação da sociedade, de sorte a facilitar a regionalização dos objetivos imediatos do sistema de saúde;

c) Melhorar as condições de vida da população. Trata-se de objetivo geral e perene. Deve incluir ações sobre a população atual, bem como sobre gestantes, protegendo o futuro. O planejamento de saúde deve ser parte dos planos e programas de saneamento urbano. Políticas nacionais e internacionais de desenvolvimento devem ter na saúde um de seus objetivos básicos. Programas de moradia, de desenvolvimento de emprego e de seguridade social devem ser amplamente estendidos, diminuindo o número de sem-tetos, de desempregados e de trabalhadores informalmente situados no mercado de trabalho (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011, p. 2-5).

Hoje, a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, da Organização das Nações Unidas, pretende, em seu décimo objetivo, reduzir a desigualdade dentro dos países e entre eles. Quer, para tanto, dentre outros objetivos relevantes, fazer crescer a renda dos 40% mais pobres da população a um índice maior do que a média nacional (reduzindo, com isto, o índice de Palma da renda nacional); promover a inclusão social, econômica e política, sem discriminações de quaisquer naturezas; garantir a igualdade de oportunidades e reduzir as desigualdades de resultado; tratar distintamente países em desenvolvimento, em especial os de menor desenvolvimento relativo; buscar a igualdade fiscal, salarial e de proteção social; permitir e facilitar o livre fluxo de remessas financeiras a baixo custo; facilitar o fluxo financeiro para o desenvolvimento; facilitar a migração e a mobilidade ordenada,

segura, regular e responsável de pessoas (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS; BRASIL. MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES, 2016, p. 24-25).

## **2.2 Poder econômico e saúde**

Saúde não é apenas ausência de doença. Sustenta Daniels (2009, p. 37) que ser saudável é estar em seu funcionamento normal e, portanto, “saúde é o normal funcionamento para nossa espécie”. Tradução livre do autor.<sup>34</sup> Afasta, assim, a famosa definição de saúde contida no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde de 1946 – “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade.” – sob a alegação de que, fosse tal definição adotada, toda Filosofia Social e toda Política Social seriam levadas ao âmbito dos cuidados de saúde.

Há três tipos de determinantes de saúde de relevo. Não são os únicos, mas são os mais importantes:

### **2.2.1 Determinantes estruturais de saúde:**

São os mais importantes, na medida em que são geradores de estratificação social e, com ela, de distinções de distribuição de poder e de acesso a recursos. Renda, ocupação e grau de escolaridade trazem consigo estratificação, e estes mecanismos, que alteram a posição social dos indivíduos, são, a ver da OMS (2011, p. 7), “a causa mais profunda das iniquidades em saúde.”

### **2.2.2 Determinantes de exclusão social:**

Outros determinantes de saúde, estes relacionados em geral à exclusão social e a diversas práticas dirigidas contra minorias e grupos vulneráveis, são gênero, raça ou desigualdades de cunho étnico (DANIELS, Op. cit., p. 81).

---

<sup>34</sup>No original: health is normal functioning for our species.

### 2.2.3 Determinantes circunstanciais de saúde:

Circunstâncias materiais, como condições de moradia, de trabalho, de remuneração, bem como a disponibilidade, qualidade, suficiência da alimentação e adequação de seu preparo, o acesso a saneamento básico, a energia e a transporte, e ainda fatores biológicos, comportamentais e de caráter psicossocial são considerados determinantes intermediários da saúde, de profundo relevo para sua manutenção. Vem daí ser impossível a abordagem dos determinantes sociais da saúde sem que igualmente se combatam as iniquidades sociais de que, em sua maior parte, derivam (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, Op. cit., p. 7-8).

De boa saúde dependem importantes aspectos sociais: bem-estar, coesão social, produtividade e desenvolvimento dela dependem. Por isto, os governos devem desenvolver e manter programas que sustentem a saúde como base de toda política de justiça social. Em 1978, a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma-Ata, encerrou-se com uma declaração que, se à época era tida como expressão da necessidade urgente de ação por parte de todos os governos, até hoje é vista como um farol, a iluminar os objetivos gerais de atingimento de cuidados imediatos de saúde.

V

Os governos têm uma responsabilidade pela saúde de seus povos, que só pode ser cumprida pela provisão de medidas sanitárias e sociais adequadas. Uma meta social principal de governos, organizações internacionais e toda a comunidade mundial nas próximas décadas deve ser a conquista de todos os povos do mundo até o ano 2000 de um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. A atenção primária à saúde é a chave para atingir essa meta como parte do desenvolvimento no espírito da justiça social (WORLD HEALTH ORGANIZATION. DECLARATION OF ALMA-ATA, 1978).<sup>35</sup>

---

<sup>35</sup>No original: V Governments have a responsibility for the health of their people which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures. A main social target of governments, international organizations and the whole world community in the coming decades should be the attainment by all peoples of the world by the year 2000 of a level of health that will permit them to lead a socially and economically productive life. Primary health care is the key to attaining this target as part of development in the spirit of social justice.



A Declaração de Alma-Ata estabeleceu que desigualdades grosseiras na saúde de países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como desigualdades regionais, no interior de uma mesma nação, são política, social e economicamente inaceitáveis. Para seu enfrentamento, propôs o estabelecimento de uma nova ordem econômica internacional, elencando a saúde como principal alvo social, a ser atingido pelos governos do mundo todo, até o ano 2000. Objetivava-se, portanto, o atingimento, em todo o planeta, de um nível de saúde compatível com adequado desenvolvimento social e vida economicamente produtiva.

A proposta restou calcada no estabelecimento de uma rede de cuidados primários de saúde, cuja concreção foi tomada como meio primordial para realização dos atendimentos essenciais. Foram tais cuidados assim definidos (Id., 1978):

cuidados de saúde essenciais baseados em métodos e tecnologias práticos, cientificamente sólidos e socialmente aceitos, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade através da sua plena participação, e a um custo que a comunidade e o país podem manter em todas as fases do seu desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. Tradução livre do autor.<sup>36</sup>

Em 1986 sobreveio a Carta de Ottawa (OMS, 1986), na qual a Organização Mundial da Saúde giza que, para que seja possível tratar-se de promoção da saúde, os indivíduos devem dispor, antecipadamente, de condições que são ali enumeradas: moradia, educação, alimentação, certa renda, um ecossistema estável, uma extensão durável de recursos, acesso a justiça social e a um tratamento equânime. Boa saúde é, em tal documento, apresentada como inestimável recurso para que haja desenvolvimento econômico, social e individual. Reconhece-se que fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, comportamentais, biológicos e ambientais podem favorecer ou dificultar a promoção da saúde. A mediação e a promoção da saúde implicam repartição de responsabilidades entre governos, organizações não governamentais, grupos profissionais, sociais e familiares. Por

---

<sup>36</sup>No original: essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of selfreliance and self-determination.

estas razões, programas e estratégias de promoção de saúde devem-se adaptar aos locais onde são postos em prática, e aos recursos ali existentes.

Hoje, passados quarenta anos da Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, em Alma-Ata, e mesmo mais de trinta desde a Carta de Ottawa, não se pode dizer que todos os seus propósitos tenham sido cumpridos. No entanto, não há negar que o Sistema Único de Saúde existente no Brasil, surgido em resposta à 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, signifique, mesmo com seus muitíssimos problemas, um bom (mas tardio) começo em relação à proposta internacional.

### **2.3 Medir para formular políticas públicas úteis à redução de desigualdades**

Talvez não devesse um texto que pretende examinar o sistema brasileiro de acesso à saúde, à luz da teoria de um dos mais importantes jusfilósofos da atualidade empregar, para tanto, escritos de outro pensador, mas o fato é que, no particular, esta passagem de Walzer (2003, p. 122), embora doutro contexto, se afeiçoa como luva:

As formas de provisão comunitária mudaram no passado e continuarão a mudar. Mas não mudam automaticamente junto com as posturas. A velha ordem tem seus clientes; existe letargia tanto nas instituições quanto nos indivíduos. Ademais, as posturas populares raramente são tão claras quanto no caso da assistência médica. Portanto, a mudança é sempre questão de discussão, organização e luta política. O filósofo não pode fazer nada além de descrever a estrutura fundamental das discussões e as restrições que acarretam. Disso provêm os três princípios, que podemos resumir numa versão revista da famosa máxima de Marx: De cada um segundo sua capacidade (ou seus recursos); a cada um segundo suas necessidades socialmente reconhecidas. Esse, creio, é o significado mais profundo do contrato social. Só falta elaborar os detalhes – mas, na vida cotidiana, os detalhes são tudo.

Também no microcosmo da saúde, detalhes são tudo. Não há atenção eficaz à saúde sem detalhada particularização. E, se assim é, faz-se necessário, para implementar ações úteis sobre determinantes sociais de saúde, entender os problemas. Para isto, é preciso mensurá-los, coletando, analisando e comparando dados, seja regional ou internacionalmente, seja, ainda, tendo em conta a passagem

do tempo. A adoção de sistemas confiáveis de coleta, análise e guarda de informações é crucial para o entendimento do progresso das ações que venham a ser adotadas.

Mas medir não representa *conditio sine qua non* para agir. Há momentos em que a necessidade de tomada de ações concretas, capazes de alteração positiva do mundo sensível, é tal que a mensuração passa à linha secundária do sistema.<sup>37</sup> Além disto, planejamento e políticas de longo prazo, em atuações sobre determinantes de saúde, ou sobre doenças de caráter endêmico ou epidêmico, andam de mãos dadas. Isto significa que, em determinados momentos, se hão de privilegiar ações diretas.

Mensuração será sempre necessária, tanto para aferir a eficácia das políticas já adotadas, quanto para planejar novas ações de saúde, ou novas políticas, com pauta em necessidades conhecidas ou reconhecidas pelo sistema. Esta comparação é necessária, tanto interna, quanto externamente: iniquidades em saúde podem ser de difícil evidenciação, quando comparações entre grupos de distintas condições sociais e econômicas não são efetuadas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, Op. cit., p. 36).

A epidemiologia tradicional, aos poucos, se vai transmutando. No futuro, será peça de museu. Dados relevantes, socialmente úteis, devem ser extraídos não apenas de registros médicos, mas de censos, estudos particularizados locais e regionais e, ainda, de registros civis, e até prontuários, respeitada, quanto a estes últimos, a necessária confidencialidade. Estatísticas de nascimento, morte e causas de morte são muito úteis, quando existem.

---

<sup>37</sup>Tomem-se por exemplos os esforços de Emílio Ribas que, 1898, logrou eliminar uma epidemia de febre amarela na cidade de Campinas, num momento em que seu vetor era ainda desconhecido, à custa apenas de medidas sanitárias clássicas: limpeza da cidade e vigilância de suas águas. Mais adiante, já reconhecido o *Aedes ægypti* como vetor do vírus da febre amarela, Oswaldo Cruz efetuou, em 1903, no Rio de Janeiro, campanha famosa e, à época, muito discutida, que resultou na erradicação da doença naquele local. Tal campanha contou com dotação orçamentária elevada, votada pelo parlamento brasileiro. As táticas empregadas foram a fumigação das casas com gás sulfuroso, empregando grupos de mata-mosquitos, bem como o isolamento de doentes e a vigilância epidemiológica de pessoas não imunes, mormente crianças pequenas e estrangeiros. A mortalidade da febre amarela, à época, se situava entre 10 a 50%, e só isto já justificava a pronta atuação do estado (LÖWY, 2006, p. 70 e 86-87).

The Measurement and Evidence Knowledge Network (MEKN), dirigindo seus esforços a favor da Comissão de Determinantes Sociais da Organização Mundial da Saúde estimou, em 2007, a existência de três grandes grupos de índices capazes de sumarizar a extensão e magnitude das desigualdades em saúde:

- a) Índices que comparam dois grupos contrastantes;
- b) Índices de regressão, que tomam em conta vários grupos separadamente, e
- c) Índices de impacto total, que tomam em conta a distribuição de populações.

No primeiro grupo, situam-se as diferenças de taxas, que podem ser absolutas ou relativas. Servem para comparar grupos situados nos extremos de um continuum, ou para comparar grupos grandes.

No segundo, estão índices baseados no status socioeconômico absoluto e também baseados no status socioeconômico relativo (como o ângulo de declividade, que mede a diferença, acerca de determinada variável, num grupo situado na parte superior de um continuum, quando comparado com o grupo inferiormente situado. Por exemplo: comparação entre quintis. Se o índice é calculado em termos relativos, tem-se o índice de desigualdade relativo).

Por fim, o último grupo alberga índices que mensuram a igualdade por nivelamento (PAR – population attributable risk, em português RAP – risco atribuível populacional), ou que a medem sob a perspectiva da redistribuição (ID – index of dissimilarity, ou índice de dissimilaridade). Ambos se podem apresentar em forma absoluta ou relativa. Métodos mais elaborados, como o índice de Gini, também podem ser utilizados (UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO; NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE, Op.cit.).

Frisam Nunes et al. (2001, p. 39-40) que, quando se trata de medir desigualdades em saúde, diversas dimensões podem ser abordadas: podem-se medir os determinantes de saúde, o padrão de morbimortalidade e as diferenças das respostas sociais dadas aos problemas de saúde. Esta última abordagem inclui aspectos atinentes ao acesso, à utilização, à qualidade dos serviços e ao financiamento do sistema.

É importante, em estudos que quantificam aspectos de saúde, definir indicadores a serem utilizados. É sempre preferível que sejam facilmente obteníveis, confiáveis e que permitam cálculos simples. Neste estudo, a proposta de utilizar internações para cirurgias, partos e consultas médicas, em função de renda e educação, quando possível, pode ser viabilizada através de dados anualmente publicados pelo SIA/SUS/DATASUS e pelo PNAD/SAÚDE. Dados sobre renda e financiamento podem ser obtidos do MS e POF (NUNES et al., Op. cit., p. 46-47). Outros dados úteis podem, ainda, ser obtidos de diversas outras fontes, tanto publicadas anual como ocasionalmente.

Nunes et al. (2001, p. 48-49) sugerem que, para cada parâmetro estudado, sejam obtidos três valores:

O valor observado no estado da federação que apresente, naquele parâmetro, o melhor nível;

A média nacional;

O menor valor observado em cada macrorregião.

De posse desses e doutro dados relevantes, podem ser calculados os seguintes índices: ranking, razão entre taxas (RT, uma medida de risco relativo), risco atribuível populacional (RAP, que é a diferença relativa proporcional entre cada uma das unidades em análise e um valor de referência arbitrado), índice de efeito (coeficiente de regressão – é a inclinação da reta de regressão obtida pelo cruzamento entre um indicador de nível socioeconômico e um indicador de saúde), índice de dissimilaridade (diferença entre a distribuição obtida e a esperada para que toda a população, com relação ao aspecto estudado, apresentasse o mesmo risco), curva e índice de concentração, que é uma medida de distribuição e concentração de bens específicos com relação a outros (NUNES et al., 2011, p. 46-51).

## **2.4 Justiça como equidade e distribuição social dos determinantes da saúde**

Hoje, não é mais possível compreender saúde como um bem social estanque, passível de ser gozado por um grupo, ao passo que os semelhantes dele não

disponham. A saúde é, pelo menos, um bem global, e assim deve ser tratada. Saúde é um bem indivisível, e já vai longe a época em que se acreditava não estarem, todos os seres humanos, vinculados por um destino comum. Vivemos todos no mesmo planeta e, se globalizados riscos e agressões à saúde, seu controle passa a ser tão importante local quanto universalmente. A globalização se faz tão inafastável positiva, quanto negativamente, caso em que aumentará a prevalência de doenças controláveis internamente, porque seu controle foi perdido, ou reduzido, pela ausência de providências externas de controle de riscos à saúde (BERLINGUER, Op. cit.). Adiante, voltaremos a este tema: para quem, tout court, considere ser a saúde um bem, não há óbice em admitir que um grupo humano dele goze, ao passo que, a outro, venha o mesmo a faltar. Se é, de fato, um bem, desigualdades (e não iniquidades) em saúde derivariam até “naturalmente” de sua desigual distribuição.

Para quem, ao oposto, a tenha como um direito, resta inaceitável a iniquidade em saúde, entendida aqui como “o resultado da injusta distribuição de fatores socialmente controláveis que afetam a saúde da população, assim como sua distribuição” (DANIELS, Op. cit., p. 101). Tradução livre do autor.<sup>38</sup>

Ou, para lembrar as palavras de Michael Marmot no relatório final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde acerca de Redução de desigualdades no período de uma geração:

Em países de todos os níveis de rendimento, a saúde e a doença seguem uma gradação social: quanto mais baixa a posição socioeconómica, pior o estado de saúde.

Não é obrigatório que assim seja, nem é correcto que o seja. Onde as diferenças sistemáticas na saúde são entendidas como contornáveis através de acção razoável, são, pura e simplesmente, injustas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. RELATÓRIO FINAL, 2010)

Dáí o relevo de que saúde seja encarada como um direito fundamental difuso de segunda geração. E Daniels (2009, p. 102) superajunta, afastando o moderno

---

<sup>38</sup>No original: the result of an unjust distribution of the socially controllable factors affecting population health and its distribution.

foco dado pela mídia às grandes descobertas da ciência, como causa de melhora da saúde da população:

O público, encorajado pelos cientistas e pela mídia, é fascinado por cada nova descoberta biomédica e passou a acreditar que nosso “sucesso” em melhorar a saúde da população é inteiramente ou em grande parte o resultado da ciência exótica. Vastos interesses econômicos se beneficiam de manter o público e o campo da bioética voltados para esse cenário. ... A ideia de que a medicina científica é responsável pela nossa saúde nos cega para a desigualdade socioeconômica como fonte de piora da saúde da população. Portanto, todos devemos nos unir para apoiar o foco na medicina e, se nos preocupamos com a justiça, no acesso equitativo de todos aos seus benefícios. Porém, desafiar as desigualdades mais profundas na sociedade ameaça aqueles com maior poder, e que têm mais a perder. É uma ideia afastada da uniformidade e da unificação. Tradução livre do autor.<sup>39</sup>

Ações eficazes de saúde devem ser voltadas a alterar determinantes sociais de saúde. A eficácia, medida como extensão da população atingida pelos benefícios (e, aqui, servimo-nos da palavra benefícios apenas por ser clássica, pois é preferível que se fale de direitos), aumenta na razão direta das ações que se voltam à alteração positiva de renda e educação. Ademais, ações de saúde devem buscar, se possível, a escala global, daí a razão do envolvimento, na questão, de numerosos organismos internacionais. Formadores de opinião devem ser envolvidos, tanto local, quanto regional e internacionalmente. Incluem-se neste grupo líderes de governo, acadêmicos de relevo, líderes associativos de organismos internacionais e de organizações locais, regionais, ou de cunho nacional, inclusive as de caráter político-partidário (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. RELATÓRIO FINAL, 2010, p. 206-207)

Não há possibilidade de criação, nem de gestão, de políticas públicas eficazes de saúde, principalmente as que se vierem a debruçar sobre as alterações da distribuição de determinantes de saúde, sem que resistências diversas sejam

---

<sup>39</sup>No original: The public, encouraged by scientists and the media, is fascinated by every new biomedical discovery and has come to believe that our “success” in improving population health is entirely or largely the result of exotic science. Vast economic interests benefit from keeping the public and the field of bioethics focused on this scenario. ... The idea that scientific medicine is responsible for our health blinds us to socioeconomic inequality as a source of worse population health. Therefore, we should all unite in supporting a focus on medicine and, if we care about justice, on the equitable access of all to its benefits. Challenging deeper inequalities in society, however, is divisive, not unifying, and it threatens those with the greatest power and the most to lose.

enfrentadas ou vencidas. Isto não pode ser feito por esforço individual. Exige organizado esforço conjunto, porque o status quo, nas sociedades capitalistas, é derivado de um delicado e dinâmico equilíbrio. Daí o porquê de a Organização Mundial da Saúde, para que se reduzam desigualdades estruturais no prazo, relativamente curto, de apenas uma geração, recomendar a adoção das seguintes medidas:

#### **2.4.1 Primeiro objetivo da OMS: Quantificar o problema e avaliar o impacto das ações.**

É relevante entender a desigualdade em saúde como um problema que pode, e deve, ser minimizado. Os governos nacionais devem promover mensuração comparativa do nível de qualidade de vida local com aquele da comunidade internacional, de maneira a poderem balizar adequadamente as ações e programas de políticas públicas voltadas aos determinantes sociais da saúde. Para isto, é preciso formar localmente recursos humanos, tanto na área de planejamento e gestão, quanto na área de prestação de serviços assistenciais. Também é necessário criar e manter sistemas estruturados, amplos e interligados de dados em saúde pública, que possam acessar sistemas de registros cíveis, importando e analisando os dados lá existentes. Evidências são, assim, estudadas quando geradas, sendo mantido o modelo que as analisa. Com tais dados, surgirá e se há de manter, um sistema de vigilância de igualdade na saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. RELATÓRIO FINAL. p. 163-172 e, ainda, 187-204).

Implementação, prática, observação da realidade e análise dos dados darão suporte a um sistema de retroalimentação capaz de manter os determinantes sociais de saúde sempre em foco na agenda política, em seus diferentes programas, sob distintas abordagens (UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO; NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Op. cit.).



#### **2.4.2 Segundo objetivo da OMS: Abordar a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos.**

Evidentemente, a elevada concentração de poder nas mãos de uns poucos indivíduos (ou, mais provavelmente, grupos), é um dos mais importantes fatores que levam à manutenção, a longo prazo, do status quo. Este é, também, um dos fatores de mais difícil enfrentamento. Dividir as decisões sobre saúde ou sobre igualdade na saúde é o objetivo. Mas é difícil obter coerência de grupos políticos na consecução das diversas políticas, daí porque se faz necessário avaliar conjunta e continuamente todas as políticas públicas, de maneira a evitar a desestruturação dos avanços obtidos numa pela implementação de outra. A Organização Mundial da Saúde também entende ser o setor político da saúde o espaço adequado para o estabelecimento de estruturas que permitam ações sobre os determinantes sociais da saúde, sob coordenação do ministro da área, em cada país.

O financiamento para tais ações deve ser, preferentemente, público. Quanto mais o gasto com saúde é deixado exclusivamente ao encargo dos particulares, tanto menor é a expectativa de vida ao nascer. Em países onde o fluxo de impostos é insuficiente para sustentar o financiamento público de ações em saúde, a ajuda financeira internacional deve ser implementada, buscando reduzir a pobreza, através do cumprimento de acordos internacionais, até a meta de 0,7% do PIB (Produto Interno Bruto) dos países doadores (OCDE, Acordo de Paris, 1969). Por fim, é necessário distribuir equitativamente os recursos financeiros disponíveis sobre as diferentes regiões geográficas e os distintos grupos sociais de cada país (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. RELATÓRIO FINAL, p. 126-139).

#### **2.4.3 Terceiro objetivo da OMS: Melhorar a qualidade de vida da população.**

Isto inclui melhorar a qualidade de vida e alimentação de gestantes e nutrízes e viabilizar atendimento de qualidade a todas as crianças na primeira infância, independentemente da condição financeira de suas famílias. Ofertar educação

primária e secundária, compulsória e de qualidade, a todos os meninos e meninas. Prover igualdade desde o início é uma das melhores maneiras de se projetar uma vida igualitária no futuro. Ainda: elaborar e manter programas de redução da pobreza rural, reduzindo o êxodo para as grandes cidades. Controlar o planejamento urbano. Melhorar a quantidade e qualidade das habitações. Restringir ou, pelo menos, minimizar o número de locais de venda de bebidas alcoólicas. Garantir que as políticas sociais voltadas a alterações climáticas prevejam, de forma igualitária, a redução dos agravos à saúde por elas criados. Elaborar e manter políticas de trabalho e emprego plenos, seguros e justamente remunerados. Aumentar a proteção social ao longo de todo o ciclo vital, através de programas de erradicação do trabalho precário. Permitir o acesso eficaz e universal a cuidados de saúde (Id., p. 3-9).

### **3. A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL SOCIAL E A TEORIA DA JUSTIÇA DISTRIBUTIVA EM SAÚDE NA OBRA DE NORMAN DANIELS**

#### **3.1 Saúde como direito fundamental difuso de segunda geração**

Que é saúde? Esta aparentemente simples pergunta teve respostas distintas, ao longo do tempo, e tais respostas orientaram e orientam a conduta humana acerca da questão. Aristóteles (2009, p. 304-306) sustenta que o fim das ações humanas é a felicidade. Para ele, o fim da arte médica é a saúde. Pólibo, discípulo e genro de Hipócrates, parece ser comprovadamente o autor do tratado sobre A Natureza do Homem, texto que costuma ser atribuído ao primeiro. Neste, sustenta, no quarto parágrafo, que a saúde deriva de um equilíbrio proporcional e quantitativo derivado da mistura de sangue, fleuma, bile amarela e bile negra. Em sua falta, ou quando em excesso, o homem adoece (CAIRUS, 2005, p. 43).<sup>40</sup>

Conceitos de saúde que se mesclavam a aspectos religiosos estão presentes em diversas culturas. Era assim no antigo Egito, mas judaísmo, cristianismo, seitas orientais e culturas indígenas, todas trazem também presentes normativas religiosas que buscavam preservar aspectos de saúde relevantes a seus povos (SCLIAR, 2007, p. 30-32).

Paracelso, no século XVI, foi dos primeiros a afirmar que as causas das doenças são externas ao organismo e, por isto, impunha-se tratar doenças com o uso de substâncias químicas (Id., p. 33). Daí em diante, houve enorme e rápida sucessão de contribuições, estabelecendo-se firmemente a ideia de que saúde seria a ausência de doenças.

A Constituição da Organização Mundial da Saúde, assinada a 22 de julho de 1946 e que entrou em vigor a 7 de abril de 1948, fixa uma definição principiológica, dizendo que “saúde é um estado de completo bem-estar, físico, mental e social, e não meramente a ausência de doenças ou enfermidades”. E estabelece princípios adicionais relevantes, frisando que “o gozo do mais elevado standard possível de

---

<sup>40</sup> Esta é geralmente conhecida como a teoria dos quatro humores de Hipócrates mas, assim como a autoria não é deste último, a palavra humor também não aparece no texto, a não ser no último parágrafo (CAIRUS, 2005, p. 43).

saúde é um dos direitos fundamentais de cada ser humano, sem distinção de raça, religião, crença política, econômica ou condição social” e “o desigual desenvolvimento dos diversos países na promoção da saúde e controle de doenças, especialmente doenças comunicáveis, constitui um perigo comum” (WHO, 2018).

Esta, por ser uma definição de trabalho, sofreu e sofre muitas críticas: dizem-na utópica, inoperável. Considerando ser comum, entre os seres humanos, a perseguição de objetivos, sem cujo atingimento não se sentem satisfeitos, e tendo ainda em conta que, atingidos, são logo substituídos pelo objetivo seguinte, e assim por diante, poder-se-ia considerar, face à exigência de completo bem-estar na definição de saúde, ser esta, de fato, inatingível (SÁ, 2004, p. 15). Haveríamos, então, passado de um século XIX, onde haveriam coexistido indivíduos saudáveis, por ausência de doenças, ao lado de outros, doentes, a um século XX, onde todos seriam doentes, porque insatisfeitos, em algum aspecto...?

Certo é que, se a proposta pela OMS, pouco científica, é mera definição de trabalho, permitiu no entanto que se renovasse o interesse sobre o tema, fazendo surgir outros aspectos hoje relevantes:

Segre e Ferraz (1997) sustentaram que “saúde é um estado de razoável harmonia entre o sujeito e sua própria realidade”. Crêem necessária uma abordagem antipositivista e mais humana das relações sociais, aqui incluídas as atividades dos profissionais de saúde.

Sartorius (2006, p. 662-664) frisa que, sem embargo daquela defendida pela OMS, atualmente se podem utilizar três definições de saúde: a primeira é a de ausência de doença ou limitação. Trata-se de uma definição que tem emprego restrito, porque, neste andar, apenas os médicos podem dizer se alguém é, ou não, doente. É, contudo, definição útil à saúde pública, permitindo classificar, mapear e desenvolver estatísticas. A segunda refere que saúde é um estado que permite a um indivíduo satisfazer adequadamente todas as demandas de sua vida diária. Esta definição pode ser reduzida à primeira, pois presume ausência de doença e de limitação, que a primeira estatui. A última é a de que saúde é um estado de equilíbrio, que um indivíduo haja estabelecido internamente, e ainda com seu meio

social e físico. O significado da promoção e recuperação da saúde é, neste caso, muito distinto da mera busca de tratamento da doença.

No âmbito desta última definição, muito mais ampla do que a primeira, ou a segunda, para dizer se alguém está, ou não, doente, não bastarão exames de laboratório, de imagem, ou de qualquer outra natureza. Há que se verificar como se dá a reação do indivíduo com seu entorno, e até mesmo com os processos biológicos que lhe comprometem o funcionamento; se há um esforço para enfrentar adversidades; se conta com apoio e com família; se há bom relacionamento, com amigos, com terceiros; se mantém o trabalho, as atividades pessoais; se há atividades terapêuticas, prática de esportes; se segue hábitos de higiene; se detém condições próprias de recuperação, e se a esperança se lhe mantém, como foco de sua existência e de suas atividades. Aspectos psicológicos, relativos ao funcionamento do indivíduo, sobrelevam, nesta definição.

É de lembrar que, na Carta de Ottawa, de 1986, a Organização Mundial da Saúde giza que, para que seja possível tratar-se de promoção da saúde, o indivíduo deve dispor, antecipadamente, de condições que são ali enumeradas: moradia, educação, alimentação, certa renda, um ecossistema estável, uma extensão durável de recursos, acesso a justiça social e a um tratamento equânime. E superajunta que boa saúde é um inestimável recurso para que haja desenvolvimento econômico, social e individual. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, comportamentais, biológicos e ambientais podem favorecer ou dificultar a promoção da saúde. A mediação e a promoção da saúde implicam repartição de responsabilidades entre governos, organizações não governamentais, grupos profissionais, sociais e familiares. Programas e estratégias de promoção de saúde devem-se adaptar aos locais onde são postos em prática, e aos recursos ali existentes (OMS, 1986).

Além disto, em 2000, o Alto Comissário para Direitos Humanos da ONU divulgou a Observação Geral n.º 14/2000, na qual reconhece grande amplitude do direito à saúde, mediante a vigência do art. 12.1 da International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, que estabelece o direito de cada qual de

gozar do mais alto nível de cuidados físicos e mentais que lhe possam ser providos.<sup>41</sup>

Nesta linha de pensamento, sustentou, posteriormente, Alexy (2008, p. 499) que os direitos fundamentais sociais, gênero de que o direito à assistência à saúde é espécie, são direitos individuais em face do Estado, através dos quais é possível obter prestações expressamente previstas na Constituição. Outros direitos de mesmo naipe são, por exemplo, o direito à moradia, ou o direito à educação.

Relevante notar que se fala em direito à assistência à saúde, e não em direito à saúde. Daniels (2009, p. 145) frisa que a expressão direito à saúde é passível de confusão e tem, evidentemente, significado muito mais amplo do que a expressão direito a cuidados de saúde ou direito a assistência à saúde. Pondera que seu pensar evoluiu, desde a inadmissão de um direito à saúde (admitindo, à época, apenas um direito a cuidados de saúde), para a admissão deste direito. Explica que, inicialmente, cria impossível um direito à saúde, porque os indivíduos tratam distintamente de seus próprios corpos: assim, enquanto uns têm bons hábitos, praticam esportes e fazem dietas, outros fumam, bebem, são obesos, sedentários, ou usam drogas ilícitas. Como seria possível, nessas condições, que o todo se houvesse de responsabilizar pelos prejuízos autoinfligidos por alguns?<sup>42</sup> Posteriormente, seu pensamento evoluiu, para admitir um direito à saúde, entendido como o direito de indivíduos, ou grupos, ou da sociedade como um todo, designando certas instituições para tanto e desejando distribuir certos bens de determinada

---

<sup>41</sup>No original: ... the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health.

<sup>42</sup> Nos Estados Unidos, a saúde não era, e não é até hoje, vista como direito fundamental. Mas é de se ponderar que, se é admitido um direito a cuidados de saúde, na extensão necessária a sua recuperação, em muitos casos as ações relativas ao mais amplo direito à saúde podem ser até mais baratas, e mais efetivas, do que as limitadas ao tratamento dos males advenientes de comportamentos, eleitos pelos indivíduos e praticados ao longo de toda uma vida, isto é, o direito à saúde pode ser – e muitas vezes é – mais efetivo do que o mero direito aos cuidados de saúde. Em muitos casos, ou na maioria deles, doenças crônicas não têm cura; têm compensação. Hoje, a cura, entendida como afastamento completo da doença, só pode obtida em algumas doenças cirúrgicas e nas doenças infecciosas, estas à custa de antibióticos. Significa isto que, na maioria das vezes, é mais barato obter resultados à custa de programas de prevenção do que ante o tratamento das doenças estabelecidas. Constituem bons exemplos os casos do fumo e do uso de álcool, onde os programas preventivos são mais eficazes e baratos do que os custos dos tratamentos de câncer, enfisema, ou cirrose.

maneira, executarem ações para os fins de promover, manter ou restaurar sua saúde, ou oporem-se a ações que, com ela, venham a interferir. Vale dizer: há necessidade de se definirem prioridades em saúde, porque recursos limitados sempre hão de constranger necessidades médicas, e estas não devem ser entendidas como um poço sem fundo (DANIELS, 2001, p. 4). Nada obstante, Daniels esclarece que, apesar de reconhecer aos indivíduos o direito de terem suas necessidades de saúde atendidas, não as vê como direitos fundamentais de primeira linha.<sup>43 44</sup>

No Brasil, a saúde como direito fundamental está claramente caracterizada, formal e materialmente: resta inscrita na Constituição Federal<sup>45</sup>, as normas a ela aplicáveis são submetidas a procedimentos agravados para sua modificação (limites formais) e seu conteúdo vincula indivíduos e instituições públicas ou particulares. Além disto, sua relevância como bem jurídico dá a medida de sua fundamentalidade material (SARLET, 2006, p. 3-4). Restam, então, universalmente impostas ao Estado a concretização de políticas públicas voltadas à promoção e à proteção da saúde, bem como, aos indivíduos, reconhecido o direito prestacional correspondente, de obter atendimento de saúde, não apenas médico, mas de outras profissões envolvidas com o atendimento à saúde, e ainda hospitalar, farmacêutico e do mais que necessário seja à concretização deste direito.

---

<sup>43</sup> Charles Fried (1980) sustentou, ao oposto, que admitir as necessidades de saúde como direitos fundamentais representaria entrar num verdadeiro poço sem fundo. Nenhum outro objetivo social poderia ultrapassá-las, pois são infindáveis.

<sup>44</sup> Peña Freire (2016, p. 257-266), embora reconheça que o modelo mais aproximado de direito social da saúde é o modelo brasileiro, porque o direito está constitucionalizado e garantido pelo poder judiciário, discorda da classificação, entendendo que, nesta teoria, há pressuposição de que a comunidade é uma forma de associação na qual cada indivíduo deve apoio aos demais, para que cada um se possa desenvolver como pretende. É também a teoria de Rawls. Mas não é a única. Há teorias que, em que pese verem aos indivíduos como hábeis a cooperarem entre si, não entendem a sociedade como um projeto comum orientado ao bem estar de todos. Segue-se que a definição dos compromissos sociais, econômicos e financeiros que o todo deva fixar para com os indivíduos que o compõe passa a ser uma questão política, exigindo voz a partir de representação legislativa, e não decisões jurisprudenciais. É a sociedade, e não o judiciário, que deve decidir se deseja aplicar em tratamento, recuperação, ou prevenção, e quanto, quando e como, em cada qual. A judicialização, a seu ver, não é boa solução para direitos sociais, não erradica a pobreza e não logra satisfazer necessidades básicas para todos.

<sup>45</sup> Constituição Federal de 1988, arts. 196 até 200.

Frisa ainda Sarlet (2006, p. 11), que a norma do art. 5.º, I, da Constituição Federal é uma norma-princípio, verdadeiro mandado de otimização, exigindo do Estado seu cumprimento, dali extraindo a maior eficácia e efetividade que sejam possíveis. Não é norma programática, não estando à espera de qualquer tipo de regulamentação, de resto já existente. A acolhida dessa norma, vinculada à proibição de retrocesso, permite que se busque a melhora do atendimento, em grande extensão de aspectos. Embora existentes limitações fáticas (reserva do possível) e jurídico-legislativas (reserva parlamentar em matéria orçamentária), ainda assim ter-se-á caminho para solução dos problemas postos, ou que venham a surgir, mesmo que se considere que o tema é área de atuação, por excelência, das políticas públicas existentes (Id., p. 17) ou ainda por desenvolver, na medida de necessidades regionais e à vista de um povo pobre e desprovido de recursos, como sói ser o povo brasileiro.

### **3.2 Importância moral da saúde na obra de Norman Daniels**

Daniels (2009, p. 46; 51-62; 140-142) vê a saúde como um bem de importância moral, porque protege o funcionamento normal dos indivíduos, resguardando, com isto, suas oportunidades. Se o proteger as necessidades de saúde de um indivíduo representa proteger-lhe oportunidades normais, isto é, aquelas que a vida aleatoriamente dá a todos, então existe uma obrigação social, que deve ser cumprida pelo Estado, de proteger e promover a saúde de todos. Isto remete ao acesso universal ao tratamento de doenças, agudas e crônicas.

O sistema deve prover acesso igualitário, pelo menos a cuidados agudos. Esta é, efetivamente, a tônica de muitos sistemas, não apenas do ponto de vista de Daniels, como de muitos outros teóricos da saúde. O acesso igualitário a cuidados de saúde coloca os indivíduos agudamente atingidos, à luz do estado da arte, em condições de participação na sociedade novamente. Mantém-nos afastados pelo menor tempo possível e preserva, com isto, suas oportunidades. Porém, nem todos os indivíduos se hão de recuperar, por melhores que sejam os cuidados a que submetidos. Isto tem a ver com a natureza de suas doenças, com a extensão e o tipo de lesões ou comprometimentos que apresentem, e até mesmo com o tempo



transcorrido entre o início de seus sinais e sintomas e sua apresentação a uma instituição própria a seu atendimento. O fato é que, qualquer que seja a causa, nem todos se hão de curar.

Daniels (Op. cit., p. 147-148) sustenta, em face disto, que a obrigação estatal de pleno atendimento e fornecimento de cuidados se mantém para com os portadores de incapacidades. Com isto, restará ampliado o leque de serviços a serem providos: o fornecimento de próteses (braços ou pernas mecânicas para amputados, por exemplo) e órteses (óculos, lentes de contato, palmilhas, cadeira de rodas, etc.) deve ser efetuado pelo sistema, porque estes insumos também auxiliam no resguardo das oportunidades dos atingidos.<sup>46</sup> A discussão acerca de qual será o critério utilizado para definir o tipo de equipamento a ser fornecido (uma perna mecânica simples, ou uma com controle assistido pelas ondas cerebrais do usuário, para citar um avanço recente da biomecânica, ainda não em uso clínico? Uma cadeira de rodas comum ou uma motorizada?) deve ser regida pela lógica, pelas possibilidades financeiras do sistema, e variará em cada local.

Serviços de fisioterapia, recuperação, apoio, saúde mental, psicologia, psiquiatria, inclusive do trabalho, ergonomia, e outros próprios à espécie devem participar do sistema, e os assistidos a eles devem ter amplo acesso, com total cobertura financeira de suas necessidades. Ademais, e pela mesma razão, deve o Estado insistir em programas de recuperação, readaptação e aproveitamento de portadores de incapacidades, adequando-os a funções que podem, ainda, exercitar. Empregadores devem ser instados a oferecer postos de trabalho, em seus empreendimentos, para incapacitados, como uma forma de resguardar suas oportunidades (Ibid., p. 148).<sup>47</sup> Locais de trabalho e espaços públicos devem

---

<sup>46</sup> Aqui a distinção é clássica: próteses substituem órgãos ou membros, assumindo-lhes a função. Órteses apenas se agregam ao corpo, melhorando a função de órgãos ou membros existentes.

<sup>47</sup> No Brasil, consoante disposição do art. 93 da lei n.º 8.213, de 24 de julho de 1991, empresas com mais de cem empregados estão obrigadas a contratar deficientes físicos para preenchimento de 2% a 5% dos cargos disponíveis. Trata-se de uma ferramenta inclusiva, que se insere no objetivo geral de resguardo de oportunidades para quem tenha sido atingido, em certo grau que comprometa, mas não inviabilize, o exercício profissional.

também ser alterados, para incluir acomodações razoáveis para incapacitados (Ibid., p. 148).<sup>48</sup>

No entanto, para apresentar justa distribuição, a saúde não se limitará ao tratamento da fase aguda e eventual recuperação de incapacidades. Dever-se-á ainda preocupar com aspectos preventivos, que reduzem o risco de se venham a apresentar doenças e tratar, na medida do possível, de distribuir os riscos de que tal ocorra (Ibid., p. 141-144).

São aspectos distintos da prevenção. Alguns estão fora do campo da própria saúde, inserindo-se em outras áreas da vida em sociedade. Explica-se: para que haja redução do risco de doenças, o Estado há de trabalhar igualmente, a favor de todos. Quando, por exemplo, se estabelece um programa de tratamento de água, seja ele executado diretamente pelo executivo, seja por alguma autarquia que o assuma, todos, na região de distribuição do serviço, se beneficiam igualmente da prevenção de doenças que, caso contrário, poderiam ser transmitidas por sua eventual contaminação. O mesmo ocorre quando se estabelecem, para as grandes fábricas, obrigações de instalação de filtros que reduzam a poluição do ar.

Contudo, quando se instalam esgotos, os benefícios preventivos daí decorrentes são mais importantemente sentidos por aqueles que habitam a microrregião, e não há dúvida da relação existente no país entre presença de esgotos e classe social habitante da região onde se encontram. A este respeito, o Brasil apresenta imensa desigualdade social: 72% da parcela da população brasileira que pertence às classes A e B, têm acesso a serviço de esgoto. Em contraponto, na classe E este acesso cai para 30,64%. Quando os cálculos são efetuados por domicílios, e não por indivíduos, em relação à classe social de seus ocupantes, tais números, bem como as conclusões já expendidas, em quase nada restam alterados (ANDRADE, 2015, p. 12). Em tais casos, a redução de riscos de

---

<sup>48</sup>A acessibilidade universal, tanto em prédios públicos como em edificações privadas de uso coletivo, está prevista, no Brasil, no Decreto-lei n.º 5.296, de 02 de dezembro de 2004. Normas adicionais para construção de espaços privados e públicos próprios a vários tipos de incapacitação vieram a lume através do Decreto n.º 9.296, de 1.º de março de 2018, que regulamentou o art. 45 da lei n.º 13.146, de 06 de julho de 2015 – Estatuto da pessoa com deficiência.

doenças não se faz igualmente para todos; é maior nos domicílios que são supridos pelo serviço.

Neste ponto, é importante deixar claro que, em saúde pública, há riscos cuja distribuição não pode ser equalizada. Por exemplo: não há dúvida de que serão maiores os riscos de apresentar antracose entre mineiros de carvão; ou de apresentar asbestose, quando se é trabalhador da indústria do amianto (BRASIL, 2016). Porém, quando uma campanha solidifica uma disposição legal, como a da Lei n.º 9.503/97, art. 65 – Código de Trânsito Brasileiro - impondo o uso de cinto de segurança no trânsito para todos, os riscos de eventual trauma estarão sendo igualmente distribuídos. Como se evidenciou, não é possível, em todos os casos, equalizar a distribuição dos riscos para todos.

### **3.3 Importância da alocação criteriosa de recursos econômicos em saúde**

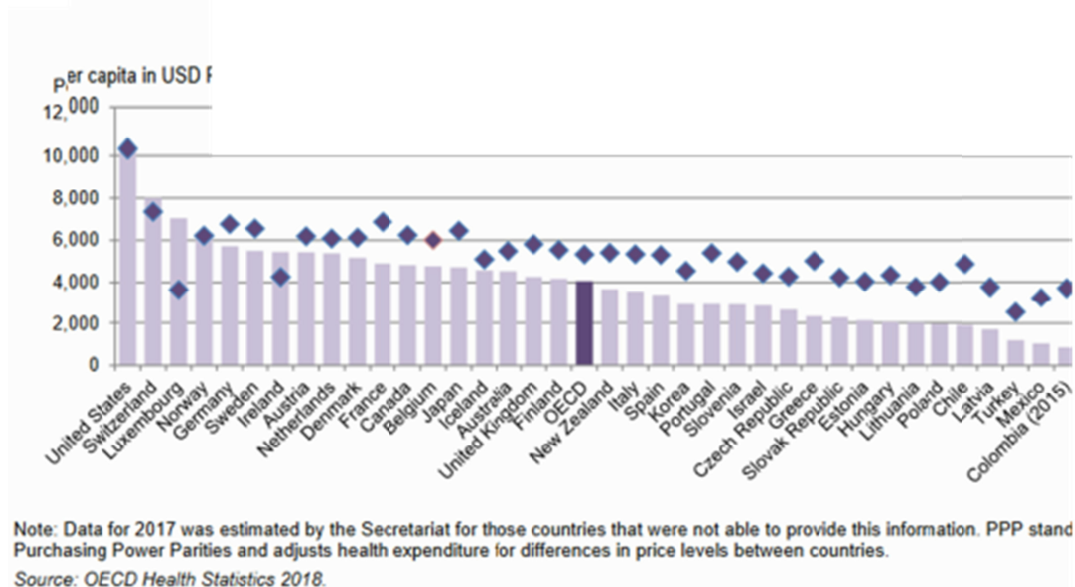
Quando se trata de gastar, para investir em saúde, mais do que gastar muito, o importante é gastar bem. E gastar bem significa saber onde, quando e como gastar. Às vezes, mais até do que quanto. Acima se demonstrou que diversos determinantes sociais da saúde apresentam decisiva influência sobre os resultados de programas meramente dirigidos a tratamentos de saúde. Mensurados adequadamente, e estabelecidas democraticamente prioridades, políticas públicas dirigidas a sua melhor e maior distribuição terão, muitas vezes, melhores resultados do que programas meramente dirigidos a cuidados terapêuticos em saúde, por mais amplos que estes possam ser. As dificuldades, no entanto, residem em que tudo deve ser feito, tanto na área de políticas públicas voltadas à melhoria, lato sensu, dos determinantes sociais da saúde, quanto na área de prevenção, tratamento e recuperação da saúde, ao mesmo tempo, e em função das diferenças regionais, norte a ser sempre seguido, na espécie.

Nesta acepção, gastar muito não significa necessariamente gastar bem. A Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE ou OECD) publicou recentemente sua análise periódica acerca de gastos em saúde. Frisou que, após a crise econômica pela qual passou principalmente a Europa, e cujos

reflexos ainda se fazem sentir no Brasil, pela primeira vez houve aumento médio de 3,4% nos gastos anuais em saúde. Antes de 2009, ano em que o comprometimento econômico se fez sentir mais significativamente, contudo, o aumento médio de tais gastos situava-se entre 4 a 6% ao ano. Países desenvolvidos, com elevado IDH, como Canadá, Holanda e Nova Zelândia (IDHs respectivamente 0,926; 0,931 e 0,917 – UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME, 2018) ainda projetam redução de seus gastos na área para 2017 e 2018 (OECD, 2018, p. 1).

Em 2016, o consumo médio de bens e serviços em saúde, segundo a OCDE, ficou em torno de 8,9% do Produto Interno Bruto (PIB). Os Estados Unidos se mantêm como o país que, em números absolutos, mais gasta em saúde no mundo (17,2% do seu PIB, o que representa cerca de dez mil dólares per capita ao ano), seguidos de Suíça e França, ambos com pouco mais de 11% dos respectivos PIBs. Quando gastos em saúde são apresentados per capita, os primeiros quatro lugares ficam com Estados Unidos, Suíça, Luxemburgo e Noruega, todos com gastos em saúde superiores a seis mil dólares per capita ao ano. Na outra ponta, todos gastando algo ao redor de mil dólares per capita/ano, o que representa 6%, ou menos, de seus respectivos PIBs, encontram-se Turquia, México e Colômbia (Id., 2018, p. 2).

Os gastos em saúde de vários países partícipes da OCDE estão expressos na figura 1:



**Figura 1 Gastos em saúde de diversos países, per capita, em dólares americanos PPP, 2017**

Fonte: OCDE, Estatísticas de saúde, 2018

Um exame limitado aos dados da OCDE levaria o observador a teorizar que as maiores frações dos respectivos PIBs são gastas, em saúde, pelos países ricos. Tal, no entanto, não se dá. Examinem-se, em comparação, dados da Organização Mundial da Saúde, bem como dados do Banco Mundial e da Organização das Nações Unidas, expressos na tabela 1, que apresenta os gastos em saúde dos cinco países que maior fração de seu produto interno bruto despendem, com seus PIBs respectivos e seu índice de desenvolvimento humano:

**Tabela 1 - Gastos atuais em saúde, como percentagem do PIB (% PIB), em comparação com índice de desenvolvimento humano (IDH) e com o próprio PIB (PPP, em dólares internacionais), 2015.**

| País           | PIB (PPP, US\$)       | Gastos em saúde<br>(% PIB) | IDH   |
|----------------|-----------------------|----------------------------|-------|
| Ilhas Marshall | 206.842.360,30        | 22,1                       | ...   |
| Serra Leoa     | 10.128.385.557,40     | 18,3                       | 0,413 |
| Estados Unidos | 18.120.714.000.000,00 | 16,8                       | 0,920 |
| Libéria        | 3.722.135.735,40      | 15,2                       | 0,432 |
| Tuvalu         | 40.054.511,20         | 15,0                       | ...   |

Fontes: PIB: Banco Mundial, 2015; Gastos em saúde: Organização Mundial de Saúde, 2015; IDH: Organização das Nações Unidas, 2015. Elaboração do autor.

Verifica-se, com facilidade, que, dentre os cinco países que maior fração de seu PIB despendem, no mundo, em saúde, apenas os Estados Unidos, que gastam 16,8%, apresentam um IDH elevado e um PIB que ultrapassou, em 2015, em dólares internacionais PPP<sup>49</sup>, os 18 trilhões de dólares. Os demais são economias de dezessete a mais de quatrocentas mil vezes menores do que a americana, cujos IDHs os situam como de mais baixos graus de desenvolvimento do planeta, estando a Libéria situada em 177.º lugar e Serra Leoa ocupando a 181.ª posição. Isto significa que, muito pobres, são forçados a despende grande parcela de seus produtos internos brutos para satisfazer suas necessidades mínimas, ainda assim pobremente atendidas.

O Brasil também não participa da OCDE, embora postule sua inclusão. Consoante a Organização Mundial de Saúde (2017), o país gasta em saúde 8,9% de seu produto interno bruto. Recentemente, a Agência Brasil anunciou que o gasto em saúde aumentou, chegando a 9,1% do PIB, aqui incluídos gastos privados e públicos. Contudo, o relatório Aspectos fiscais em saúde, há pouco publicado pelo Tesouro Nacional, refere que o país gasta, diretamente, em saúde pública, apenas 3,8% do PIB<sup>50</sup>, o que o coloca próximo à média da América Latina e Caribe (3,6%), mas em patamar inferior à média da OCDE, que é de 6,5%. O baixo gasto público em saúde restou justificado pela pirâmide etária nacional, onde prevalecem os jovens, quando em comparação com aquela dos países da entidade cooperativa (BRASIL, TESOURO NACIONAL, 2018, p. 2; IBGE, 2015). Já a proporção de idosos nos países da OCDE é de 16,2%, ao passo que, no Brasil, atinge apenas 8,0%. Para 2027, o IBGE projeta que idosos corresponderão a 12,3% da população no Brasil (IBGE, 2018).

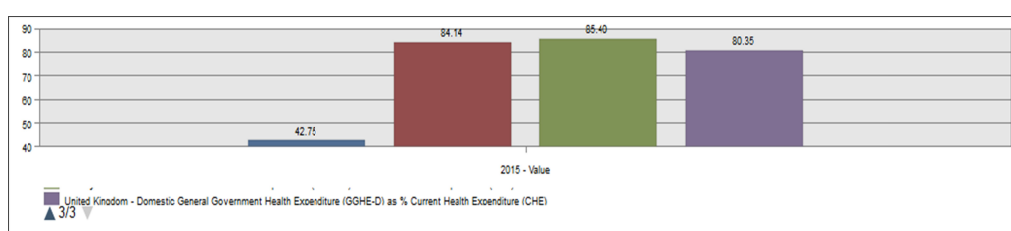
Interessante observar, ainda com fulcro em dados da Organização Mundial da Saúde, que o Reino Unido, país que reconhecidamente conta com um dos melhores sistemas de saúde do mundo, gasta 9,9% de seu PIB em saúde. Cuba, Dinamarca e

---

<sup>49</sup> Purchasing power parity data, um sistema que equaliza valores, eliminando diferenças temporais e geográficas, a fim de permitir comparação entre produtos internos brutos de diferentes países, ao longo do tempo.

<sup>50</sup> Segundo o IBGE, o gasto público atual em saúde no Brasil é de 3,9% do PIB (IBGE, 2015).

Noruega, cujos sistemas de saúde estão centrados, o primeiro, em forte prevenção, e os demais também em atendimento de elevado padrão, todos situam seus gastos na casa de 10% dos respectivos PIBs (WHO, 2017). Muitos focam a maior distribuição do financiamento dos serviços de saúde nos gastos públicos, como se pode verificar da figura abaixo:



Brasil Dinamarca Noruega Reino Unido

**Figura 2 – Distribuição dos gastos públicos de Brasil, Dinamarca, Noruega e Reino Unido, em função dos gastos totais em saúde - %, 2015**

Fonte: WHO, 2018

Tanto Dinamarca quanto Noruega e Reino Unido têm sistemas de saúde nos quais 80% ou mais dos gastos são públicos, e não privados. Barros e Piola (2016, p. 134) frisam que o Brasil é o único país que tem atendimento universal onde o gasto privado (57,25%) é maior do que o gasto público (42,75%). Nos Estados Unidos, cujo sistema não prevê atendimento universal e igualitário, 50% (cinquenta por cento) dos gastos totais de saúde são públicos.

À luz do art. 198, § 2.º, I, da Constituição Federal (BRASIL, 1988), que vigora com a redação que lhe foi dada pela Emenda Constitucional n.º 86, de 2015 (BRASIL, 2015), a União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, um mínimo não inferior a 15% da receita corrente líquida (RCL) do respectivo exercício. O inciso II do mesmo artigo estabelece a aplicação mínima em saúde por parte dos estados e o inciso III se refere, de forma análoga, aos municípios. Ao Distrito Federal aplicam-se as disposições de ambos incisos.

Desde o surgimento do Sistema Único de Saúde, intenso esforço tem sido feito para garantir seu financiamento. A Emenda Constitucional n.º 29 garantiu um patamar mínimo de recursos para todos os atores, tanto nacionais, quanto estaduais

e municipais, considerando a sempre crescente e desejável descentralização administrativa que foi sendo implantada.<sup>51 52</sup> Nada obstante, os dados abaixo evidenciam que as despesas com ações e serviços públicos de saúde se têm mantido, no total, quase estacionárias, máxime quando considerada a despesa diária per capita, desde o ano de 2012. Houve até mesmo redução de 2,25%, quando considerada a despesa de 2017 em comparação com a de 2014 (cf. tabela 2). Por unidades da federação, as mais elevadas despesas médias com ações e serviços públicos de saúde couberam aos municípios do Estado de São Paulo, cujas despesas médias se situaram 49,2% acima da média nacional. As menores despesas foram dos municípios dos estados do Amapá, Acre e Pará, situadas, respectivamente, 64,9; 57,7 e 40,2 pontos percentuais abaixo da média nacional (CFM, 2018, p. 6).

---

<sup>51</sup>A EC n.º 29/2000 introduziu o § 2.º no art. 198 da Carta e, até o exercício de 2004, estabeleceu mínimo de aplicação para a saúde através da introdução do art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT. No caso da União, para o exercício de 2000, adotou-se o montante do exercício anterior, acrescido de, no mínimo, cinco por cento. Quando se considera que, no mesmo ano, a inflação efetiva, medida pelo IPCA, foi de 5,97% (BRASIL, 2012), chega-se à conclusão de um razoável mecanismo de controle da corrosão da moeda e de aporte financeiro ao sistema foi ali introduzido. Nos exercícios restantes, até 2004, vigorou o valor apurado para o ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB.

<sup>52</sup>Para uma discussão abrangente das dificuldades de financiamento do setor público de saúde até então, antes do surgimento da EC 29/2000, cf. PIOLA, Sérgio Francisco; RIBEIRO, José Aparecido Carlos; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **Financiamento das políticas sociais: o caso do Ministério da Saúde**. Revista do Serviço Público, v. 51, n. 3, jul.- set. 2000, p. 74-98.



**Tabela 2 – Despesas com ações e serviços públicos de saúde, per capita, em reais – Brasil, 2008-2017**

| <b>DESPESAS PER CAPITA COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE, BRASIL (2008-2017)</b> |                |                 |                  |                  |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|------------------|------------------|------------------|
| <b>ANO</b>                                                                            | <b>FEDERAL</b> | <b>ESTADUAL</b> | <b>MUNICIPAL</b> | <b>TOTAL/ANO</b> | <b>TOTAL/DIA</b> |
| 2008                                                                                  | 440,25         | 268,18          | 297,73           | 1.006,16         | 2,76             |
| 2009                                                                                  | 497,60         | 265,86          | 299,05           | 1.062,51         | 2,91             |
| 2010                                                                                  | 493,41         | 287,29          | 324,37           | 1.105,07         | 3,03             |
| 2011                                                                                  | 548,00         | 302,64          | 353,91           | 1.204,55         | 3,30             |
| 2012                                                                                  | 570,74         | 308,26          | 376,73           | 1.255,73         | 3,44             |
| 2013                                                                                  | 538,76         | 324,52          | 394,09           | 1.257,36         | 3,44             |
| 2014                                                                                  | 555,85         | 331,63          | 413,38           | 1.300,86         | 3,56             |
| 2015                                                                                  | 550,50         | 317,11          | 403,12           | 1.270,73         | 3,48             |
| 2016                                                                                  | 533,27         | 304,20          | 399,84           | 1.237,31         | 3,39             |
| 2017                                                                                  | 552,35         | 315,93          | 403,37           | 1.271,65         | 3,48             |

Fonte: CFM, 2018, p. 6.

Vieira e Benevides (2016, p. 11-14) mostram que, em função da Emenda Constitucional n.º 29, os gastos da União com ações e serviços públicos de saúde (ASPS) aumentaram importantemente, alcançando, em 2015, patamar superior a 100 bilhões de reais. Entretanto, são ainda insuficientes para garantir acesso em todas as áreas geográficas e satisfação de todas as demandas. O sistema busca a igualdade, a universalidade, a integralidade, mas não logra atingi-las plenamente.

Na atualidade, corre risco severo de enfraquecimento ou até de ruptura, em função das disposições, ainda não aplicadas à área da saúde, mas nada indicando que esta não há de ser atingida proximamente, constantes da Emenda Constitucional n.º 95, de 15 de dezembro de 2016. Tal emenda instituiu o novo regime fiscal, limitando, por vinte anos, as despesas de todos os poderes à despesa primária do exercício anterior, corrigida pela variação do IPCA (ADCT, art. 107). No que respeita à saúde, foi instituído o art. 110 do ADCT, sujeitando o sistema a correção análoga.

Se tal disposição vier a ser aplicada à saúde, haverá verdadeira desvinculação entre a natureza do sistema e seu financiamento, implicando, ipso facto, o início de seu desmonte. O congelamento do aporte de recursos públicos, já reduzidos, ao

sistema implicará redução de sua participação, tanto em termos de percentagem do produto interno bruto, como da receita corrente líquida.

Vários estudiosos debruçaram-se sobre o tema, valendo citar Marques, Piola e Ocké-Reis (2016, p. 255-256), que frisam ser a desvinculação das receitas da União da cobertura destes gastos um indício de que não se devam esperar, no período, maiores aportes ao SUS. Crêem estar sendo gestado aumento do mercado de planos de saúde, em detrimento dos serviços públicos de saúde. Lecionam que a população brasileira apresenta perfil epidemiológico onde predominam as doenças crônicas não transmissíveis<sup>53</sup> e introduz melhorias tecnológicas de forma rápida, além de ser elevado o número de indivíduos que busca, no Poder Judiciário, a satisfação de seu direito à saúde. Em face disto, que contribui para o aumento dos custos, sustentam ser provável que haja necessidade de rediscutir critérios acerca da integralidade da atenção à saúde e sobre inserção de novas tecnologias.

Vieira e Benevides (2016, p. 20-21) apontam a distinção existente entre o IPCA geral, o IPCA serviços médicos e dentários e o IPCA serviços laboratoriais e hospitalares, que corrigem os preços do setor. Esclarecem que a Emenda Constitucional n.º 95 só protegeria o setor de saúde se houvesse verdadeira estagnação da economia durante os vinte anos de sua vigência. Não sendo este o caso, sustentam, em função da diferença entre esses índices, que haverá redução de aportes ao sistema público, expondo os mais pobres à precarização desses serviços.

### **3.4 Respondendo à questão de Daniels: o que devemos uns aos outros em matéria de saúde?**

Daniels (2009, p. 157) vê como obrigações sociais a proteção e promoção da saúde para todos. Isto implica que aspectos preventivos, curativos e de recuperação

---

<sup>53</sup> As doenças cardio e cerebrovasculares representam, hoje, segundo a Organização Pan-Americana da Saúde, a principal causa de morte no mundo. Em 2016, mais de 15,6 milhões de óbitos foram devidos a cardiopatia isquêmica ou a acidente vascular cerebral (OPAS, 2018). O acidente vascular cerebral representa a mais frequente causa de morte em adultos no Brasil e aqui corresponde a dez por cento das internações hospitalares públicas (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

da saúde devam, todos, estar sob égide da justiça social. Para que tal seja atingido, devem-se desenhar políticas públicas próprias à distribuição de serviços de promoção e proteção da saúde dentro e, ainda, fora do seu campo direto de atuação.

Estas políticas públicas devem ser dirigidas à proteção fundamental da dignidade humana, dando norte ao mínimo necessário à proteção do homem nas diversas circunstâncias e situações das quais tratarão. Mister, neste ponto, dizer no que consiste a dignidade, e porque seu aviltamento comprometeria a higidez dessas políticas públicas necessárias à proteção da saúde. Há muitas abordagens da questão; no Brasil, a noção foi recentemente tratada por Barroso (2016, p. 72-88), que a propugna aberta, plástica e plural. Resumidamente, refere serem três seus elementos constituintes:

a) valor intrínseco, elemento ontológico, conjunto de características que tornam os seres humanos distintos e superiores às demais espécies. Dele deriva que o Estado existe para o indivíduo, não o oposto. Os direitos fundamentais derivam deste valor intrínseco, incluindo o direito à vida, à igualdade e à integridade física, psíquica e mental (Id., 2016, p. 77-78), direitos estes que estão na base da construção de qualquer sistema de saúde que não seja restritivo;

b) autonomia, elemento ético, a capacidade de um indivíduo fazer escolhas que lhe sejam presumidamente úteis, sem sofrer limitações externas. A autonomia implica liberdades individuais, em sua esfera privada. São as liberdades de religião, de associação, de expressão, além das escolhas sexuais e da esfera reprodutiva. A autonomia implica ainda uma esfera pública, que inclui o direito de participação política, de votar, ser votado, e os demais daí advenientes (Ibid., p. 82);

c) valor comunitário, elemento social, voltado ao estabelecimento das normas ditadas pelo Estado, e as consequentes limitações impostas ao indivíduo, bem como à participação deste nos diversos grupos sociais, onde se desenvolvem suas relações. Aqui residem as metas coletivas, as restrições, calcadas em deveres e responsabilidades, e o exercício de direitos, mormente os hoje reconhecidos como difusos, como o direito à saúde.

Tais elementos se inter-relacionam, dando origem a supostos a serem providos pelo Estado, também em resposta à ideia de dignidade humana. Aqui surge o conceito de mínimo existencial, ou mínimo social, direito básico às provisões necessárias para viver dignamente. Sustenta Barroso (Op. cit., p. 85) que, “para serem livres, iguais e capazes de exercer uma cidadania responsável, os indivíduos precisam estar além de limiares mínimos de bem-estar”. Se assim não for, não existe dignidade humana. As prestações essenciais aos seres humanos são conhecidas: água, alimentação, vestuário, abrigo, educação básica, serviços de saúde. Estas prestações constituem o foco dos direitos fundamentais de segunda geração. Nos países que reconheceram tais direitos, são alcançados à população, em graus distintos, consoante a legislação de cada qual. Tais direitos sociais mínimos, quando insatisfeitos, afastam a autonomia, vez que a vida passa a cursar essencialmente na busca de sua satisfação, o que é tanto mais evidente quanto mais limitados os recursos econômicos dos indivíduos atingidos.

E isto remete a Bobbio (1997, p. 45), que lembra não bastar que se reconheçam atos ou fatos dependentes de controle por parte do direito; este regula ainda o próprio modo de produção de suas normativas, ademais de, em certa extensão, seu conteúdo. Neste sentido, Daniels propõe que a teoria da justiça distributiva em saúde seja utilizada para reduzir disparidades. Não se trata de algo simples. Desigualdades em saúde podem ser, ou não, alteráveis, quase nunca facilmente. Saúde depende de diversos fatores, e desigualdades injustas em saúde, também denominadas iniquidades em saúde, são causadas por desigualdades evitáveis, porque socialmente controláveis, nos determinantes sociais da saúde (DANIELS, 2008, p. 82; SREENIVASAN, 2014).

Ao tentar reduzir desigualdades em saúde com o uso desta teoria, as autoridades estarão frequentemente ante três problemas principais: o problema das prioridades, o problema da agregação e o problema dos melhores resultados x menores chances. Representam a linha neutra da distribuição de saúde. Os fatos, tais como são, não incluem julgamentos morais apriorísticos (DANIELS, 2008, p. 298). É em função das alterações que se pretendam dar aos fatos e seus porquês

que advirão os julgamentos morais e, com estes, as tensões sociais que existem na realidade.

a) A questão das prioridades é frequentemente tratada através do estabelecimento de comitês técnicos de saúde, que aquilatam melhorias farmacológicas ou tecnológicas, decidindo, de pontos de vista econômico, ou técnico, ou ambos, admiti-los, ou não, no sistema. Muitas vezes tais comitês não se encontram aparelhados para enfrentar tensões que, da análise moral, acabam se estabelecendo entre a melhoria das necessidades individuais (que exigem aportes econômicos elevados, em caso de se tratar de novos fármacos ou equipamentos), a satisfação justa das necessidades da população (a maior parte das vezes atendida em sua maioria sem os aportes utilizados para os primeiros) e a equilibrada sustentabilidade do sistema.

Num procedimento democrático, a legitimidade das escolhas cabe ao povo, mas estas não são feitas diretamente, mas pelos comitês nomeados para tanto. Este dilema ético é conhecido como responsabilidade pela fundamentação, e é um mecanismo legítimo de evidenciar escolhas justificadas que, inclusive, pode ser utilizado até mesmo para reduzir aportes ao sistema, grupal, ou individualizadamente, desde que tais decisões, mesmo em âmbito administrativo, sejam rigorosamente fundamentadas acerca do quê se refiram, bem como acerca de como, quando, quanto e, principalmente, acerca de seus porquês. Estes porquês devem ser tais que sustentem o crivo de indivíduos razoáveis e prudentes. Daniels e Sabin (1998, p. 54) já sustentavam, há vinte anos, numa abordagem relativa a serviços privados, mas que, no particular, cabe no âmbito de serviços públicos que, “se um plano de saúde falha em satisfazer razoavelmente nossas necessidades, ainda que sob limitação dos recursos necessários, uma injustiça é praticada.”

Outros critérios podem ser também utilizados, concomitantemente, para a tomada de decisões, já que dificilmente um país poderá sustentar integral e completamente a totalidade dos cuidados e serviços que podem ser providos a toda sua população. É preciso estabelecer um nível de atenção, suficiente para a satisfação das necessidades, mas que não agregue desnecessários custos. Nada

obstante, e como reforça a Organização Mundial de Saúde, devem ser objetivos sempre buscados a cobertura universal e integral de saúde, mediante serviços efetivos, seguros e voltados às necessidades da população. As razões dos membros dos comitês devem ser publicizadas, criando-se mecanismos de representação que permitam questioná-las, até mesmo buscando sua reforma, se for o caso. Estes mecanismos devem estar acessíveis tanto a profissionais de saúde quanto aos cidadãos que se não de submeter à normativa ali traçada (GOETGHEBEUR et al., 2017, p. 2369).<sup>54</sup>

b) O problema da agregação se caracteriza pela necessidade de decidir se é melhor implementar o tratamento A, que dará pequena melhora a grande número de indivíduos, ou se o correto está em priorizar o tratamento B que, pelo mesmo dispêndio, permite grande melhora de pequeno número de pessoas. É uma questão moral que, sob diferentes formas, está sempre presente nas decisões relativas à saúde. É uma questão frequente em análises de custo-efetividade.<sup>55</sup> Seu uso convencional é o de decidir entre protocolos de screening, com o uso, por exemplo, de mamografias, ou colonoscopias, em diferentes intervalos. Um caso clássico foi a decisão acerca de inserir, ou não, clopidogrel no armamentário terapêutico. Trata-se de um antiadesivo plaquetário muito mais caro do que aspirina, mas mais efetivo em reduzir o risco de infarto agudo do miocárdio (DANIELS, 1998). Não há, no particular, princípios que hajam surgido em função deste problema que sejam regularmente aplicáveis no campo da saúde, exigindo análises caso a caso.

c) Um último problema é o dos melhores resultados x menores chances. Trata-se de decidir, num ambiente de recursos limitados, entre favorecer os

---

<sup>54</sup>A Diretoria de Saúde da Lombardia tem utilizado um modelo análogo para aquilatar a introdução de novas tecnologias de saúde em seu sistema desde 2012. Na Indonésia, o plano estratégico do período 2014-2018 da província de Java Oeste foi traçado desta forma, com apoio de comitês técnicos e análise prévia pelos cidadãos, com apoio técnico para definição de prioridades. Na Colômbia, procedimento semelhante está em curso, por obra do Ministério da Saúde e Proteção Social, para definir alterações no programa de saúde local (GOETGHEBEUR et al., 2017, p. 2369).

<sup>55</sup>É importante referir que, em 1993, o Painel do Serviço Público de Saúde sobre Análise de Custo-Efetividade em Saúde e Medicina levou à recomendação de que esta técnica deve ser vista como provendo um elemento a mais para a decisão, mas não como um procedimento que leva diretamente à decisão. (DANIELS, 1998). Vale dizer: não se podem afastar as considerações morais e éticas que surgirão, necessariamente, de questões desta natureza que se venham a particularizar e, dessas últimas considerações, mais do que daquelas de ordem econômica e de outras ordens, surgirá o norte que há de orientar a decisão a ser tomada, em cada caso particular.

melhores resultados ou oferecer (em geral aos que estão em piores condições de saúde) uma chance de se beneficiarem, de alguma maneira, do tratamento possível (DANIELS, 2009, p. 107). Aqui, claramente se verifica que a decisão que favorece a solução utilitarista, escolhendo alocar os recursos onde melhor seja o resultado, implica discriminar o grupo em piores condições de saúde. Não há, até o momento, solução teórica ou prática que se afine ao problema extremo, representado pela situação do transplante, quando um só órgão deve ser disponibilizado exclusivamente a pacientes em distinta situação, seja de saúde atual, seja (ainda mais difícil) de sobrevida (DANIELS, 1998).<sup>56</sup>

Se não há concordância acerca dos princípios que devam ser aplicados às questões de saúde, propõe Daniels (Ibid., 1998) sejam adotados os que seguem, caracterizando o procedimento que denominou *accountability for reasonableness*:

1. Publicidade: todas as decisões relativas à cobertura de novas tecnologias devem ser publicizadas, juntamente com suas razões;
2. Relevância: as razões devem ser claramente explicitadas, de maneira que todos os grupos envolvidos – administradores, médicos, pacientes e consumidores em geral – tenham acesso às mesmas e possam assegurar-se se são justificáveis, à luz da intenção de suprir as necessidades da população num ambiente de limitados recursos;
3. Recurso: deve haver um mecanismo para discutir a relevância e a extensão das decisões, bem como para solver disputas, considerados novos dados e argumentos;
4. Regulação: deve haver um mecanismo, seja público ou privado, para garantir que os pontos 1 a 3 sejam cumpridos.

---

<sup>56</sup>Para este problema, há quem tenha proposto soluções que, a par da sorte, consideram ainda as distintas chances de sobrevida, na forma de um dado de dez (e não de seis) faces, no qual a escolha prévia das faces se faz na proporção da sobrevida dos contendores. Tal técnica alia a sorte à situação clínica, permitindo que aquele que tem mais chances de sobrevida concorra com maior número de faces (BROCK, apud DANIELS, 1998). Trata-se, contudo, de solução de difícil defesa moral.

É cada vez mais relevante que decisões tomadas no âmbito de serviços públicos de saúde, seja para admitir a inclusão de novas tecnologias ou fármacos, seja para recusar-lhes admissão seja, ainda, para recusar acesso individual a esta ou aquela terapia ou tratamento sejam minuciosamente fundamentadas, com razões que seriam aceitas por indivíduos prudentes, não necessariamente especialistas na matéria.<sup>57</sup> A técnica de Daniels representa um procedimento de justiça social acessível ao público em geral, e não só a instituições poderosas.

Embora tal técnica seja muito aceita, inclusive existindo recente sugestão de sua aplicação global, para sustentar escolhas em saúdes que sejam adequadas para todos (BYSKOV, 2017, p. 117), não conta com concordância absoluta. Entre outros, Friedman (2008, p. 101) sustenta que o procedimento necessita reelaboração, para incluir um maior número de indivíduos não especialistas, provenientes do público, em todas as suas fases, de forma a torná-lo efetivamente democrático. Além disto, as razões apresentadas por essas pessoas, ainda que atécnicas, devem ser discutidas e apreciadas, sendo avaliadas por critérios de consistência e plausibilidade, sem que sejam, a priori, afastadas por aquelas apresentadas por alegadas autoridades no assunto.

---

<sup>57</sup>Bom exemplo adveio do Reino Unido, quando o Serviço Nacional de Saúde decidiu não fornecer Viagra® (sildenafil, um dos fármacos utilizados para tratamento da disfunção erétil masculina) em sua rede pública, ao oposto do que seria esperado de um sistema de assistência universal. Não se discutiam as indicações, nem a eficácia do produto, mas seu elevado custo. A fabricante, a companhia farmacêutica Pfizer, propôs ação judicial, pretendendo fosse levada em conta uma análise de custo-efetividade existente. Acabou ganhando a ação, porque a Court of Appeal, embora admitisse a necessidade de um racionamento cada vez mais explícito para todos os fármacos e medicamentos, entendeu que, no caso em especial, não havia uma massa demonstrável de evidências a apoiar razões consistentes de política pública, obtidas no curso de um procedimento justo, que permitissem sustentar a decisão de não fornecer tal fármaco na rede pública. Ficou clara a necessidade de que todos, autoridades administrativas e judiciais, quando envolvidas com questões relativas a fornecimento de fármacos ou tratamentos, sigam procedimentos justos, claros e fundamentados (WANG, 2018, p. 292-297).



#### 4. A DESIGUALDADE NA DISTRIBUIÇÃO DO ACESSO À SAÚDE NO BRASIL

##### 4.1 Desigualdade em números: dados de pesquisa empírica do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Sistema Nacional de Saúde e Conselho Federal de Medicina

A cada dezenove segundos, em média, nasce um novo brasileiro. O país conta hoje com uma população pouco maior do que 209 milhões de habitantes. Sua taxa bruta de natalidade é de 14,41 por mil habitantes, em 2018. A expectativa média de vida ao nascer, de 76,25 anos. Já a taxa bruta de mortalidade, para o mesmo ano, é de 6,47 por mil habitantes. As mulheres são, em média, supérstites aos homens em cerca de sete anos. A mortalidade infantil, em 2018, correspondeu a 12,35 por mil nascidos vivos. (IBGE, 2018). Estes dados, bem como as curvas evolutivas dos respectivos parâmetros, podem ser observados nas figuras 1 a 4, abaixo:

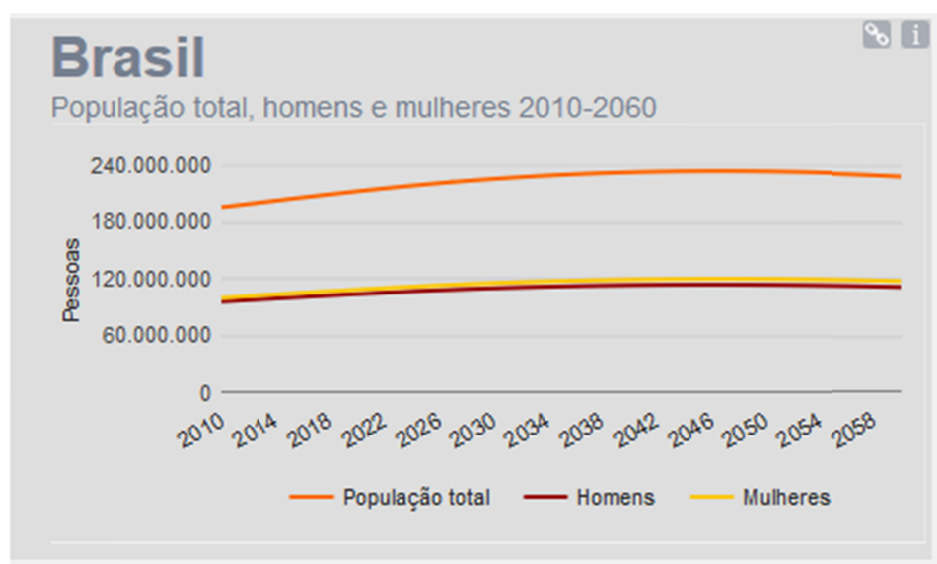
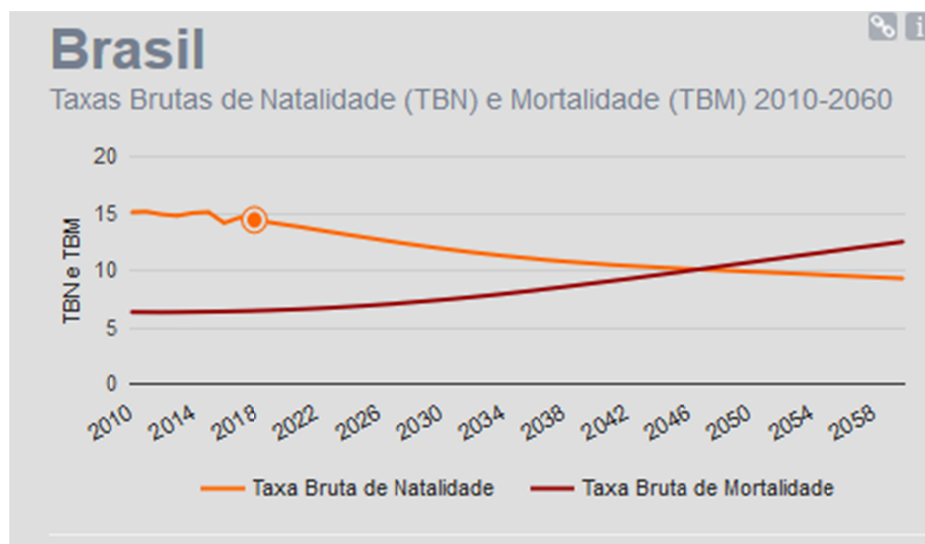


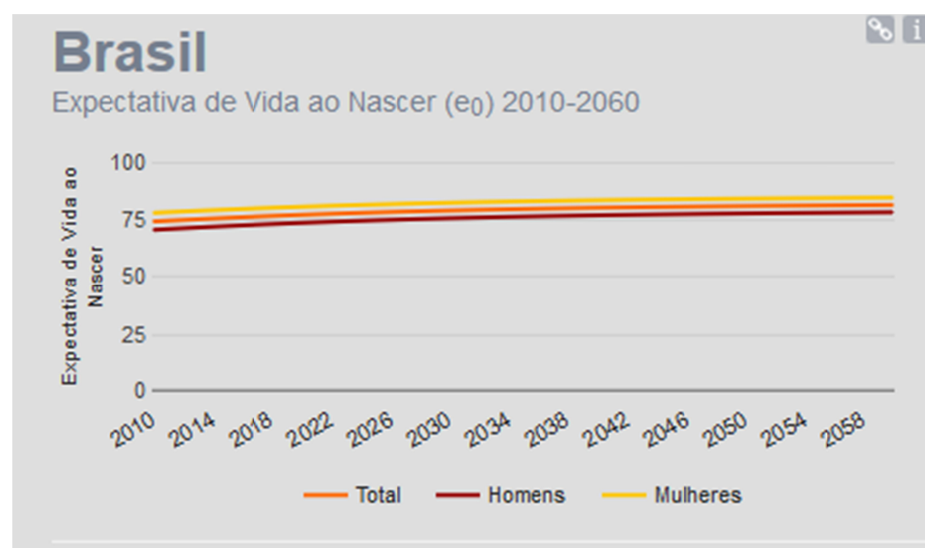
Figura 1 – População total, por sexo – Brasil, projeção até 2060

Fonte: IBGE, 2018



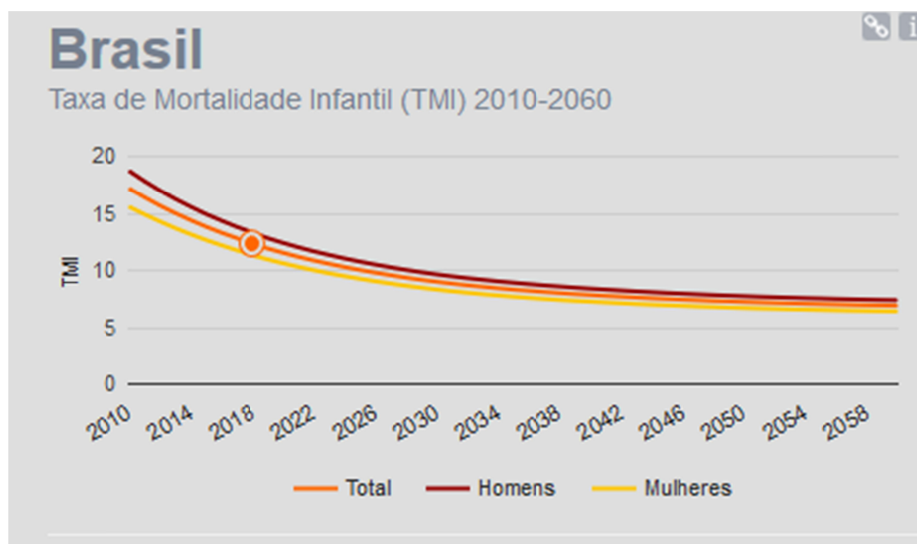
**Figura 2 – Taxas brutas de natalidade e de mortalidade – Brasil, projeção até 2060**

Fonte: IBGE, 2018



**Figura 3 – Expectativa média de vida ao nascer – Brasil, projeção até 2060**

Fonte: IBGE, 2018



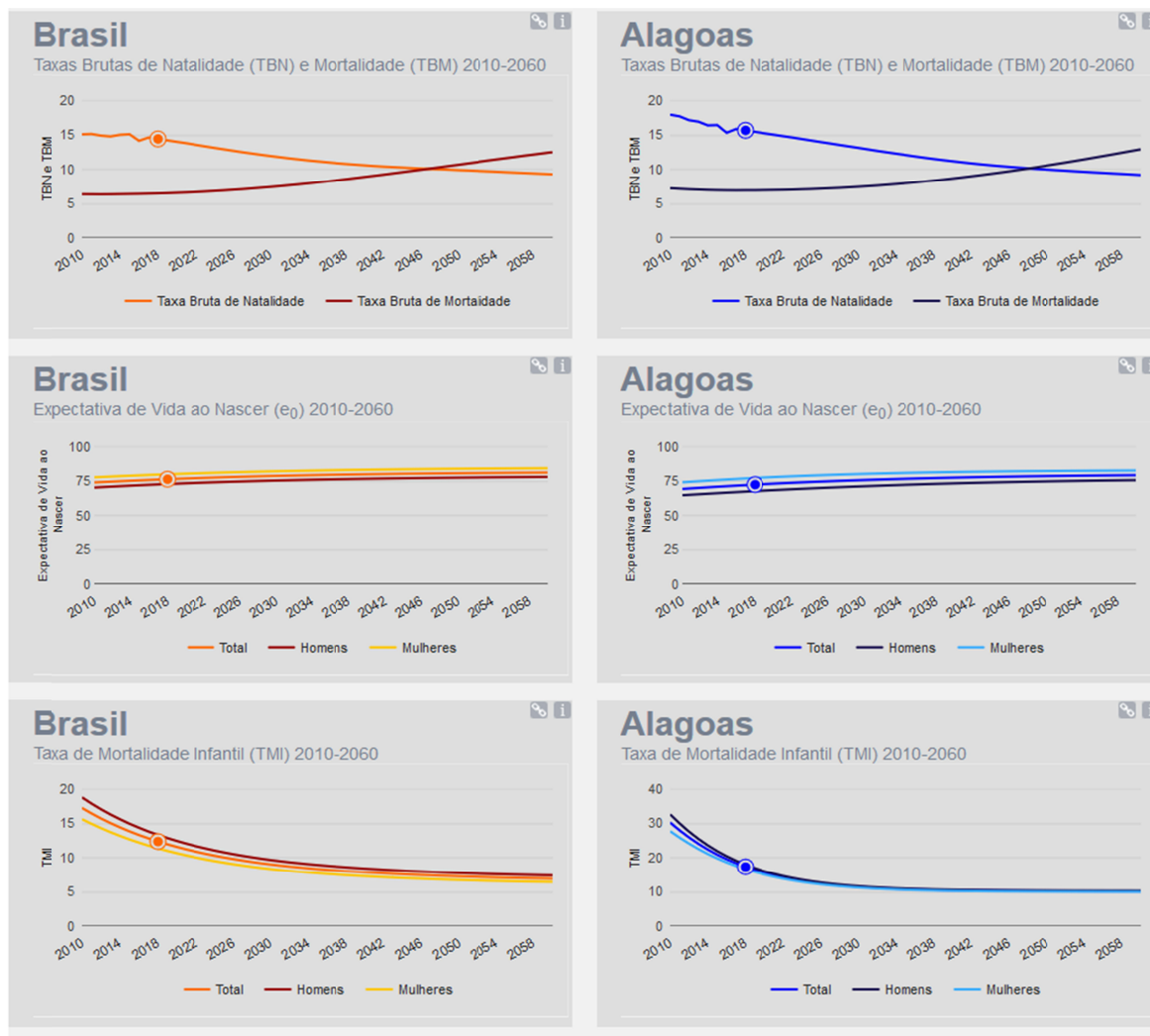
**Figura 4 – Taxa de mortalidade infantil – Brasil, projeção até 2060**

Fonte: IBGE, 2018

De acordo com o IBGE (2018), a unidade da federação que, em 2010, apresentou maior índice de desenvolvimento humano foi o Distrito Federal<sup>58</sup>, com IDH de 0,824. A de menor índice de desenvolvimento humano foi Alagoas, cujo IDH, no mesmo ano, foi de 0,631. A população do Distrito Federal é de 2.988.840 habitantes, ao passo que Alagoas conta com uma população de 3.329.371 habitantes.

Uma comparação entre a média brasileira e os mesmos parâmetros, quando calculados apenas com relação ao Estado de Alagoas, pode ser vista na figura 5 abaixo:

<sup>58</sup> Trata-se do último dado diretamente mensurado disponível, correspondente ao censo de 2010.



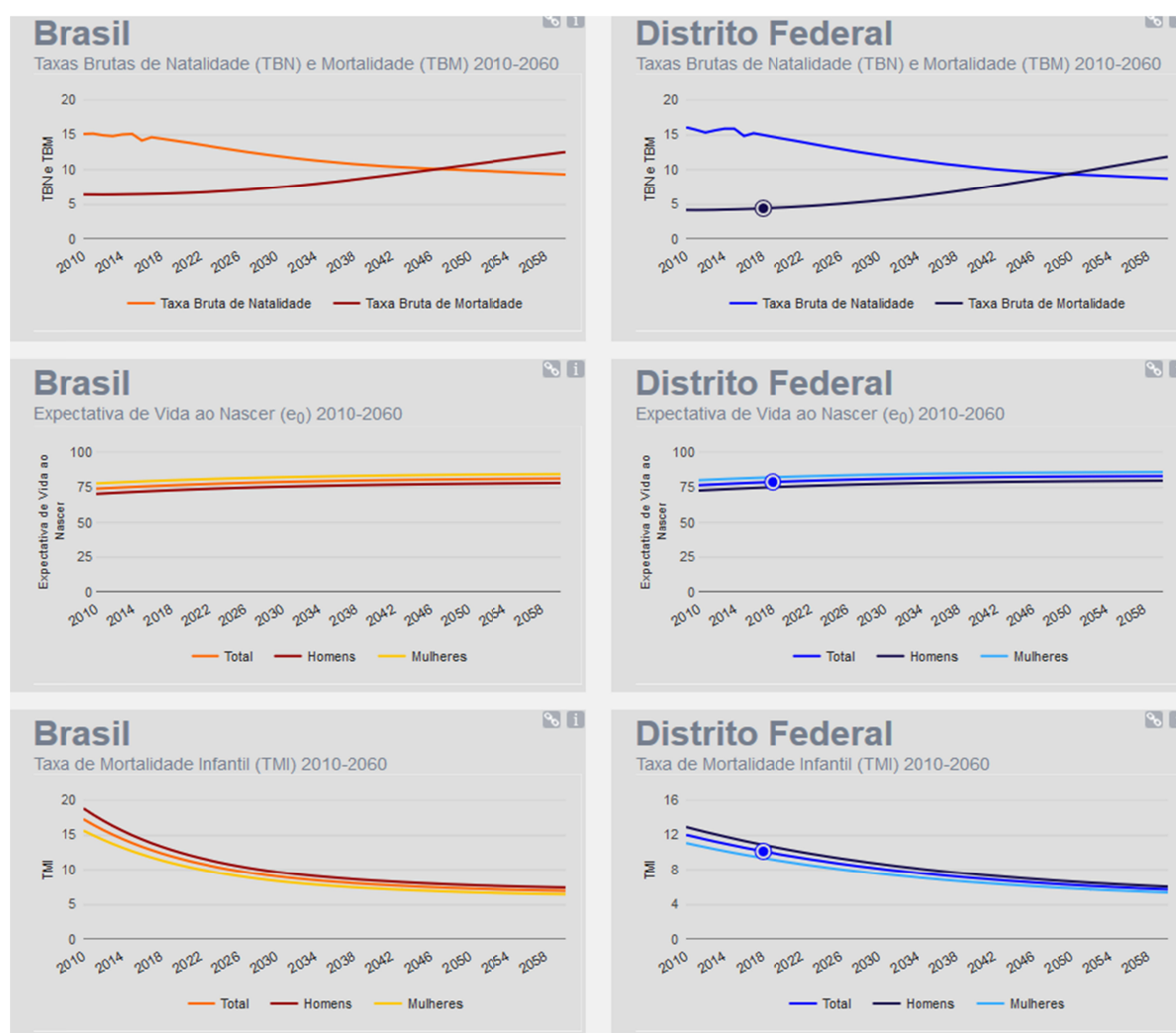
**Figura 5 – Comparação entre a média nacional de cada parâmetro e as taxas brutas de natalidade, de mortalidade, a expectativa de vida ao nascer e a taxa de mortalidade infantil para o Estado de Alagoas – projeção até 2060.**

Fonte: IBGE, 2018.

Com uma população 11% maior do que a do Distrito Federal, o Estado de Alagoas apresenta uma taxa bruta de natalidade de 15,65. Sua taxa bruta de mortalidade é de 6,92. A expectativa de vida ao nascer é, em Alagoas, de 72,32 anos e sua taxa de mortalidade infantil ascende a 17,29 por mil nascidos vivos, cerca de quarenta por cento superior à média nacional (IBGE, 2018).

Em contrapartida, no Distrito Federal, vive-se mais e melhor, como demonstram os dados da figura 6: a taxa bruta de natalidade é mais baixa, de 14,93.

A taxa de mortalidade, também mais reduzida, corresponde a 4,37. A expectativa de vida ao nascer, mais elevada, chega a 78,62 anos. Por fim, sua taxa de mortalidade infantil é limitada a 10,11 por mil nascidos vivos, 18% mais baixa do que a média nacional, e muitíssimo menor do que a taxa alagoana, da qual se afasta por 58 pontos percentuais.

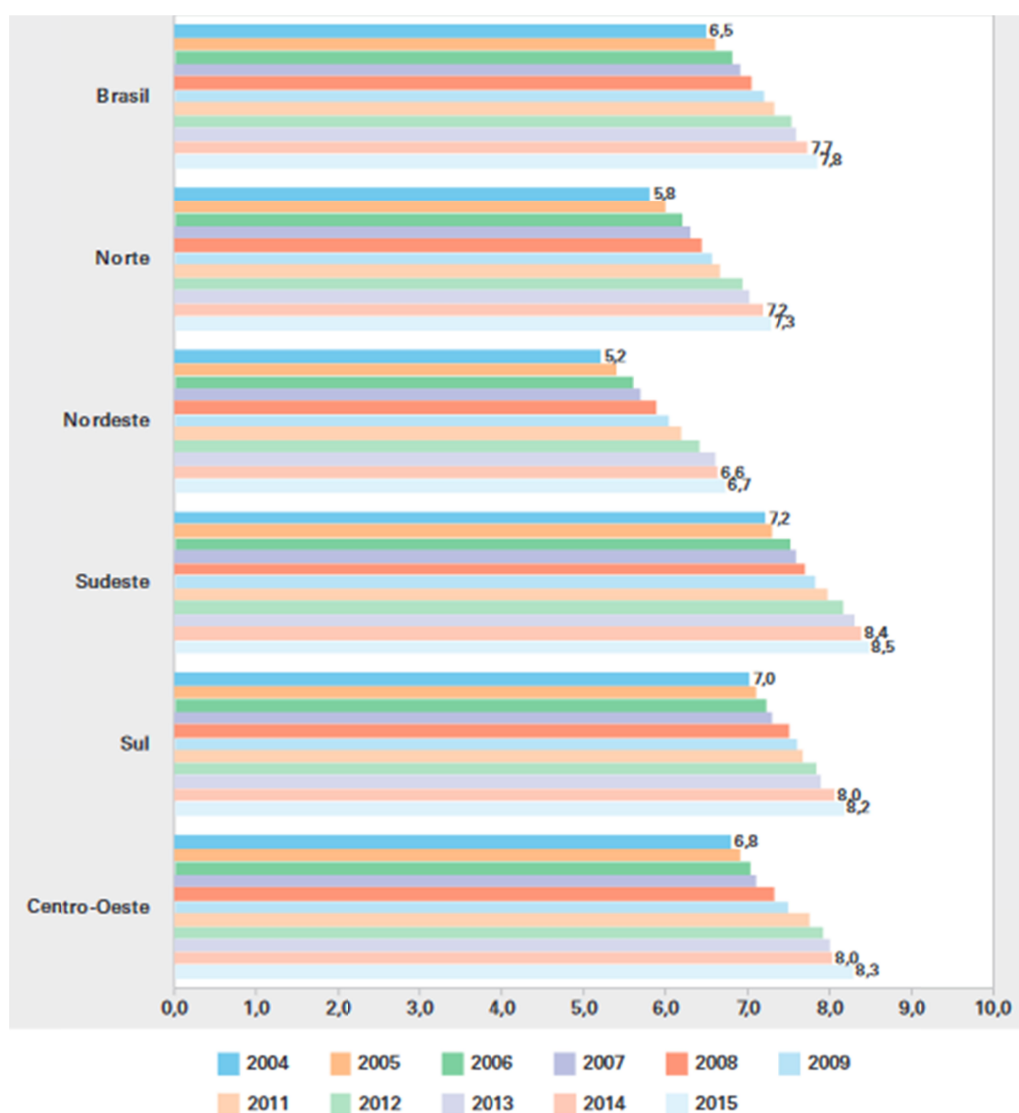


**Figura 6 – Comparação entre a média nacional de cada parâmetro e as taxas brutas de natalidade, de mortalidade, a expectativa de vida ao nascer e a taxa de mortalidade infantil para o Distrito Federal – projeção até 2060.**

Fonte: IBGE, 2018.

Quanto à escolaridade, apresentam-se, na figura 7, dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios de 2015, que demonstram o número de anos

de estudo das pessoas com dez anos ou mais de idade, para o país e para cada qual das grandes regiões. A média nacional, em 2015, era de 7,8 anos de estudo, oscilando as regiões num intervalo cujos limites foram de 6,7 anos no Nordeste e 8,5 anos no Sudeste (IBGE, 2016, p. 49).

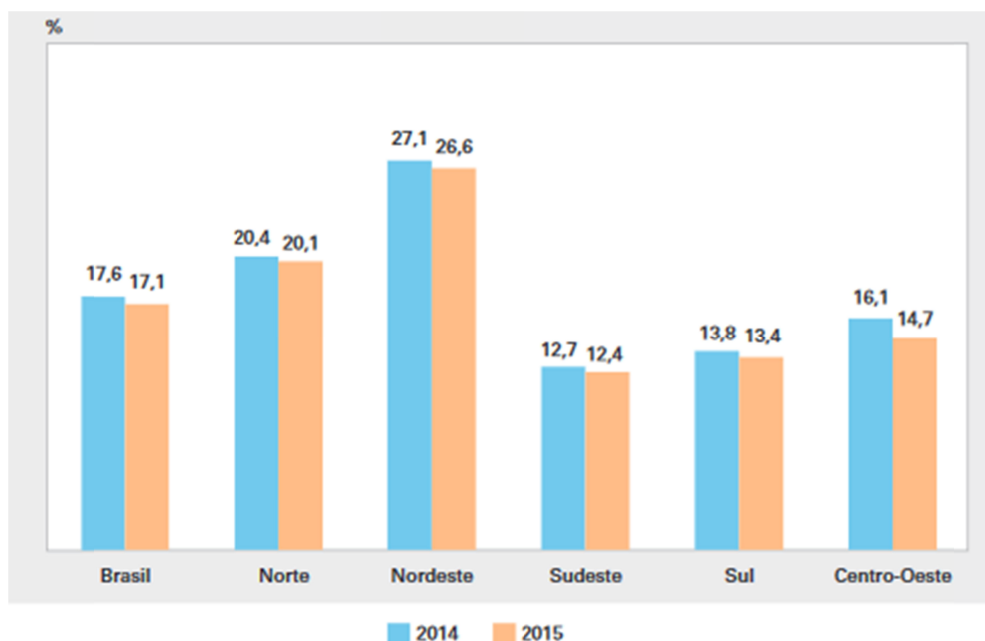


**Figura 7 – Número médio de anos de estudo das pessoas de 10 ou mais anos de idade por grandes regiões – Brasil, 2004 a 2015**

Fonte: IBGE, 2016

A taxa de analfabetismo, mormente o funcional, é ainda elevada, como se pode ver na figura 8. Em 2015, dentre as pessoas com 15 ou mais anos de idade, o

analfabetismo funcional acometia, em média, 17,1% da população. Quanto às regiões, existe, no particular, um intervalo que vai de 26,6% da população, no Nordeste, até 12,4%, no Sudeste (IBGE, 2016, p. 44).<sup>59</sup>



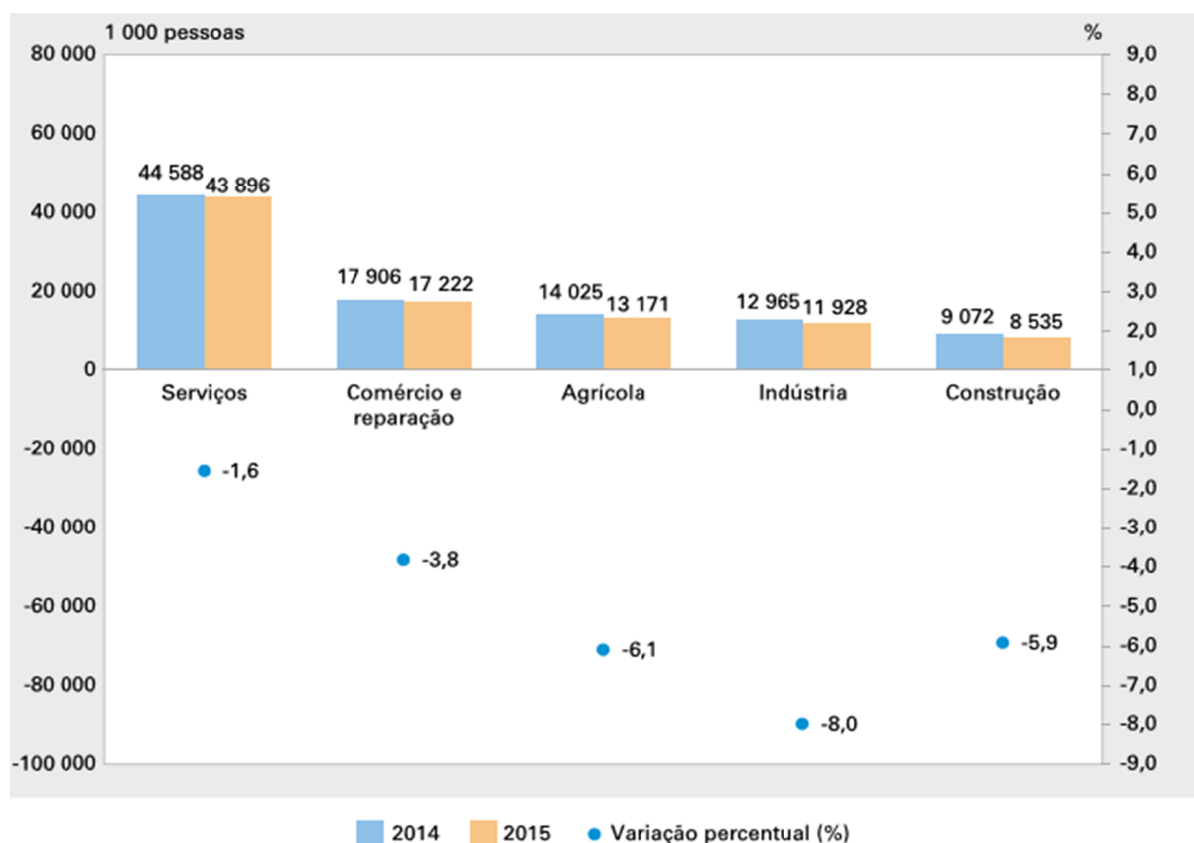
**Figura 8 – Taxa de analfabetismo funcional das pessoas com 15 ou mais anos de idade, por regiões – Brasil, 2014-2015**

Fonte: IBGE, 2016

Embora a renda, e não o emprego, tenha sido o determinante social da saúde propugnado para uso no presente estudo, é importante sinalar que, tendo em vista os dados da PNAD 2015, naquele ano houve redução do nível de emprego no país, em resposta à crise que comprometia a economia, levando-a a um nadir. Em face disto, e para fins de completude da informação, a figura 9 demonstra que, em todos os segmentos da atividade econômica, houve redução de postos de trabalho em 2015. Esta redução foi mais marcada na indústria, seguindo-se o segmento agrícola

<sup>59</sup> Apresenta-se a taxa de analfabetismo funcional, e não a taxa de analfabetismo, muito menor – 8,0%, em média, no país, em 2015 - porque se considera que a primeira, por representar a proporção de pessoas com menos de quatro anos de estudo, mensura mais adequadamente a importante limitação causada pela falta de compreensão e de acesso à leitura.

e a construção civil. O setor que registrou menor redução de postos de trabalho no exercício ano foi o de serviços.

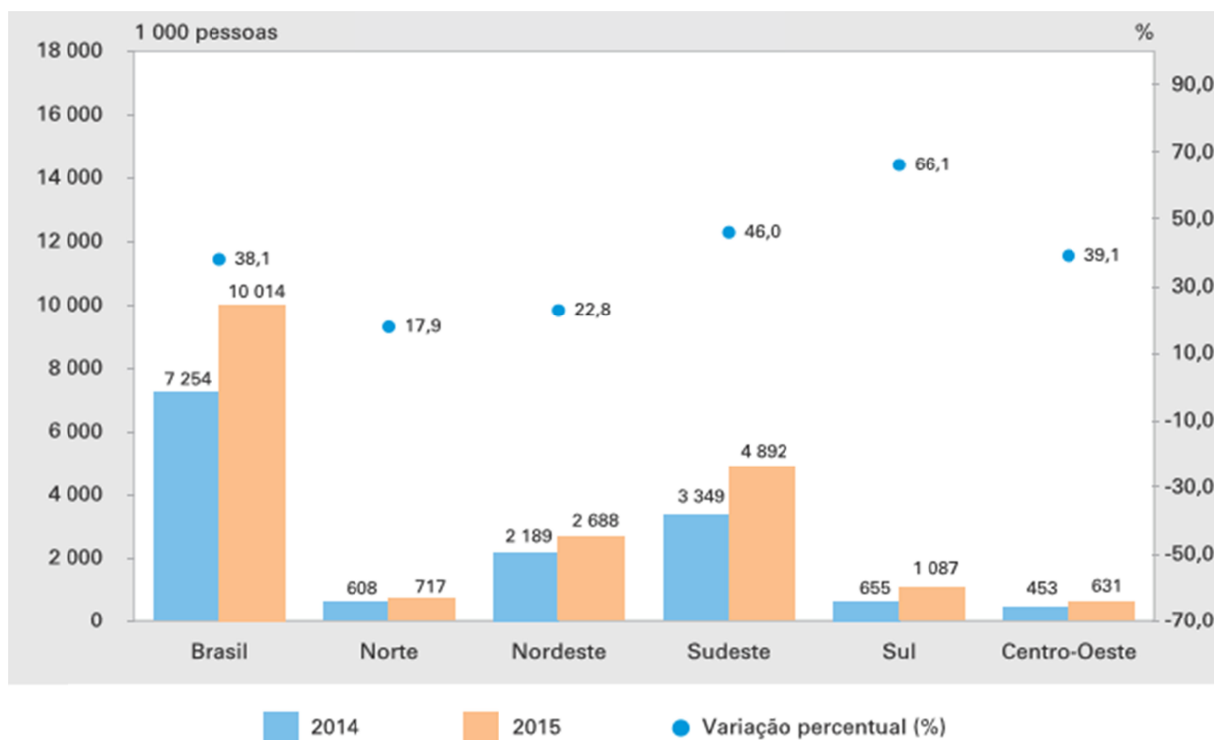


**Figura 9 – Pessoas de 15 anos ou mais ocupadas, com a respectiva variação percentual, por grupamento de atividades – Brasil, 2014-2015.**

Fonte: IBGE, 2016, p. 53.

A taxa de desocupação, àquela época, está demonstrada na figura 10. Hoje, é da ordem de 12% da população economicamente ativa (IBGE, 2018).

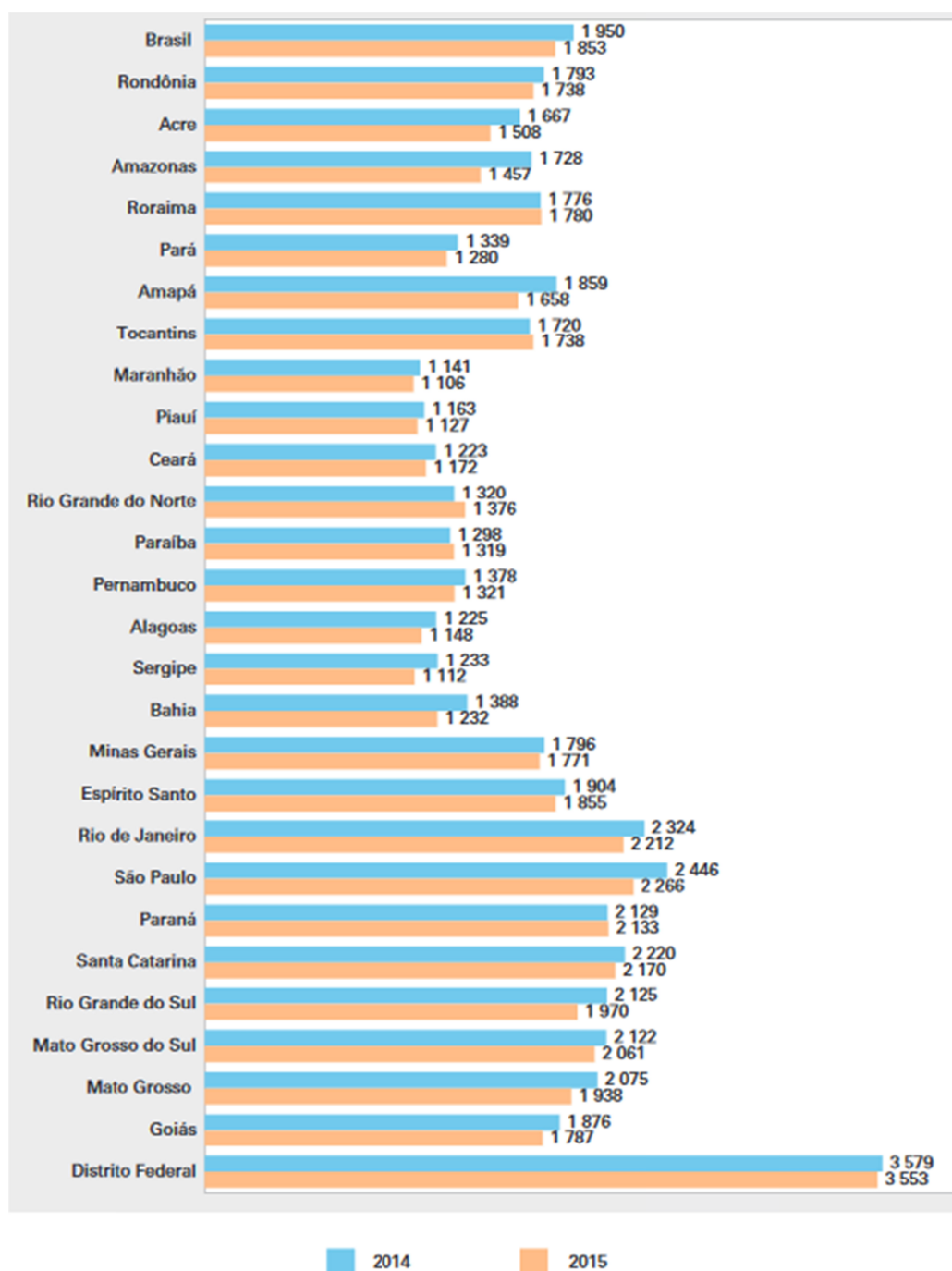




**Figura 10 – Desocupação de pessoas com 15 ou mais anos de idade, por regiões – Brasil, 2014-2015**

Fonte: IBGE, 2016, p. 59.

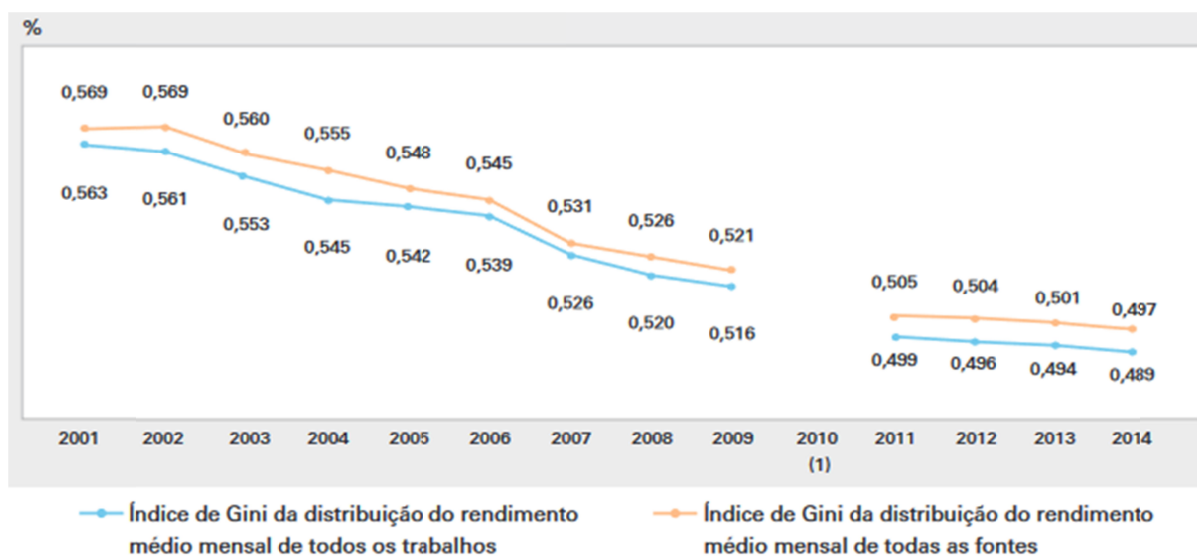
Evidentemente, esta situação impacta na renda média, que apresentou redução em quase todos os estados, abaixo demonstrada na figura 11. A renda média nacional caiu 5% em 2015. A renda média mais baixa verificou-se no Maranhão, correspondendo a R\$ 1.106,00 (um mil, cento e seis reais), e a mais elevada foi encontrada no Distrito Federal, R\$ 3.553,00 (três mil, quinhentos e cinquenta e três reais), mais de três vezes superior àquela (IBGE, 2016, p.66).



**Figura 11 – Rendimento médio mensal, em reais, de todos os trabalhos de pessoas com 15 anos ou mais de idade, por unidade da federação – Brasil, 2014-2015**

Fonte: IBGE, 2016, p. 66.

Os números supra já ostentam, numa visão muitíssimo simplificada, a marca da desigualdade. Ainda assim, vista a distribuição do rendimento mensal mais amplamente, a série histórica do índice de Gini demonstra que a desigualdade de renda vem caindo lentamente, ao longo do tempo (cf. figura 12, abaixo).



**Figura 12 – Índice de Gini da distribuição do rendimento médio mensal de todos os trabalhos e da distribuição do rendimento médio mensal de todas as fontes – Brasil, 2001-2014**

Legenda: (1) A pesquisa não foi realizada.

Fonte: IBGE, 2014

Apresentado o quadro geral, seguem-se os números próprios da saúde, com as limitações já traçadas. Serão apresentados os dados existentes, relacionados com a utilização de serviços de saúde para consultas, bem como internações para cirurgias e partos, sempre que possível em função de renda e educação. Estes dados permitem a abordagem de três das quatro principais áreas de atuação médica: Medicina Interna, Cirurgia Geral e Obstetrícia, bem como dos três níveis de complexidade do SUS. A Pediatria não será estudada, dada a necessidade de tomada de dados específicos, nem sempre facilmente obteníveis nas mesmas fontes de dados da população adulta.

#### **4.1.1 Utilização de serviços de saúde:**

O acesso a serviços de saúde não tem sido diretamente pesquisado pela Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílio (PNAD) ou pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). A última PNAD a coletar diretamente dados de acesso a serviços de saúde foi a de 1986 (IBGE, 2015, p. 30). Já a Pesquisa Nacional de Saúde – PNS coletou diretamente, em 2013, dados amostrais de 205.000 indivíduos, representativos de uma população de 200,6 milhões de habitantes. São eles aqui apresentados. Em que pese os dados coletados pela PNS tenham sido mais amplos, foram neste estudo utilizados os seguintes indicadores, consoante publicados por Stopa et al (2017, p. 3s-7s):

- a) Deixaram de realizar atividades habituais nas duas semanas prévias à pesquisa por motivo de saúde;
- b) Consultaram médico nos últimos 12 meses;
- c) Procuraram atendimento de saúde nas duas semanas prévias à pesquisa e conseguiram atendimento na primeira vez que procuraram;
- d) Procuraram atendimento de saúde nas duas semanas prévias à pesquisa e conseguiram atendimento;
- e) Procuraram atendimento de saúde nas duas semanas prévias à pesquisa e tiveram medicamento receitado;
- f) Conseguiram obter todos os medicamentos receitados no último atendimento de saúde.

Os resultados obtidos por Stopa et al. (2017) foram distribuídos por faixa etária, por grau de escolaridade do chefe da família e por macrorregiões, restando abaixo apresentados, nas tabelas 1 a 3:

**Tabela 1.** Indicadores de acesso e utilização de serviços de saúde segundo grupos de idade. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

| Indicador                                                                                                    | Total |           | Grupo de idade |           |            |           |            |           |            |           |                 |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------|----------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|-----------------|-----------|
|                                                                                                              |       |           | 0–17 anos      |           | 18–29 anos |           | 30–39 anos |           | 40–59 anos |           | 60 anos ou mais |           |
|                                                                                                              | %     | IC95%     | %              | IC95%     | %          | IC95%     | %          | IC95%     | %          | IC95%     | %               | IC95%     |
| Deixaram de realizar atividades habituais por motivo de saúde nas últimas duas semanas anteriores à pesquisa | 7,0   | 6,8–7,2   | 5,6            | 5,2–5,9   | 4,6        | 4,2–4,9   | 6,0        | 5,6–6,4   | 8,7        | 8,3–9,1   | 11,5            | 10,8–12,2 |
| Costumam procurar o mesmo lugar, médico ou serviço de saúde quando precisam de atendimento de saúde          | 77,8  | 77,0–78,6 | 79,9           | 79,0–80,9 | 75,6       | 74,6–76,7 | 76,4       | 75,3–77,5 | 77,3       | 76,4–78,3 | 79,3            | 78,2–80,4 |
| Consultaram médico nos últimos 12 meses                                                                      | 71,2  | 70,7–71,7 | 69,8           | 69,0–70,6 | 64,1       | 63,1–65,1 | 68,4       | 67,4–69,4 | 73,5       | 72,8–74,3 | 83,5            | 82,8–84,2 |
| Consultaram dentista nos últimos 12 meses                                                                    | 44,4  | 43,8–45,1 | 45,2           | 44,3–46,1 | 51,0       | 50,1–52,0 | 50,4       | 49,3–51,5 | 42,9       | 41,9–43,9 | 28,9            | 27,6–30,1 |
| Procuraram atendimento de saúde nas duas últimas semanas anteriores à data da pesquisa                       | 15,3  | 15,0–15,7 | 11,9           | 11,3–12,4 | 11,4       | 10,9–12,0 | 13,7       | 13,0–14,4 | 18,0       | 17,4–18,6 | 25,0            | 24,0–25,9 |
| ... e conseguiram atendimento na primeira vez que procuraram                                                 | 95,3  | 94,9–95,8 | 95,7           | 94,9–96,5 | 94,0       | 92,8–95,1 | 94,9       | 93,8–95,9 | 95,1       | 94,3–95,8 | 96,6            | 95,8–97,3 |

Fonte: STOPA et al., 2017, p. 5s.

**Tabela 2.** Indicadores de acesso e utilização de serviços de saúde segundo nível de instrução. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

| Indicador                                                                                                    | Total |           | Nível de instrução do chefe da família  |           |                                          |           |                                       |           |                   |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------|-----------------------------------------|-----------|------------------------------------------|-----------|---------------------------------------|-----------|-------------------|-----------|
|                                                                                                              |       |           | Sem instrução ou fundamental incompleto |           | Fundamental completo ou médio incompleto |           | Médio completo ou superior incompleto |           | Superior completo |           |
|                                                                                                              | %     | IC95%     | %                                       | IC95%     | %                                        | IC95%     | %                                     | IC95%     | %                 | IC95%     |
| Deixaram de realizar atividades habituais por motivo de saúde nas últimas duas semanas anteriores à pesquisa | 7,0   | 6,8–7,2   | 7,8                                     | 7,5–8,1   | 6,5                                      | 6,1–7,0   | 6,2                                   | 5,8–6,5   | 6,3               | 5,8–6,9   |
| Costumam procurar o mesmo lugar, médico ou serviço de saúde quando precisam de atendimento de saúde          | 77,8  | 77,0–78,6 | 78,7                                    | 77,6–79,8 | 76,3                                     | 74,8–77,9 | 76,3                                  | 75,0–77,5 | 79,5              | 77,9–81,1 |
| Consultaram médico nos últimos 12 meses                                                                      | 71,2  | 70,7–71,7 | 67,1                                    | 66,4–67,9 | 70,8                                     | 69,6–71,9 | 74,3                                  | 73,5–75,2 | 81,0              | 79,9–82,2 |
| Consultaram dentista nos últimos 12 meses                                                                    | 44,4  | 43,8–45,1 | 34,1                                    | 33,4–34,9 | 44,6                                     | 43,1–46,0 | 53,0                                  | 52,0–54,1 | 65,8              | 64,2–67,3 |
| Procuraram atendimento de saúde nas duas últimas semanas anteriores à data da pesquisa                       | 15,3  | 15,0–15,7 | 14,9                                    | 14,4–15,4 | 14,1                                     | 13,2–14,9 | 15,5                                  | 14,9–16,1 | 18,1              | 17,1–19,2 |
| ... e conseguiram atendimento na primeira vez que procuraram                                                 | 95,3  | 94,9–95,8 | 94,5                                    | 93,8–95,2 | 94,6                                     | 93,4–95,7 | 95,9                                  | 95,1–96,7 | 97,7              | 96,9–98,4 |
| ... e conseguiram atendimento                                                                                | 97,0  | 96,6–97,4 | 96,4                                    | 95,7–97,0 | 96,4                                     | 95,5–97,4 | 97,5                                  | 96,8–98,2 | 98,8              | 98,3–99,4 |
| Tiveram atendimento de saúde nas duas últimas semanas e tiveram medicamento receitado                        | 64,8  | 63,8–65,9 | 67,2                                    | 65,7–68,8 | 64,7                                     | 61,9–67,4 | 62,9                                  | 60,9–64,8 | 61,2              | 58,2–64,2 |
| Conseguiram obter todos os medicamentos receitados no último atendimento de saúde                            | 82,5  | 81,2–83,7 | 79,8                                    | 78,0–81,7 | 82,3                                     | 79,6–85,1 | 83,8                                  | 81,8–85,7 | 89,3              | 86,7–91,9 |

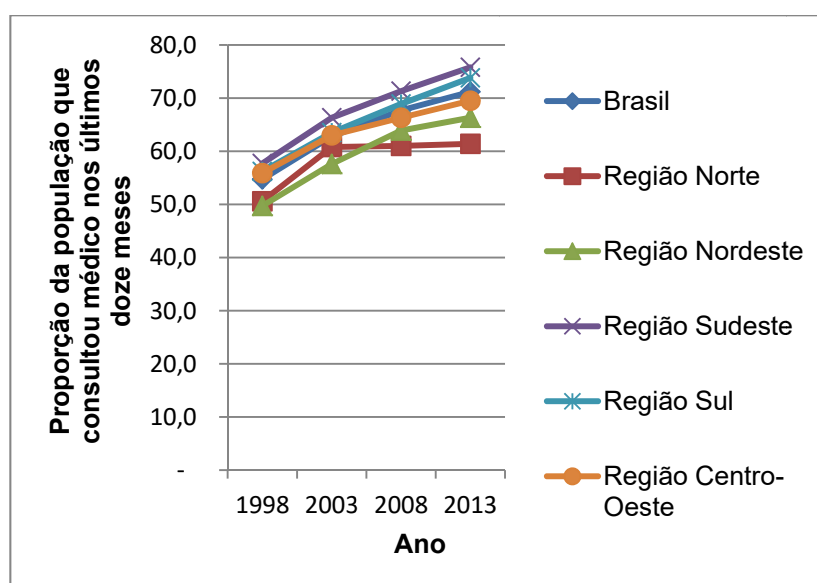
Fonte: STOPA et. al., 2017, p. 6s.

**Tabela 3.** Indicadores de acesso e utilização de serviços de saúde segundo Grandes Regiões. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

| Indicador                                                                                                    | Total |           | Macrorregião |           |          |           |         |           |      |           |              |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------|--------------|-----------|----------|-----------|---------|-----------|------|-----------|--------------|-----------|
|                                                                                                              |       |           | Norte        |           | Nordeste |           | Sudeste |           | Sul  |           | Centro-Oeste |           |
|                                                                                                              | %     | IC95%     | %            | IC95%     | %        | IC95%     | %       | IC95%     | %    | IC95%     | %            | IC95%     |
| Deixaram de realizar atividades habituais por motivo de saúde nas últimas duas semanas anteriores à pesquisa | 7,0   | 6,8–7,2   | 5,8          | 5,4–6,3   | 7,8      | 7,5–8,2   | 6,2     | 5,8–6,6   | 8,4  | 7,8–9,0   | 7,0          | 6,5–7,5   |
| Costumam procurar o mesmo lugar, médico ou serviço de saúde quando precisam de atendimento de saúde          | 77,8  | 77,0–78,6 | 74,2         | 71,9–76,4 | 74,3     | 72,7–75,8 | 79,6    | 78,3–81,0 | 83,0 | 81,2–84,9 | 74,8         | 73,1–76,6 |
| Consultaram médico nos últimos 12 meses                                                                      | 71,2  | 70,7–71,7 | 61,4         | 59,9–62,9 | 66,3     | 65,5–67,2 | 75,8    | 74,8–76,8 | 73,8 | 72,6–74,9 | 69,5         | 68,4–70,6 |
| Consultaram dentista nos últimos 12 meses                                                                    | 44,4  | 43,8–45,1 | 34,4         | 33,0–35,9 | 37,5     | 36,5–38,4 | 48,3    | 47,1–49,5 | 51,9 | 50,2–53,6 | 44,9         | 43,6–46,2 |
| Procuraram atendimento de saúde nas duas últimas semanas anteriores à data da pesquisa                       | 15,3  | 15,0–15,7 | 10,1         | 9,4–10,7  | 13,4     | 12,8–13,9 | 17,1    | 16,4–17,8 | 17,9 | 16,9–18,9 | 13,8         | 13,1–14,4 |
| ... e conseguiram atendimento na primeira vez que procuraram                                                 | 95,3  | 94,9–95,8 | 93,6         | 92,3–95,0 | 93,7     | 92,9–94,5 | 96,3    | 95,5–97,0 | 96,3 | 95,3–97,2 | 93,7         | 92,5–95,0 |
| ... e conseguiram atendimento                                                                                | 97,0  | 96,6–97,4 | 95,6         | 94,4–96,8 | 95,8     | 95,1–96,5 | 97,4    | 96,8–98,1 | 98,2 | 97,6–98,8 | 96,4         | 95,5–97,2 |
| Tiveram atendimento de saúde nas duas últimas semanas e tiveram medicamento receitado                        | 64,8  | 63,8–65,9 | 67,1         | 64,5–69,8 | 63,5     | 61,8–65,3 | 63,8    | 62,0–65,6 | 68,5 | 65,9–71,0 | 65,5         | 63,3–67,7 |
| Conseguiram obter todos os medicamentos receitados no último atendimento de saúde                            | 82,5  | 81,2–83,7 | 75,8         | 72,8–78,8 | 80,8     | 78,9–82,6 | 83,1    | 81,0–85,3 | 84,8 | 82,2–87,5 | 83,0         | 80,7–85,2 |

Fonte: STOPA et al., 2017, p. 7s.

A curva histórica da proporção da população que procurou atendimento médico nos últimos doze meses é abaixo demonstrada (fig. 13):



**Figura 13 – Proporção da população que consultou médico nos últimos doze meses, por região, por ano – Brasil, 1998 a 2013**

Fonte: Dados de 1998, 2003 e 2008: IBGE – Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios – PNAD – Suplemento Saúde; Dados de 2013: STOPA et al., 2017, p. 7s.

Elaboração do autor

Trata-se de um indicador relativo periódico, cuja série histórica permite inferir a extensão do acesso da população ao nível primário do sistema. Verifica-se que, em todas as regiões, há acréscimo, com o tempo, das adesões da população ao sistema. Faz exceção a Região Centro-Oeste, onde a proporção da população que procura o SUS se manteve, ao longo de 2003 a 2013, relativamente estável, oscilando de 63 a 73%.

Estão ainda disponíveis dados do DATASUS, relativos ao número de consultas por habitante. Trata-se de um indicador periódico permanente, que aquilata o acesso ao nível primário do SUS e a capacidade de atendimento da rede básica, no que respeita a atendimento individual de saúde. Estas consultas médicas incluem os serviços de cuidado continuado, a demanda agendada e os serviços de urgência. É um dado registrado mensalmente; um registro insatisfatório é utilizado para incrementar o apoio às equipes, de forma a garantir a satisfação das necessidades da população. Estão disponíveis dados de 2007 a 2012. Para 2015, os dados advêm da base de indicadores de regiões em saúde. Ainda não há dados agrupados para os exercícios de 2013, 2014, 2016 e 2017. Os dados disponíveis estão sumarizados na tabela 4 e na figura 14, abaixo:

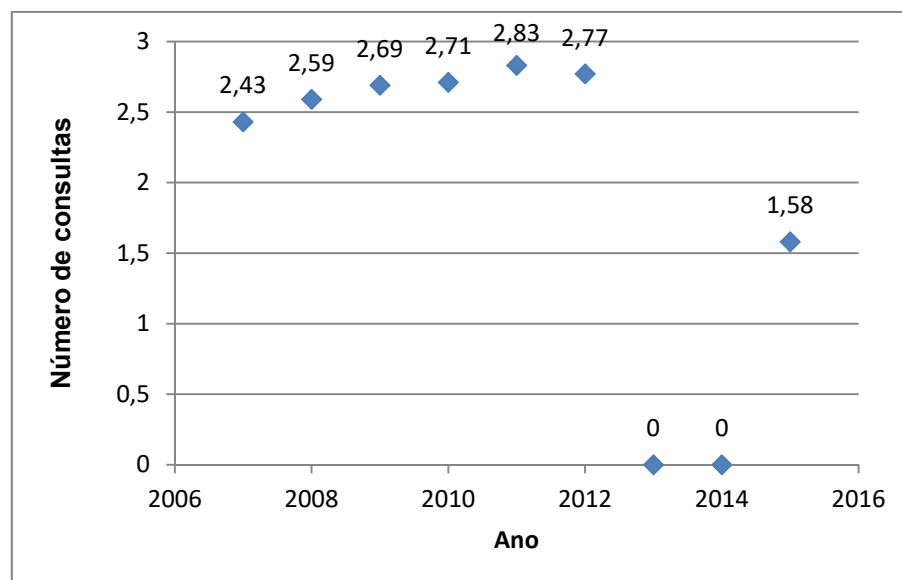
**Tabela 4 – Número de consultas por habitante, por ano, por unidade da federação – Brasil, 2007 a 2012**

| <b>Ano</b>                  | <b>2007</b> | <b>2008</b> | <b>2009</b> | <b>2010</b> | <b>2011</b> | <b>2012</b> |
|-----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>Unidade da Federação</b> |             |             |             |             |             |             |
| Rondônia                    | 2,34        | 1,81        | 2,59        | 2,94        | 3,21        | 3,46        |
| Acre                        | 2,04        | 2,68        | 2,13        | 2,46        | 2,74        | 2,67        |
| Amazonas                    | 2,24        | 2,44        | 2,45        | 2,36        | 2,27        | 2,26        |
| Roraima                     | 2,36        | 2,7         | 2,49        | 2,95        | 2,37        | 2,18        |
| Pará                        | 1,78        | 2,02        | 2,25        | 1,94        | 1,99        | 1,96        |
| Amapá                       | 1,48        | 2,05        | 3,18        | 1,89        | 1,97        | 1,8         |
| Tocantins                   | 2,32        | 2,57        | 2,63        | 2,44        | 2,66        | 2,75        |
| Maranhão                    | 2,29        | 2,37        | 3,09        | 3,1         | 3,15        | 3,11        |
| Piauí                       | 1,88        | 2,06        | 2           | 2,07        | 2,04        | 1,88        |
| Ceará                       | 1,99        | 2,27        | 2,26        | 2,28        | 2,3         | 2,06        |
| Rio Grande do Norte         | 2,58        | 2,8         | 3,05        | 2,58        | 2,9         | 2,61        |
| Paraíba                     | 2,36        | 2,29        | 2,47        | 2,4         | 3,63        | 2,46        |
| Pernambuco                  | 2,21        | 2,32        | 2,42        | 2,38        | 2,43        | 2,41        |
| Alagoas                     | 2,26        | 2,53        | 2,59        | 2,75        | 2,42        | 3,11        |
| Sergipe                     | 2,17        | 2,91        | 2,68        | 2           | 2,04        | 1,95        |
| Bahia                       | 2,06        | 2,31        | 2,24        | 2,12        | 2,3         | 2,38        |
| Minas Gerais                | 2,35        | 2,62        | 2,6         | 2,68        | 2,78        | 2,82        |
| Espírito Santo              | 2,56        | 3,08        | 2,92        | 2,9         | 3,04        | 3,07        |
| Rio de Janeiro              | 2,47        | 2,31        | 2,31        | 2,45        | 2,58        | 2,52        |
| São Paulo                   | 2,98        | 3,21        | 3,38        | 3,43        | 3,46        | 3,37        |
| Paraná                      | 2,55        | 2,66        | 2,68        | 2,91        | 3           | 2,76        |
| Santa Catarina              | 2,37        | 2,37        | 2,62        | 2,5         | 2,73        | 3,11        |
| Rio Grande do Sul           | 2,24        | 2,19        | 2,55        | 2,75        | 2,92        | 2,87        |
| Mato Grosso do Sul          | 2,51        | 2,45        | 2,62        | 2,69        | 4,57        | 2,99        |
| Mato Grosso                 | 3           | 3,05        | 3,49        | 3,07        | 2,53        | 2,89        |
| Goiás                       | 2,22        | 2,1         | 2,2         | 2,43        | 2,65        | 2,73        |
| Distrito Federal            | 2,4         | 3,45        | 2,29        | 2,26        | 2,11        | 2,2         |
| <b>Média (μ)</b>            | <b>2,43</b> | <b>2,59</b> | <b>2,69</b> | <b>2,71</b> | <b>2,83</b> | <b>2,77</b> |

Fonte: Ministério da Saúde, Datasus, 2012.

No que diz com os dados agrupados de caráter nacional, relativos ao número de consultas por habitante, estão representados na figura 14, abaixo:



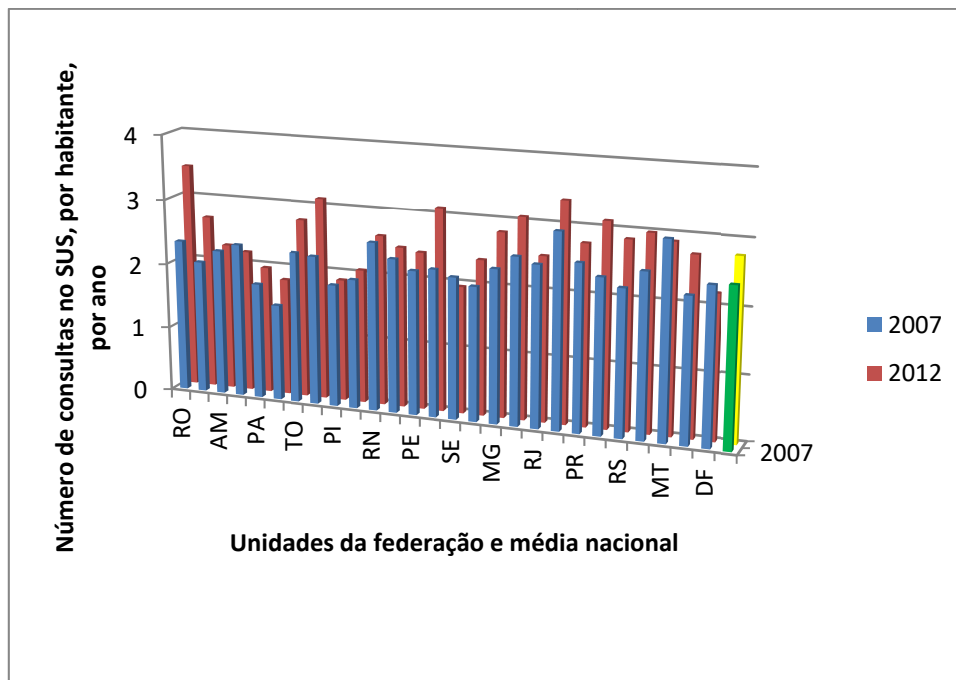


**Figura 14 – Número de consultas médicas, por habitante, por ano – Brasil, 2007 a 2015**

Fontes: 2007 a 2012: Ministério da Saúde, Datasus;  
 2013 e 2014: Não há dados agrupados disponíveis;  
 2015: Base de indicadores das regiões de saúde

Elaboração do autor

Os dados da tabela 4, por unidade da federação, estão apresentados na figura 15:



**Figura 15 – Variação do número de consultas médicas, por habitante, por ano, por unidade da federação – Brasil, 2007 a 2012**

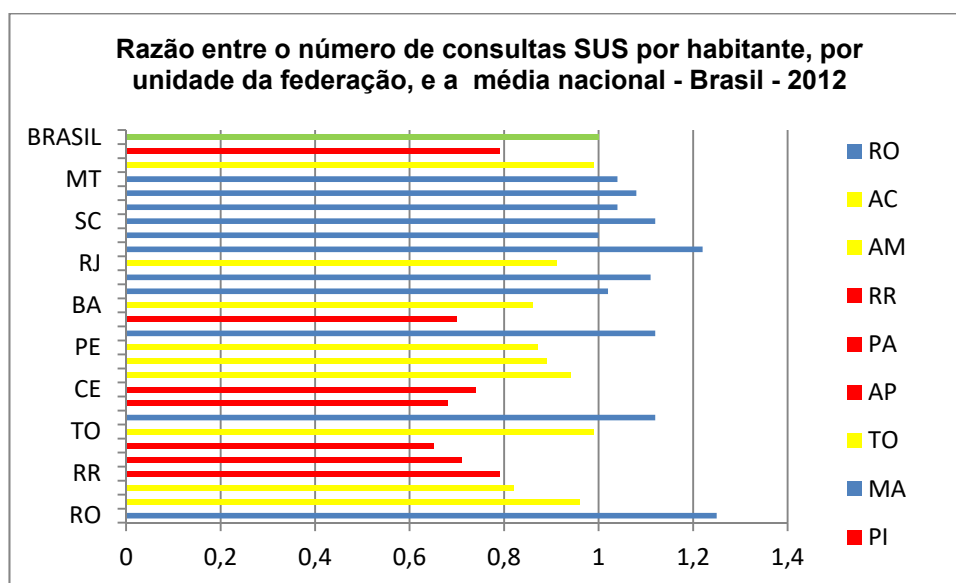
Legenda: Unidades da federação estão indicadas por sua respectiva sigla. A coluna verde à direita representa a média nacional, em 2007. Idem, a coluna amarela, em 2012.

Fonte: Dados do Ministério da Saúde, Datasus, 2012

Elaboração do autor

Destes últimos, advém importante indicador relativo de acesso: a razão entre o número de consultas SUS, por habitante, em cada unidade da federação, e a média nacional, tomada como unidade comparativa. Está apresentado na figura 16, abaixo. Dele advém que seis estados - Sergipe, Ceará, Piauí, Amapá, Pará e Roraima – além do Distrito Federal, oferecem aos seus cidadãos consultas médicas básicas, por habitante, em quantidade inferior a 80% da média nacional. Outros nove estados – Goiás, Rio de Janeiro, Bahia, Pernambuco, Paraíba e Rio Grande do Norte, Tocantins, Amazonas e Acre – situam-se num patamar de 80 a 99,99% da média nacional. Onze estados apresentam-se na média, ou acima desta. Rondônia ofereceu o maior índice de consultas do SUS na atenção básica, por habitante/ano, em 2012: 1,25 x a média nacional daquele ano, 2,77, vale dizer, 3,46 consultas por

habitante/ano, seguido de perto por São Paulo, com 1,22 x 2,77, ou seja, 3,38 consultas por habitante/ano.



**Figura 16 – Razão entre o número de consultas SUS por habitante, por ano, por unidade da federação, e a média nacional – Brasil, 2012**

Legenda: Unidades da federação estão indicadas por sua respectiva sigla. A barra verde acima das demais representa a média nacional, em 2012. As barras vermelhas representam estados cujo índice se situa aquém de 80% da média nacional; barras amarelas indicam índices situados entre 80 e 99,99% da média nacional. Índices iguais ou superiores à média nacional são representados em azul.

Fonte: Dados do Ministério da Saúde, Datasus, 2012.

Elaboração do autor

O monitoramento deste índice garante a integralidade do atendimento a longo prazo. Serve não só para avaliar o acesso, e sua evolução, ao longo do tempo, por uma das mais importantes portas de entrada do sistema, como para aquilatar a manutenção do vínculo e a continuidade do cuidado, para pacientes já integrados ao sistema (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012, p. 49).

É possível traçar relação entre o número de consultas por habitante e a renda média domiciliar per capita. Para o ano de 2010, tem-se a tabela 5, que sumariza, por região, os últimos dados agrupados, existentes na rede Datasus:

**Tabela 5 - Número de consultas médicas por habitante, por ano, em função da renda média domiciliar per capita, em reais, por região – Brasil, 2010**

| Região              | Renda média domiciliar per capita | Número de consultas médicas por habitante/ano | Pearson (r)  |
|---------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------|--------------|
| Região Norte        | 494,11                            | 2,22                                          |              |
| Região Nordeste     | 458,63                            | 2,39                                          |              |
| Região Sudeste      | 943,34                            | 3,03                                          |              |
| Região Sul          | 919,90                            | 2,75                                          |              |
| Região Centro-Oeste | 935,06                            | 2,58                                          |              |
| <b>Total</b>        | <b>767,02</b>                     | <b>2,71</b>                                   | <b>0,835</b> |

Fonte: Dados do Ministério da Saúde, Datasus, 2012.

$t_{\text{calc}} = 2,63 < t_{\alpha 0,05; 3 \text{ gl}} = 3,18$ ; NS

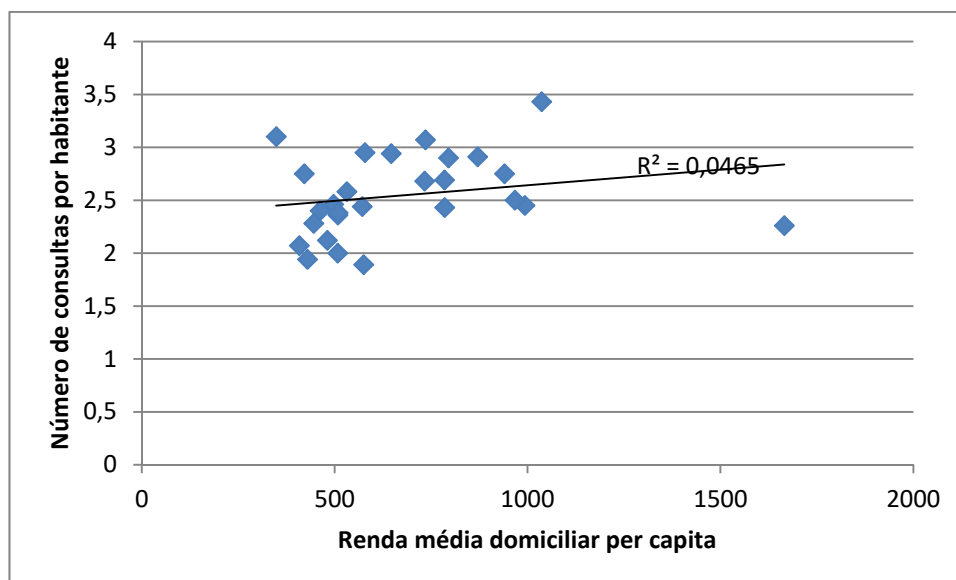
Elaboração e cálculos do autor

Parte-se do pressuposto de que renda média domiciliar per capita e número de consultas por habitante/ano sejam variáveis normalmente distribuídas. O coeficiente de correlação de Pearson (r), calculado entre a renda média domiciliar per capita e o número de consultas médicas por habitante por ano, para os dados da tabela 5 é igual a 0,835. Dado o valor próximo de 1, seria de se presumir, aqui, uma forte correlação entre ambas variáveis.. A dúvida é relevante, porque o número de pares de dados é baixo (são apenas cinco regiões).

Efetua-se o teste estatístico de hipóteses t, para testar a hipótese de que o coeficiente de correlação da população da qual foi extraída seja, de fato, diferente de zero. Chegou-se à conclusão, para o nível de significância  $\alpha$  de 0,05 (i. é, 5%), de que inexistência correlação entre os dados da amostra testada ( $t_{\text{calc}} = 2,63 < t_{\alpha 0,05; 3 \text{ gl}} = 3,18$ ), para três graus de liberdade.<sup>60</sup>

Para aumentar o número de pares de dados, minimizando as limitações do coeficiente de Pearson, esta relação é melhor demonstrada pela figura 17, abaixo, que foi calculada com dados representativos de todas as unidades da federação:

<sup>60</sup>Há significância estatística, contudo, para  $\alpha = 0,10$ , com idêntico número de graus de liberdade.



**Figura 17 – Número de consultas por habitante por ano, em função da renda média domiciliar per capita, em reais, por unidade da federação – Brasil, 2010  $R^2 = 0,0465$**

Fonte: Dados do Ministério da Saúde, Datasus, 2012.

Elaboração e cálculos do autor

A linha contínua ascendente demonstra a tendência de aumento do número de consultas por habitante por ano, à medida que cresce a renda média domiciliar per capita. Entretanto, a grande dispersão dos dados não permitiu, nem mesmo com o aumento do número de pares estatísticos, o estabelecimento de uma correlação.

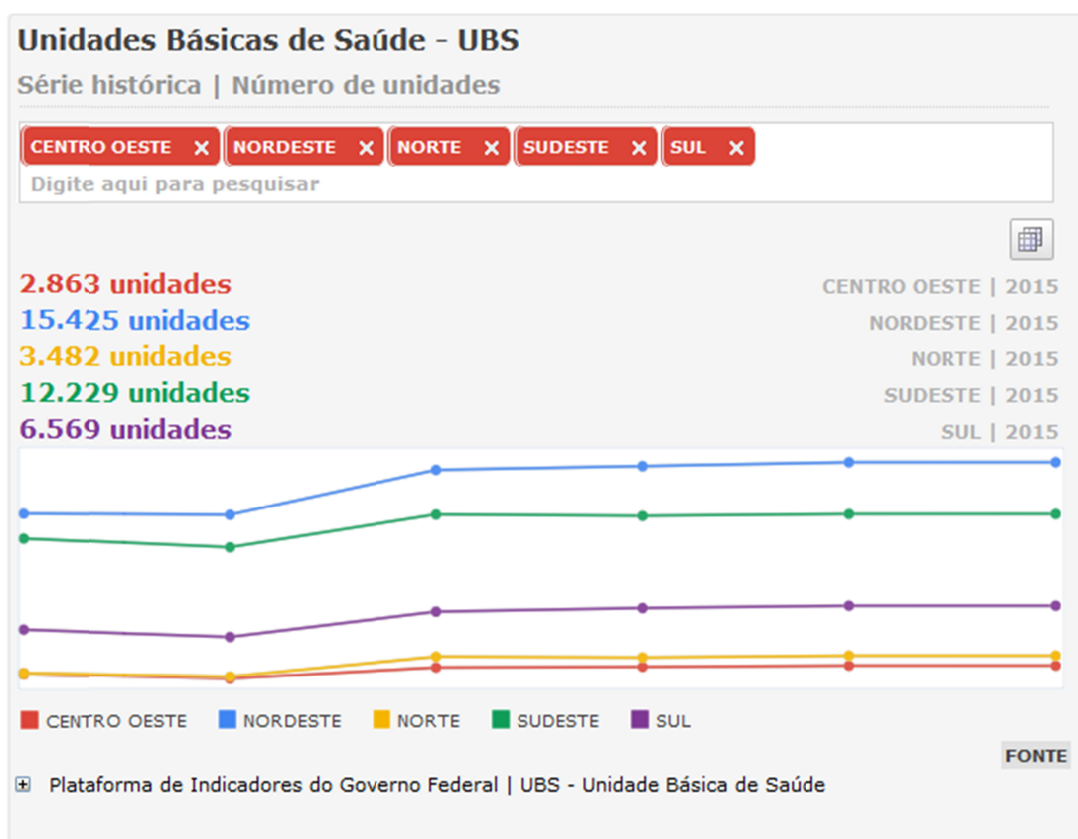
Os dados presentes na tabela 5 permitem calcular o risco atribuível populacional (RAP), respondendo à questão relativa a saber se todas as regiões do país ofertassem consultas a seus habitantes, no nível primário do SUS, como as oferta a região economicamente melhor aquinhoadada, que é a região Sudeste, qual seria o grau de melhora observado na prestação deste serviço médico? A tal respeito, ter-se-á:

$$\text{RAP} = \frac{(| \text{Média nacional} - \text{Taxa da região melhor situada economicamente} |)}{\text{Média nacional}}$$

$$\text{RAP} = (| 2,71 - 3,03 |) / 3,03 = | - 0,1056 | = 0,1056, \text{ i. é, } 10,6\%.$$

Significa isto que, se todas as regiões ofertassem consultas a seus habitantes na extensão em que o faz a região Sudeste, estes serviços sofreriam um aumento médio de 10,6%, bastante modesto.

A rede básica de saúde, onde se dão tais atendimentos, está demonstrada na fig. 18. Em 2015, o país contava com 40.568 unidades básicas de saúde, cuja distribuição regional também ali se demonstra:



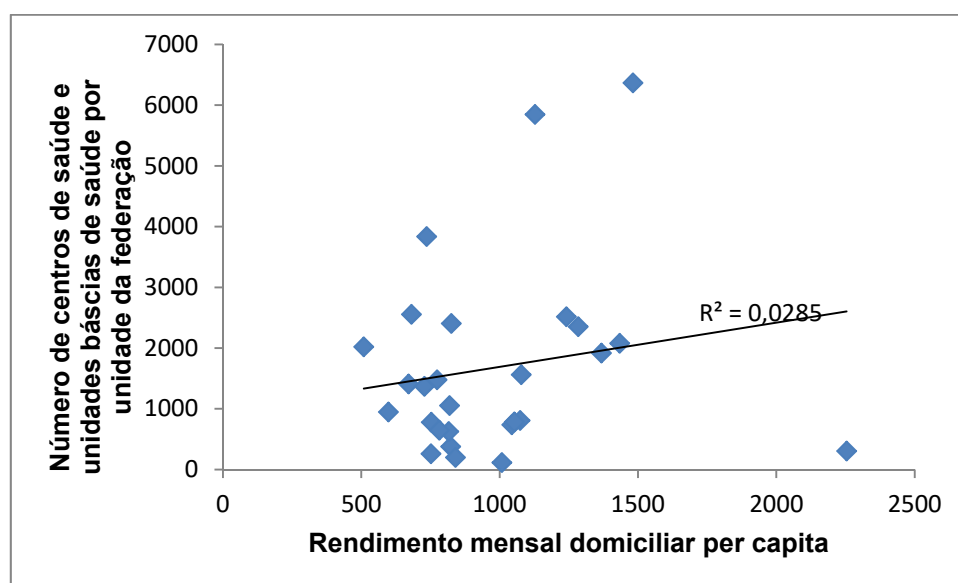
**Figura 18 – Número de unidades básicas de saúde, por região, por ano – Brasil – 2010 a 2015**

Legenda: Os pontos em cada série representam, respectivamente, os anos calendários, de 2010 a 2015.

Fonte: BRASIL. Plataforma de Indicadores do Governo Federal, 2018

Como a série histórica mostra pequeno incremento do número de Unidades Básicas de Saúde, ao longo do tempo, nas Regiões Norte e Centro-Oeste, testou-se

a hipótese de haver correlação entre o número de UBS, em cada qual das entidades federativas, e a respectiva renda média mensal, abaixo demonstrada. A correlação se revelou fraca e, submetida a teste de hipótese t, foi dada como não significativa.



**Figura 19 – Número de centros de saúde e Unidades Básicas de Saúde, por unidade da federação, em função do rendimento mensal domiciliar per capita – Brasil, 2015  $R^2 = 0,0285$**

Fonte: Rendimento médio mensal per capita: IBGE. PNAD Contínua, 2015. Número de centros de saúde e de Unidades Básicas de Saúde: Ministério da Saúde, Tabnet, Datasus, 2015.

Elaboração e cálculos do autor:  $r = 0,17$ ;  $t_{\text{calc}} = 0,86 < t_{\alpha 0,05; 25 \text{ gl}} = 2,06$ ; NS

A meta do Sistema Único de Saúde é de uma unidade básica de saúde (UBS) para cada grupo de 10.000 habitantes. A suficiência ou insuficiência dos recursos instalados na rede básica será, pois, melhor mensurada pela relação entre o número de unidades de saúde e a população da região, como se verifica na tabela 6:

**Tabela 6 - Número de unidades básicas de saúde em função da população, por região - Brasil, 2015**

| Região              | Número de unidades básicas de saúde | População          | Número de unidades básicas de saúde por 10.000 habitantes |
|---------------------|-------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------|
| Região Norte        | 3.482                               | 17.472.646         | 1,99                                                      |
| Região Nordeste     | 15.425                              | 56.560.034         | 2,73                                                      |
| Região Sudeste      | 12.229                              | 85.745.427         | 1,43                                                      |
| Região Sul          | 6.569                               | 29.230.070         | 2,23                                                      |
| Região Centro-Oeste | 2.863                               | 15.442.203         | 1,85                                                      |
| <b>Total</b>        | <b>40.568</b>                       | <b>204.450.380</b> | <b>1,98</b>                                               |

Fonte: Unidades básicas de saúde: BRASIL. Plataforma de Indicadores do Governo Federal, 2018; População por região: BRASIL. Ministério da Saúde, Datasus. 2018.

Elaboração e cálculos do autor

Média nacional  $\mu$  = 1,98 UBS: 10.000 hab.

Um índice próprio para aquilatar o número de unidades básicas de saúde é a razão entre a taxa regional e a média nacional, que é de 1,98 unidades básicas de saúde por 10.000 habitantes, calculada com os dados da tabela 6. Ter-se-á, na tabela 7:

**Tabela 7 - Razão entre o número de unidades básicas de saúde por 10.000 habitantes, por região, e a média nacional - Brasil, 2015**

| Região              | Número de unidades básicas de saúde (UBS) por 10.000 habitantes | Média nacional (UBS: 10.000 habitantes) | Razão entre o número de UBS por 10.000 habitantes e a média nacional |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Região Norte        | 1,99                                                            | 1,98                                    | 1,00                                                                 |
| Região Nordeste     | 2,73                                                            | 1,98                                    | 1,38                                                                 |
| Região Sudeste      | 1,43                                                            | 1,98                                    | 0,72                                                                 |
| Região Sul          | 2,23                                                            | 1,98                                    | 1,13                                                                 |
| Região Centro-Oeste | 1,85                                                            | 1,98                                    | 0,93                                                                 |

Fonte: Dados da tabela 6

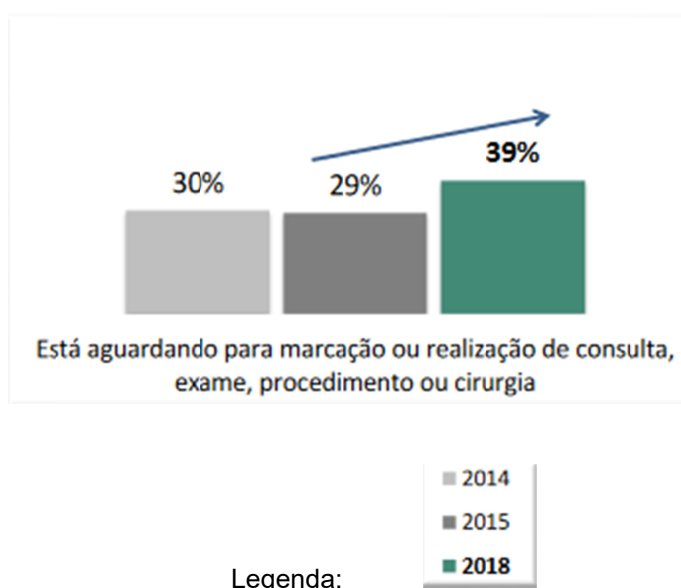
Elaboração e cálculos do autor

Resta assim evidenciado que a região melhor suprida de unidades básicas de saúde no país, em termos relativos, é a região Nordeste, seguida da região Sul. Valores da razão entre a taxa regional e a média nacional próximos de 1, o que corresponde à quase totalidade das regiões, indicam que a distribuição deste recurso de saúde é bastante equânime, em todo território nacional. Faz distinção a região Sudeste, cuja capacidade instalada se encontra bastante aquém da média



nacional, embora atinja a meta do SUS, supra referida. A razão entre as razões da região pior suprida, a região Sudeste, e a melhor aquinhoadada a tal tocante, a região Nordeste – 0,52 – faz ver que o Nordeste, em proporção às respectivas populações, apresenta quase o dobro de unidades básicas de saúde, quando comparada com a rede básica da região Sudeste.

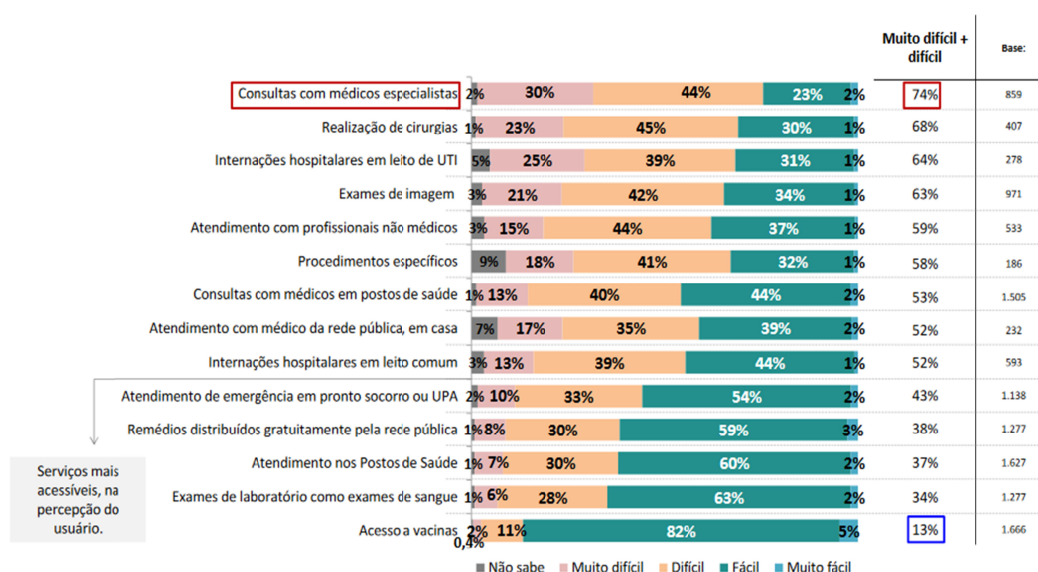
Apesar de a meta do sistema haver sido atingida, em todas as regiões, ainda há inúmeras dificuldades para que se chegue à satisfação das necessidades básicas da população, na área da atenção à saúde. Recente pesquisa do Conselho Federal de Medicina (2018), levada a campo pelo Instituto Datafolha, trouxe dados relevantes ao entendimento do funcionamento do sistema. Da amostra estudada, verifica-se que está aumentando, com o tempo, a proporção de indivíduos que está aguardando a realização de consulta, exame, procedimento, ou cirurgia, evidenciando insuficiências do sistema, regionalmente situadas em todos os níveis (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA; DATAFOLHA, 2018, p. 57 – cf. fig. 20).



**Figura 20 – Proporção de indivíduos que está aguardando realização de consulta, exame, procedimento ou cirurgia no SUS, em percentagem – Brasil – 2018**

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA;  
DATAFOLHA, 2018, p. 57

Por fim, advém dos dados do Conselho Federal de Medicina que a população vê como facilmente acessíveis atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde, porta de entrada do sistema, assim como nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou Pronto Socorros, já participantes no nível secundário. Os demais serviços são vistos como de mais difícil acesso (Id., 2018, p. 30). A distribuição da facilidade de acesso aos serviços públicos de saúde prestados pelo SUS, na opinião dos usuários, é apresentada na figura 21:



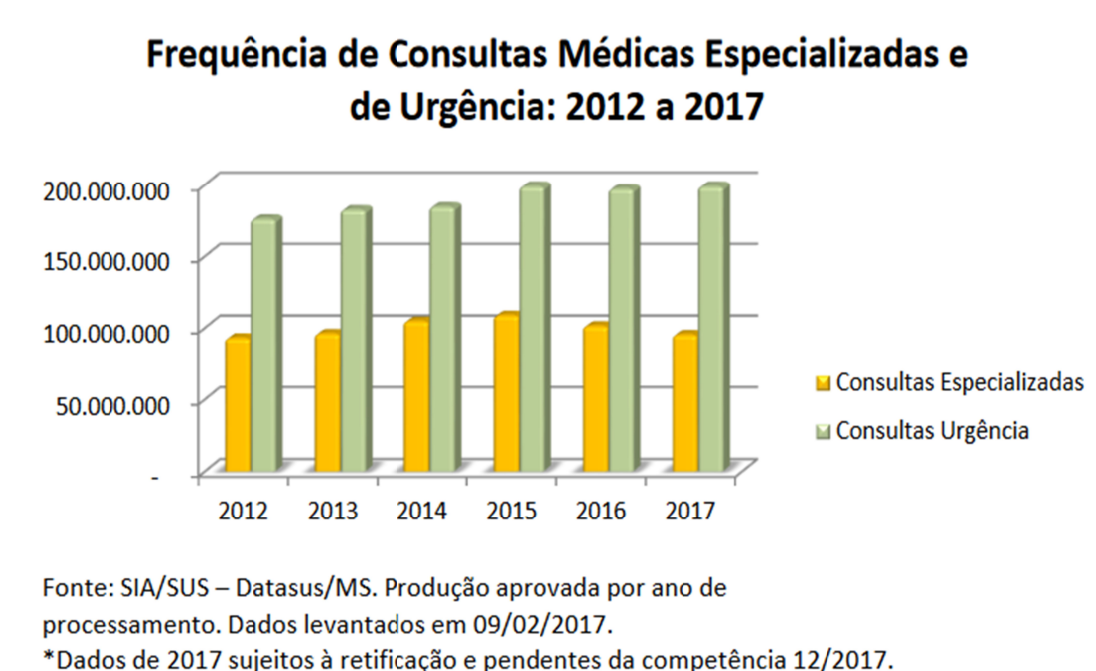
**Figura 21 – Facilidade de acesso aos serviços de saúde prestados pelo SUS, na opinião dos usuários – Brasil, 2018**

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA; DATAFOLHA, 2018, p. 30.

O resultado é compatível com um serviço estruturado fundamentalmente para a atenção primária, da qual se busca um alto grau de resolutividade.

Em que pese tratar-se de indicador que aquilata o nível secundário, intermédio do sistema, o acesso a consultas especializadas e a consultas de urgência pode ser aqui sumarizado. De maneira geral, desde 2012 até 2017, cerca de 35% das

consultas especializadas dadas no país ocorrem no âmbito do SUS. O mesmo se diga quanto a 65% das consultas de urgência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018, p. 234). Esta distribuição é representada na fig. 22, abaixo:



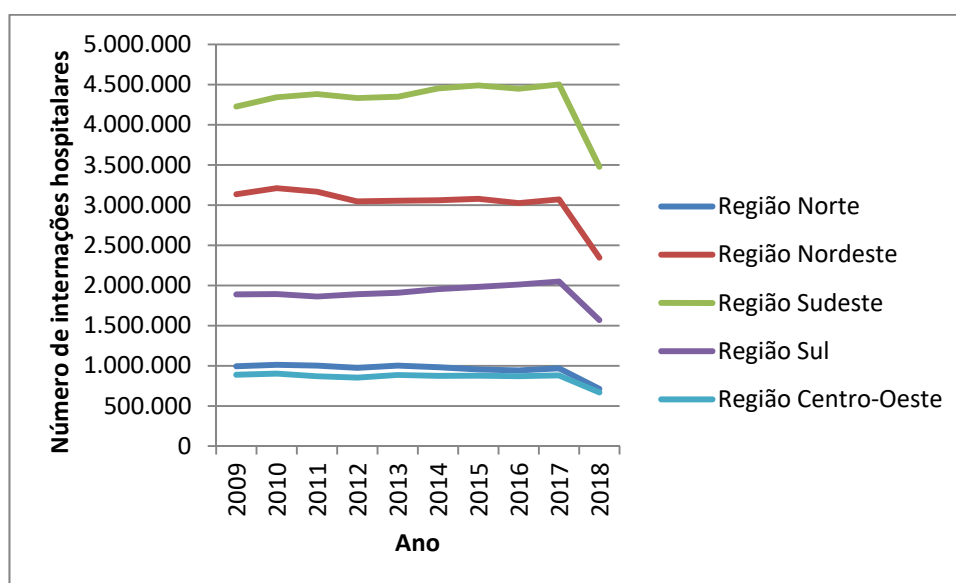
**Figura 22 – Número de consultas médicas especializadas e de urgência – Brasil, 2012 a 2017**

Verifica-se, com facilidade, que, de 2015 em diante, houve redução no número de consultas especializadas, embora o índice não esteja aqui relativizado.

#### **4.1.2 Internações de caráter geral e para cirurgias**

Este indicador avalia, juntamente com o índice de internações gerais, o nível secundário do sistema, que aqui se compõe das UPAs e dos hospitais de média complexidade, inclusive de urgência e emergência. Como acima se verifica, os usuários já vêem dificuldades no acesso a internações, seja em leitos hospitalares comuns, seja em unidades próprias à realização de procedimentos cirúrgicos, muitos deles antecidos de consultas com especialistas (cf. fig. 21, supra).

A longa série histórica de internações hospitalares de caráter geral, apresentada na figura 23, mostra que, em números absolutos, vêm elas se mantendo, aparentemente, quase inalteradas.<sup>61</sup>



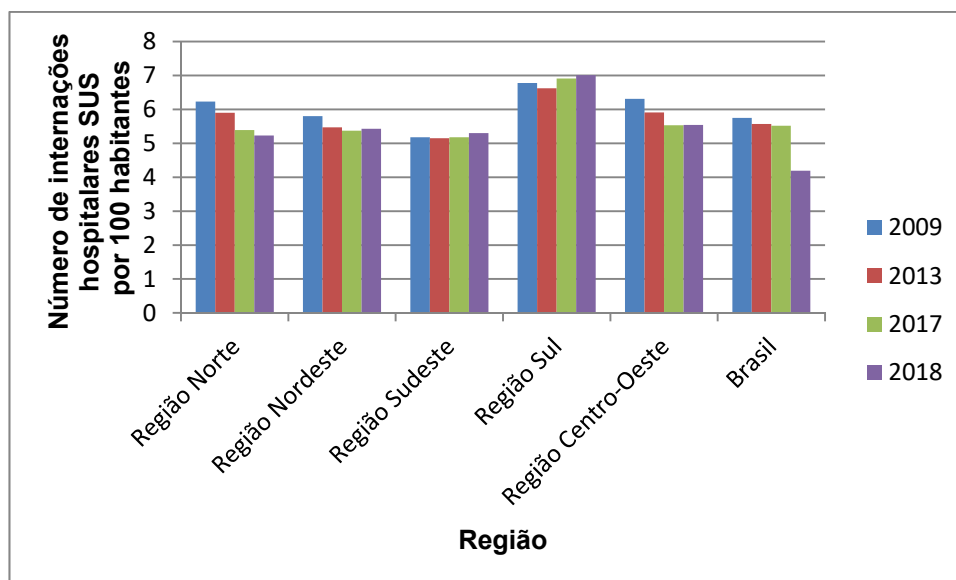
**Figura 23 – Internações hospitalares de caráter geral, pelo SUS, por ano, por região – Brasil, 2009 a 2018**

Fonte: Dados do Ministério da Saúde, Datasus, Tabnet, 2018.

Elaboração do autor

No entanto, quando se toma em conta índice relativo, qual seja a taxa de internação hospitalar, por grupo de cem habitantes, ao longo do tempo, a série histórica demonstra que apenas nas regiões Sul e Sudeste houve aumento do número de internações, em ambas discreto, ao passo que, nas demais, houve decréscimo, daí decorrendo a redução significativa do índice, de 27,3%, para todo o país, ao longo do período (cf. fig. 24 e, ainda, tabela 8, abaixo).

<sup>61</sup>A queda que o gráfico da fig. 23 aponta em 2018 em todas as regiões deve-se ao fato de que os dados tabulados, neste ano, vão apenas de janeiro a setembro, não incluindo o último trimestre.



**Figura 24 – Internações hospitalares de caráter geral, pelo SUS, por grupo de cem habitantes, por região – Brasil, 2009 a 2018**

Fonte: Dados do Ministério da Saúde, Datasus, Tabnet, 2018.

Elaboração do autor

**Tabela 8 – Variação do número de internações hospitalares, de caráter geral, pelo SUS, por grupo de cem habitantes, por região – Brasil, 2009 a 2018**

| Região              | Ano 2009 | Ano 2018 | Variação % |
|---------------------|----------|----------|------------|
| Região Norte        | 6,23     | 5,23     | (16,05)    |
| Região Nordeste     | 5,8      | 5,43     | (6,38)     |
| Região Sudeste      | 5,18     | 5,3      | 2,32       |
| Região Sul          | 6,78     | 7,01     | 3,39       |
| Região Centro-Oeste | 6,31     | 5,54     | (12,2)     |
| Brasil              | 5,75     | 4,19     | (27,3)     |

Fonte: Dados do Ministério da Saúde, Datasus, Tabnet, 2018

Elaboração do autor

Estes dados permitem calcular o índice de dissimilaridade com relação às internações hospitalares, de forma a responder à questão que proporção dentre

essas deveria ser redistribuída, para que todas as regiões viessem a apresentar igualdade?

O índice de dissimilaridade (ID) se calcula em duas etapas: inicialmente, calcula-se o índice de dissimilaridade absoluto ( $ID_A$ ), pela fórmula

$$ID_A = 0,5 \cdot \sum_{i=1}^n |O_i - E_i| \quad (1), \quad \text{na qual } ID_A \text{ é o índice de dissimilaridade}$$

absoluto,  $\Sigma$  é o somatório, e  $|O_i - E_i|$  é a soma modular da diferença entre os casos obtidos e os casos esperados na população. Efetuada esta operação, divide-se o índice de dissimilaridade absoluto pelo número total de casos observados, segundo a fórmula

$$ID = ID_A / O \quad (2).$$

Tais cálculos, para o ano de 2017, tomando-se em conta os dados da figura 24 e os dados de população daquele ano (BRASIL. IBGE, 2017), resultam em um índice de dissimilaridade (ID) de 12,43%<sup>62</sup>, no que respeita ao número de internações de caráter geral. Isto implica que, para que houvesse igualdade entre as diferentes regiões do país a tal tocante, mais de 1.380.000 internações hospitalares deveriam ser redistribuídas.

Para os demais exercícios evidenciados na figura 24, os índices de dissimilaridade para a distribuição das internações hospitalares, por região, estão expressos na tabela 9:

---

<sup>62</sup>Há vários índices de dissimilaridade estatisticamente calculáveis, de sorte que existe certo grau arbítrio na escolha de cada qual. Estamos utilizando o índice de dissimilaridade de Duncan & Duncan, que é de cálculo facilitado. É um número entre 0 e 1, expresso em porcentagem. Quanto mais próximo de zero, maior a similitude entre os grupos estudados; ao oposto, quanto mais próximo de 1, maior a dissimilaridade.

**Tabela 9 – Índices de dissimilaridade da distribuição de internações hospitalares, em relação à região melhor suprida – Brasil, 2009 a 2017**

| Ano  | Índice de dissimilaridade absoluto (ID <sub>A</sub> ) | Índice de dissimilaridade (ID)<br>% |
|------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 2009 | 978.522,96                                            | 8,94                                |
| 2013 | 1.055.007,87                                          | 9,42                                |
| 2017 | 1.388.877,90                                          | 12,43                               |

Fonte: Dados do Ministério da Saúde – Datasus, 2018; Dados populacionais: IBGE, 2013 e 2017. Cálculos do autor

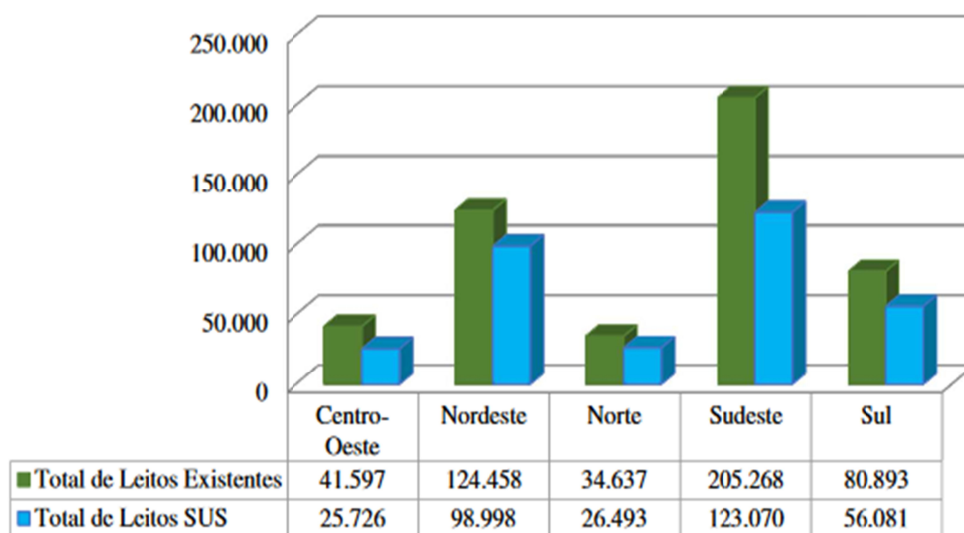
Verifica-se que, ao longo do tempo, tem havido uma drástica redução deste recurso de saúde em todas as regiões. O índice de dissimilaridade vem aumentando, ao longo do tempo e, no período que medeia entre 2009 e 2017, cresceu 39,01%. Representa isto redução substancial dos serviços do nível secundário do SUS, máxime quando se considere, à vista da igualdade constitucional, e à luz da disposição da ONU no sentido de que devem estar disponíveis cuidados de saúde nos mais elevados padrões que, em todo o país, os serviços deveriam estar, relativamente, no nível ofertado à região melhor suprida, que é a região Sul. Não é o que está acontecendo no Brasil. Examinem-se agora os leitos nos quais se dão tais internações:

Estas internações se dão numa rede de 7.514 estabelecimentos de saúde, dos quais 3.091 (41,14%) são públicos, e os restantes 4.423 (58,86%), privados. Deste total, 5.455 hospitais distribuem os 330.368 leitos SUS disponíveis no país (BRASIL. Ministério da Saúde, 2018, p. 148-150).<sup>63</sup> Há 5.118 hospitais gerais e 1.041 hospitais especializados (Id., p. 149).<sup>64</sup>

Os leitos disponíveis, bem como sua distribuição por região, são apresentados na figura 25:

<sup>63</sup>Outros 156.485 leitos existem ainda no país, atendendo a rede privada, não vinculada ao SUS.

<sup>64</sup>O somatório dos hospitais gerais e especializados é superior ao total de hospitais existentes porque diversos atuam em ambas áreas.



**Fig. 25 – Número de leitos existentes e de leitos SUS, por região – Brasil, 2017**

Fonte: Ministério da Saúde, 2018, p. 150.

O Conselho Federal de Medicina apurou que, entre 2010 e 2018, o país perdeu mais de 34.000 leitos do SUS, ao passo em que ocorreu aumento de leitos hospitalares que não se dedicam ao sistema, como pode ser visto na tabela 10, abaixo:



**Tabela 10 – Leitos de internação hospitalar, por estado, SUS e outros – Brasil, 2010 a 2018**

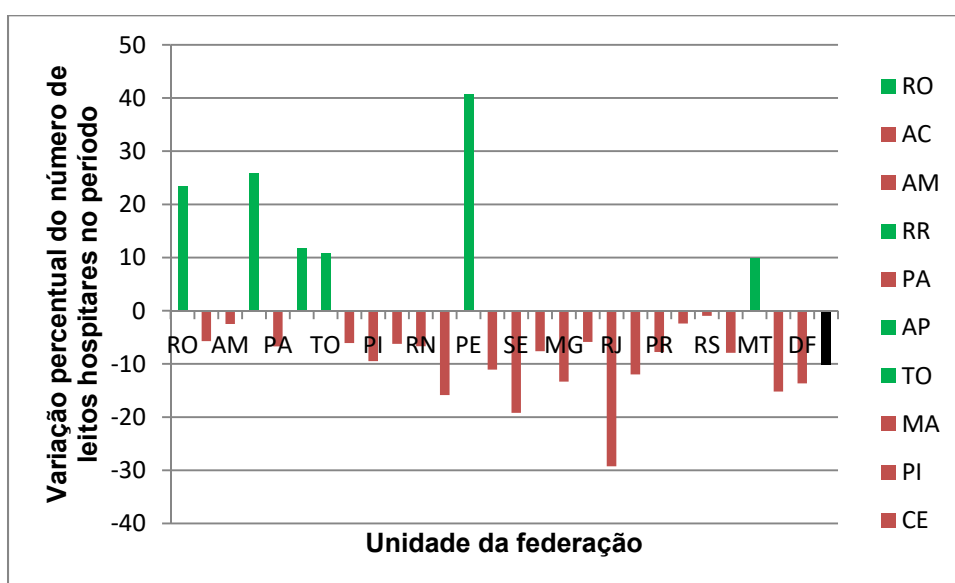
| Leitos de INTERNAÇÃO por ESTADO - 2010 a 2018 |                      |               |               |                      |               |              |
|-----------------------------------------------|----------------------|---------------|---------------|----------------------|---------------|--------------|
| Estado                                        | LEITOS SUS           |               |               | LEITOS "NÃO SUS"     |               |              |
|                                               | Leitos de Internação |               |               | Leitos de Internação |               |              |
|                                               | 2010                 | 2018          | Variação      | 2010                 | 2018          | Variação     |
| Acre                                          | 1383                 | 1304          | -79           | 136                  | 155           | 19           |
| Alagoas                                       | 5417                 | 4818          | -599          | 838                  | 1442          | 604          |
| Amapá                                         | 882                  | 985           | 103           | 159                  | 170           | 11           |
| Amazonas                                      | 5087                 | 4961          | -126          | 842                  | 825           | -17          |
| Bahia                                         | 25132                | 23216         | -1916         | 4761                 | 6195          | 1434         |
| Ceará                                         | 14775                | 13855         | -920          | 3793                 | 4346          | 553          |
| Distrito Federal                              | 4866                 | 4202          | -664          | 1982                 | 2381          | 399          |
| Espírito Santo                                | 5484                 | 5162          | -322          | 2206                 | 2548          | 342          |
| Goiás                                         | 12640                | 10717         | -1923         | 4923                 | 7117          | 2194         |
| Maranhão                                      | 13207                | 12404         | -803          | 2002                 | 1543          | -459         |
| Mato Grosso                                   | 4825                 | 5298          | 473           | 1761                 | 2048          | 287          |
| Mato Grosso do Sul                            | 3855                 | 3550          | -305          | 2106                 | 2061          | -45          |
| Minas Gerais                                  | 31858                | 27614         | -4244         | 11733                | 13566         | 1833         |
| Pará                                          | 11508                | 10735         | -773          | 3680                 | 4529          | 849          |
| Paraíba                                       | 8106                 | 6820          | -1286         | 1427                 | 1632          | 205          |
| Paraná                                        | 20903                | 19282         | -1621         | 8033                 | 7968          | -65          |
| Pernambuco                                    | 17731                | 16505         | -1226         | 3812                 | 4684          | 872          |
| Plauí                                         | 7317                 | 6624          | -693          | 939                  | 976           | 37           |
| Rio de Janeiro                                | 32702                | 23133         | -9569         | 16571                | 15399         | -1172        |
| Rio Grande do Norte                           | 6568                 | 6103          | -465          | 1089                 | 1344          | 255          |
| Rio Grande do Sul                             | 20975                | 20775         | -200          | 9472                 | 9640          | 168          |
| Rondônia                                      | 2697                 | 3326          | 629           | 974                  | 1008          | 34           |
| Roraima                                       | 771                  | 970           | 199           | 13                   | 82            | 69           |
| Santa Catarina                                | 11222                | 10953         | -269          | 4033                 | 4303          | 270          |
| São Paulo                                     | 61095                | 53770         | -7325         | 35450                | 38338         | 2888         |
| Sergipe                                       | 2924                 | 2363          | -561          | 814                  | 788           | -26          |
| Tocantins                                     | 2121                 | 2352          | 231           | 316                  | 470           | 154          |
| <b>Total</b>                                  | <b>336051</b>        | <b>301797</b> | <b>-34254</b> | <b>123865</b>        | <b>135558</b> | <b>11693</b> |

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES) / CFM - Competência maio de cada ano

Extraído de CFM. Portal CFM, 2018.

A perda, ao longo dos nove anos do período, foi de 10,19% do total da capacidade instalada no SUS. Doutra banda, os leitos não dedicados ao sistema aumentaram em 9,4%. As regiões metropolitanas que mais sofreram foram Rio de Janeiro, com redução de pouco mais de 4.000 leitos no período, seguindo-se Fortaleza e Curitiba, a primeira com perda de cerca de 900, e a segunda com redução de cerca de 850 leitos hospitalares, neste interregno. Recife, Cuiabá, Porto Velho e Salvador tiveram acréscimo de leitos hospitalares, a primeira de cerca de 500 leitos, e as restantes de pouco mais de 300 leitos, cada qual (Id., 2018).

A variação percentual havida, ao longo do tempo, no total de leitos de internação hospitalar do SUS está representada na fig. 26, para todas as unidades da federação. Apenas cinco estados, no período entre 2010 e 2018, apresentaram aumento de sua capacidade instalada de leitos de internação. Todos os restantes vinte e um estados, além do Distrito Federal, apresentaram redução de seus leitos de internação hospitalar, a mais importante se havendo dado, em números absolutos, no Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais e, em números relativos, no Rio de Janeiro (redução de 29,26% dos leitos instalados); Sergipe (perda de 19,19% de seus leitos) e Paraíba (redução de 15,86% dos leitos SUS para internação hospitalar).



**Figura 26 – Variação percentual do número de leitos de internação hospitalar do SUS, por unidade da federação – Brasil, 2010 a 2018**

Legenda: Barras verdes: estados com variação positiva; Barras vermelhas: estados com variação negativa; Barra preta à direita: variação negativa total do país, no período 2010-2018.

Fonte: Dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES; Conselho Federal de Medicina, 2018

Elaboração e cálculos do autor

Especificamente quanto a procedimentos cirúrgicos eletivos, o recente Relatório de Gestão da Secretaria de Atenção Básica à Saúde do Ministério da

Saúde refere o número de cirurgias eletivas realizadas nos três últimos anos sob auspícios do sistema (Ib., p. 236). Os dados são apresentados na tabela 11:

**Tabela 11 – Número de cirurgias eletivas realizadas pelo SUS – Brasil, 2015 a 2017**

| <b>Período</b> | <b>Cirurgias eletivas realizadas</b> | <b>Varição (% em relação a 2015)</b> |
|----------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Jan-nov/2015   | 1.991.129                            | -                                    |
| Jan-nov/2016   | 1.841.858                            | (7,5)                                |
| Jan-nov/2017   | 1.827.811                            | (8,2)                                |

Fonte: Dados do Ministério da Saúde – Relatório de Gestão - Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares do SUS (SIA/SUS e SIH/SUS), janeiro/2018, p. 236.

Cálculos do autor

Houve uma redução de 8,2% no número de procedimentos eletivos efetuados pelo sistema nos três últimos anos, com um acúmulo represado de procedimentos que motivou o Conselho Federal de Medicina a avaliar a extensão da fila de espera, resultando na informação de que, dos procedimentos cirúrgicos pendentes de execução no país, aproximadamente metade se enquadra em um dentre cinco cirurgias de média complexidade, a saber: facectomia (113.185 cirurgias pendentes, dados de dezembro de 2017); hernioplastia (95.752 pacientes); colecistectomia (90.275 pacientes); varizes (77.854 pacientes) e adenoamigdalectomia ou adenoidectomia (37.776 pacientes) – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017. São, todos eles, procedimentos que podem ser efetuados, na imensa maioria das vezes, em hospitais de média complexidade.

O total de cirurgias que aguardam execução, por estado, pode ser visto na tabela 12:

**Tabela 12 – Fila de espera para cirurgias eletivas no SUS, por unidade da federação – Brasil, 2017**

| FILA DE ESPERA PARA CIRURGIAS ELETIVAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - POR ESTADO - |                         |                          |                                   |                             |            |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|------------|
| Estado                                                                          | Quantidade de cirurgias | Municípios de Residência | Data de Inclusão Primeiro da Fila | Procedimento mais demandado |            |
|                                                                                 |                         |                          |                                   | Nome                        | Quantidade |
| Alagoas                                                                         | 1.965                   | 80                       | 2011                              | Cirurgia de catarata        | 282        |
| Bahia <sup>1</sup>                                                              | 1.234                   | 126                      | 2017                              | Cirurgia de vesícula        | 247        |
| Ceará                                                                           | 18.434                  | 162                      | 2008                              | Cirurgia de catarata        | 4.582      |
| Goiás                                                                           | 55.192                  | 245                      | 2007                              | Cirurgia de catarata        | 14.777     |
| Maranhão                                                                        | 1.789                   | 16                       | 2013                              | Cirurgia de vesícula        | 635        |
| Mato Grosso do Sul                                                              | 35.071                  | 79                       | 2012                              | Cirurgia de varizes         | 4.787      |
| Minas Gerais                                                                    | 434.598                 | 815                      | 2016                              | Cirurgia de varizes         | 31.440     |
| Pará                                                                            | 21.426                  | 104                      | 2010                              | Cirurgia de vesícula        | 3.226      |
| Paraíba                                                                         | 5.496                   | 155                      | 2013                              | Cirurgia de catarata        | 1.452      |
| Paraná                                                                          | 11.431                  | 142                      | 2010                              | Cirurgia de varizes         | 1.359      |
| Pernambuco                                                                      | 18.464                  | 134                      | 2010                              | Cirurgia de catarata        | 2.755      |
| Rio Grande do Norte <sup>2</sup>                                                | 1.315                   | 166                      | 2016                              | -                           | -          |
| Rio Grande do Sul                                                               | 39.158                  | 450                      | 2009                              | Cirurgia de catarata        | 5.119      |
| Rondônia                                                                        | 6.090                   | 203                      | 2017                              | Cirurgia de vesícula        | 732        |
| São Paulo                                                                       | 143.547                 | 373                      | 2005                              | Cirurgia de catarata        | 23.539     |
| Tocantins                                                                       | 5.886                   | 174                      | 2009                              | Hérnia inguinal             | 486        |

Fonte: Conselho Federal de Medicina - CFM

Dados obtidos via Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527/2011). Data de corte: 20/06/2017. Levantamento não considera número de pacientes, mas de procedimentos estabelecidos na Tabela SUS. Mesmo paciente pode constar em mais de um procedimento e até mesmo em mais de uma localidade.<sup>1</sup>Apenas lista de pacientes que ingressaram na lista em 2017. <sup>2</sup>Apenas lista de cirurgias ortopédicas.

O estado no qual se verifica a maior demanda cirúrgica represada, distribuída por todo seu território, é Minas Gerais, seguido por São Paulo. Muito aquém destes, está situado Goiás.

Um retrato mais detalhado da situação, a tal tocante, de algumas regiões metropolitanas, em todo o país, está presente na tabela 13:

**Tabela 13 - Fila de espera para cirurgias eletivas no SUS em algumas regiões metropolitanas – Brasil, 2017**

**FILA DE ESPERA PARA CIRURGIAS ELETIVAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - POR CAPITAL - BRASIL, 2017**

| CAPITAL                | Quantidade de cirurgias | Municípios de Residência | Data Primeiro da Fila | Procedimento mais demandado  |            |
|------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------------|------------------------------|------------|
|                        |                         |                          |                       | Nome                         | Quantidade |
| Aracaju                | 2.013                   | 84                       | 2016                  | Hérnia inguinal              | 150        |
| Belo Horizonte         | 25.885                  | -                        | -                     | Histeroscopia                | 1.359      |
| Boa Vista <sup>1</sup> | 73                      | -                        | 2017                  | -                            | -          |
| Campo Grande           | 4.081                   | 98                       | 2015                  | Cirurgia de vesícula         | 403        |
| Fortaleza              | 25.116                  | 282                      | 2003                  | Cirurgia de vesícula         | 1.464      |
| João Pessoa            | 1.717                   | 5                        | 2014                  | Cirurgia de catarata         | 573        |
| Palmas                 | 2.126                   | -                        | 2016                  | -                            | -          |
| Porto Alegre           | 4.288                   | 294                      | 2012                  | Cirurgia de catarata         | 678        |
| Recife                 | 6.712                   | -                        | -                     | Cirurgia de catarata         | 1.707      |
| São Paulo              | 30.980                  | -                        | 2014                  | Cirurgia Ortopédica - Joelho | 11.679     |

Fonte: Conselho Federal de Medicina - CFM

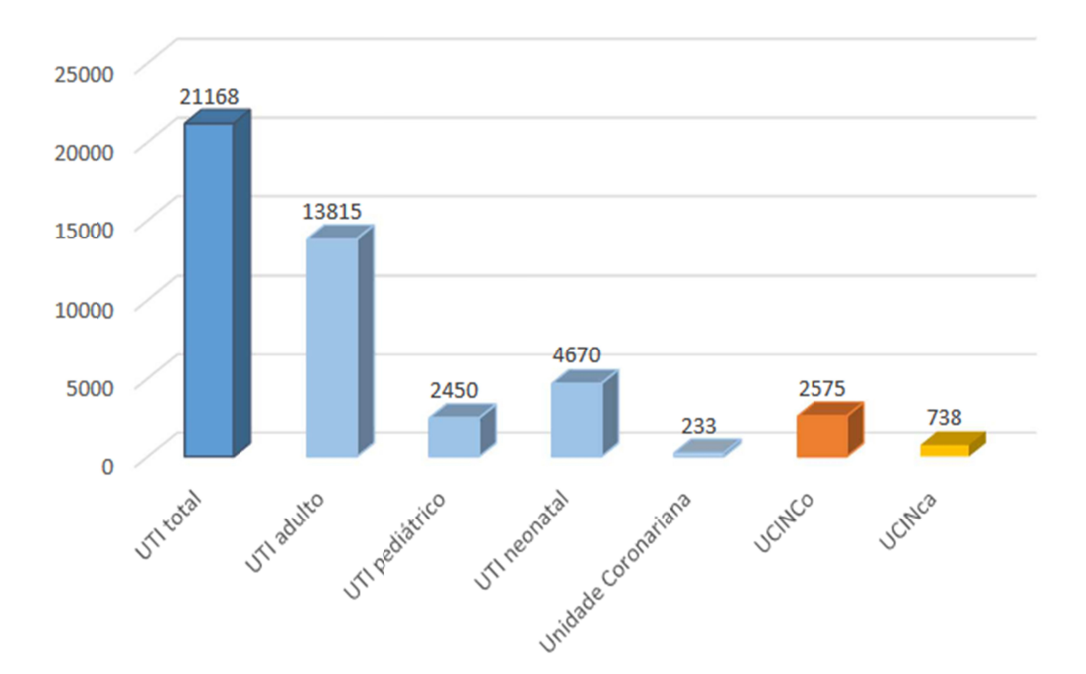
Dados obtidos via Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527/2011). Data de corte: 20/06/2017. Levantamento não considera número de pacientes, mas de procedimentos estabelecidos na Tabela SUS. Mesmo paciente pode constar em mais de um procedimento e até mesmo em mais de uma localidade.<sup>1</sup>Apenas lista de pacientes de uma unidade hospitalar. <sup>2</sup>Apenas lista de cirurgias oftalmológicas.

O maior número de procedimentos cirúrgicos represados se encontra na região metropolitana de São Paulo. Em segundo lugar, vêm Belo Horizonte e Fortaleza. O menor número de cirurgias represadas ocorre em João Pessoa. É relevante observar que diversas capitais, como Porto Alegre e Fortaleza, funcionam como centro de referência de centenas de municípios, lá se efetuando cirurgias de pacientes encaminhados, o que sobrecarrega singularmente a capacidade instalada nesses centros.

Os recursos financeiros empregados, de janeiro a outubro de 2017, a fim de satisfazer as 4.392.461 internações hospitalares ocorridas nos hospitais públicos (51,6% das internações hospitalares totais no período), foram de R\$ 4.668.509.031,44 (quatro bilhões, seiscentos e sessenta e oito milhões, quinhentos e nove mil e trinta e um reais e quarenta e quatro centavos), correspondendo a 43,9% do total gasto nesta rubrica orçamentária. Não se trata de indicador de acesso, mas de financiamento do sistema.

Embora não seja objeto direto deste estudo, para completude do sistema, uma palavra deve ser dita acerca do atendimento dos hospitais terciários, responsáveis pelos serviços de alta complexidade. Neste aspecto, avulta a importância dos hospitais filantrópicos, prestadores de serviços ao SUS. Quase 60% do total de internações de alta complexidade no SUS são realizadas pelos hospitais filantrópicos. Estes respondem por 64,98% das internações de Cardiologia; 55,64% das internações para transplantes; 67,19% das internações para Cirurgia Oncológica. Da mesma maneira, quase 70% dos tratamentos oncológicos efetuados por quimio ou radioterapias são neles realizados, bem como uma expressiva parcela de atendimentos clínicos e de especialidades diversas (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018, p. 178).

O atendimento de Medicina Intensiva é um dos mais importantes aspectos da atenção terciária em saúde. O número de leitos de UTI instalados no país, em 2017, consoante o tipo de unidade, está presente na figura 27:



**Figura 27 – Número de leitos em UTI habilitados, conforme o tipo de unidade – Brasil, 2017**

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018, p. 158.

Existe, por fim, uma Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), regulamentada pela Portaria n.º 688, de 6 de abril de 2017, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (D.O.U. n. 69, 10 abr. 2017, Seção 1, p. 52). Este órgão promove a regulação interestadual de usuários, de forma a otimizar a capacidade instalada em áreas como Cardiologia, Oncologia, Neurologia, Traumato-Ortopedia e, ainda, Cirurgia Bariátrica. Em 2017 foram efetuados 1.270 atendimentos de alta complexidade através deste modelo de regulação, havendo hoje uma fila de espera de 1.732 pacientes (Id., p. 215).

#### **4.1.3 Atenção à gestação e ao parto:**

Um indicador de saúde clássico, que mede acesso ao sistema, é o número de consultas por ano nas especialidades básicas, aqui incluídas Obstetrícia e Ginecologia. Mais recentemente, taxa de partos vaginais, taxa de cesarianas e proporção de nascidos vivos, de mães com sete ou mais consultas de pré-natal passaram a ser usados como indicadores de adequação do manejo médico das situações mensuradas (ALBUQUERQUE; MARTINS, 2017, p. 128). Mas é inegável que não apenas adequação, mas também acesso ao sistema, pode ser extraído da análise deste indicador, que representa importante porta de entrada do SUS, para a vida adulta.

Os serviços de planejamento familiar, pré-natal, atendimento ao parto e ao puerpério são prestados, no âmbito do SUS, pela chamada Rede Cegonha, uma estrutura de atendimento e organização da saúde materno-infantil, criada em 2011, que está sendo paulatinamente implantada em todo o país (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Os serviços de pré-natal incluem consultas, no curso das quais é efetuado o acompanhamento da gestação, a profilaxia de doenças e complicações e o tratamento de doenças próprias do período, inclusive com assistência ao pré-natal de alto risco. A ausência de acompanhamento pré-natal pode dar ensejo a diversas doenças evitáveis no feto e no recém-nascido, que possam comprometer sua vida,

ou a qualidade desta. Pode ainda pôr em risco a gestante, comprometendo sua saúde, no curso da gestação, ou até sua própria vida. Um dos objetivos da Rede Cegonha é a redução das mortalidades, tanto materna quanto neonatal.

Segundo recomendação desta rede, o pré-natal deve iniciar o mais precocemente possível, de preferência antes da 12.<sup>a</sup> semana de gestação.

Dados do Ministério da Saúde, os mais recentes dentre os agrupadamente tabulados, demonstram, em 2016, acesso e adequação dos serviços de pré-natal no país, consoante demonstra a tabela 14:

**Tabela 14 – Adequação de acesso a consultas de pré-natal, por região – Brasil, 2016**

| <b>Adequação de acesso a consultas de pré-natal</b> | <b>Região Norte</b> | <b>Região Nordeste</b> | <b>Região Sudeste</b> | <b>Região Sul</b> | <b>Região Centro-Oeste</b> |
|-----------------------------------------------------|---------------------|------------------------|-----------------------|-------------------|----------------------------|
| Não fez                                             | 2106                | 3657                   | 6629                  | 2107              | 1137                       |
| Inadequado                                          | 91965               | 178445                 | 176037                | 62496             | 42426                      |
| Intermediário                                       | 33713               | 73748                  | 64405                 | 19713             | 17935                      |
| Adequado                                            | 28442               | 76085                  | 74492                 | 23007             | 19303                      |
| Mais do que adequado                                | 120263              | 398889                 | 761589                | 275555            | 141018                     |
| Não classificado                                    | 31037               | 65295                  | 44347                 | 8912              | 13047                      |
| <b>Total</b>                                        | <b>307526</b>       | <b>796119</b>          | <b>1127499</b>        | <b>391790</b>     | <b>234866</b>              |

Fonte: Ministério da Saúde, Datasus, 2018

Elaboração do autor

A classificação de adequação de acesso a consultas de pré-natal é assim construída<sup>65</sup>:

- a) Não fez: gestantes que não fizeram pré-natal;
- b) Inadequado: inclui as mulheres que iniciaram o pré-natal após o terceiro mês de gestação, ou que fizeram menos de três consultas;

<sup>65</sup> De acordo com a Portaria n.º 569, de 1.º de junho de 2000, do Ministro da Saúde (D.O.U n.º 110-E, de 8 de junho de 2000, Seção 1, p. 4-6), que institui o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento no âmbito do SUS. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html)> Acesso em 10 dez. 2018.

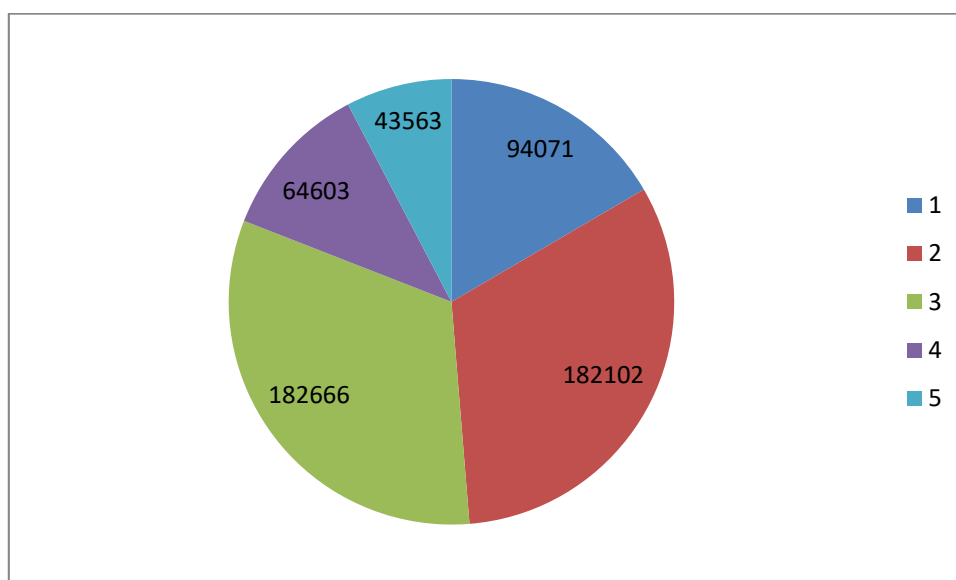


c) Intermediário: Gestantes que iniciaram pré-natal antes ou durante o terceiro mês de gestação, mas fizeram apenas de três a cinco consultas;

d) Adequado: Gestantes que iniciaram o pré-natal antes ou durante o terceiro mês de gestação, e fizeram seis consultas;

e) Mais do que adequado: Inclui gestantes que iniciaram o pré-natal antes ou durante o terceiro mês de gestação e fizeram sete ou mais consultas.

Análise gráfica, por região, melhor demonstrará a tal distribuição (cf. fig. 28):



**Figura 28 – Distribuição, por região, das gestantes que não fizeram pré-natal ou o pré-natal foi dado como inadequado – Brasil, 2016**

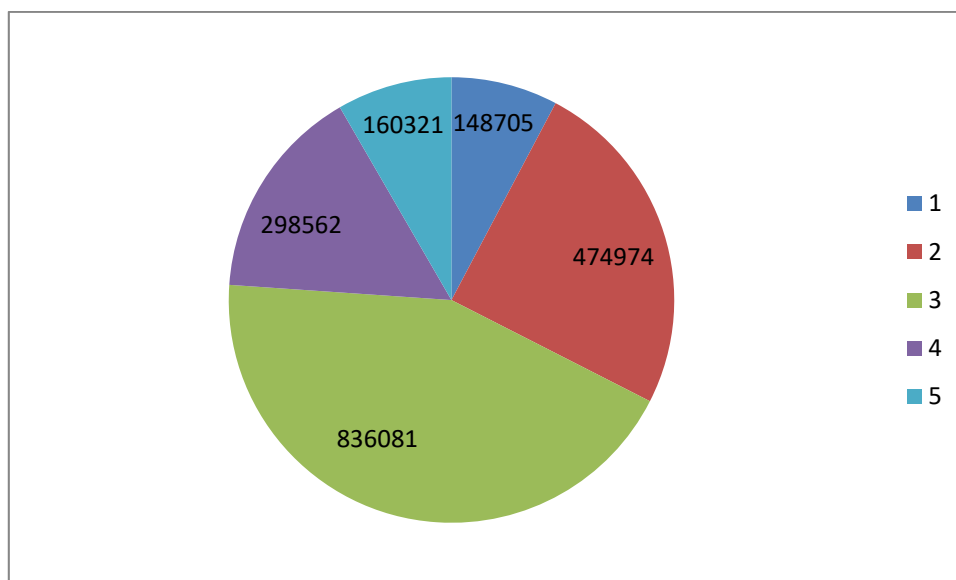
Legenda: 1 Região Norte; 2 Região Nordeste; 3 Região Sudeste; 4 Região Sul; 5 Região Centro-Oeste

Fonte: Ministério da Saúde, Datasus, 2018

Elaboração do autor

As regiões onde o pré-natal, em números absolutos, é mais frequentemente inadequado são as regiões Sudeste e Nordeste, seguidas pela Região Sul.

Quanto à adequação do pré-natal, tem-se a distribuição expressa na figura 29, abaixo:



**Figura 29 – Distribuição, por região, das gestantes cujo pré-natal foi dado como adequado ou mais do que adequado – Brasil, 2016**

Legenda: 1 Região Norte; 2 Região Nordeste; 3 Região Sudeste; 4 Região Sul; 5 Região Centro-Oeste

Fonte: Ministério da Saúde, Datasus, 2018

Elaboração do autor

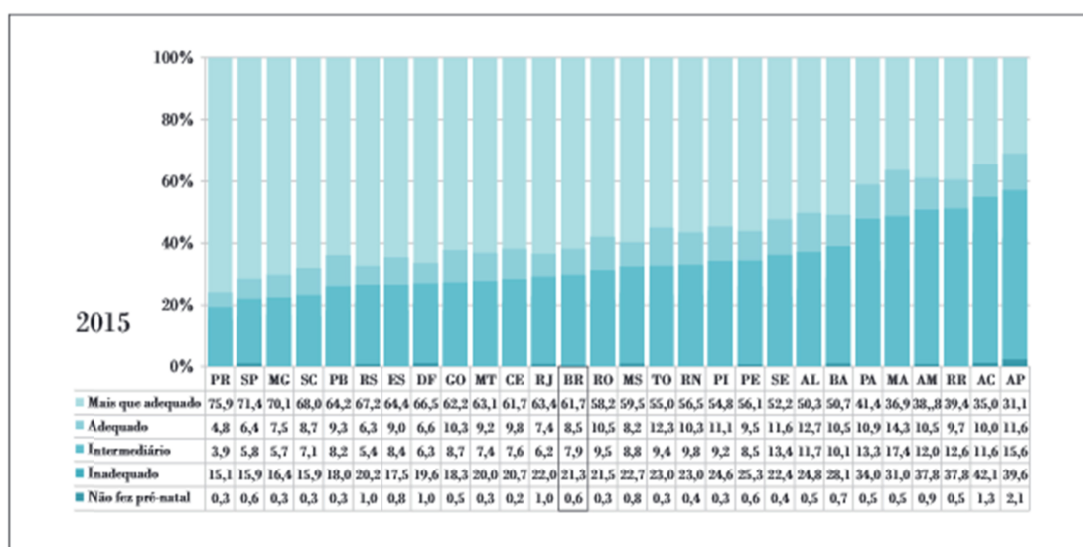
As regiões onde o pré-natal, em números absolutos, é mais frequentemente dado como adequado, ou mais do que adequado, são também as regiões Sudeste e Nordeste, seguidas pela Região Sul.

Dos números acima, advém que a cobertura pré-natal era, em 2016, de 99,45%. É um índice elevado, a demonstrar cobertura quase integral das gestantes no país. Não se trata, contudo, de novidade: a Pesquisa Nacional de Demografia em Saúde, de 2006, revelara cobertura pré-natal adequada, da ordem de 98,7% (LAGO; LIMA, 2009, p. 159). Posteriormente, estudando dados de 2011 e 2012, que advinham da pesquisa Nascer no Brasil, Viellas et. al. (2014) revelaram que a cobertura pré-natal, à época, também foi de 98,7%. Este último estudo agasalhara ainda outros dados de relevo:

O pré-natal foi realizado, sobretudo, em unidades básicas (89,6%), públicas (74,6%), pelo mesmo profissional (88,4%), em sua maioria médicos (75,6%), e 96% receberam o cartão de pré-natal. Um quarto das gestantes foi considerado de risco. Do total das entrevistadas, apenas 58,7% foram

orientadas sobre a maternidade de referência, e 16,2% procuraram mais de um serviço para a admissão para o parto (VIELLAS et al., 2014).

A distribuição por unidades da federação expõe, no entanto, as dificuldades de acesso ao sistema pois, como demonstra a figura 30, em quinze estados a incidência de pré-natais dados como inadequados é superior à média nacional. A cobertura, em termos numéricos, é apropriada. Em termos qualitativos, não. No Amapá, por exemplo, 39,6% dos pré-natais são dados como inadequados; outros 2,1% são inexistentes, o que totaliza a elevadíssima fração de 41,7% das gestantes daquele estado que não receberam atendimento adequado no particular. Números análogos se repetem no Acre, seguidos de perto por Roraima e Amazonas.



Fonte: Sinasc/CGIAE/DANTPS/SVS/MS.

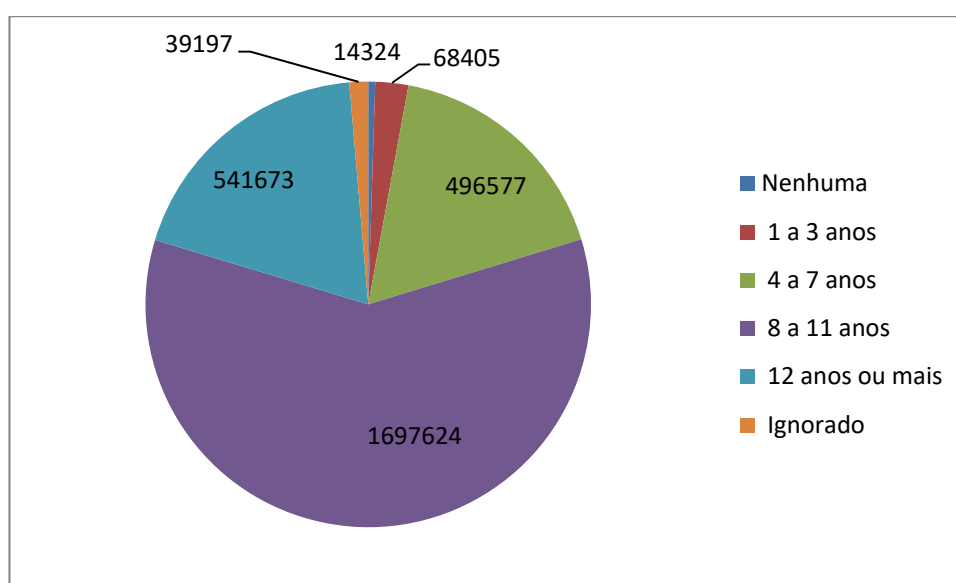
**Figura 30 - Distribuição percentual dos nascimentos, segundo índice de adequação do acesso ao pré-natal, por unidade da federação – Brasil, 2015**

Fonte: Ministério da Saúde, 2017, p. 29.

Há registros de que, em comunidades indígenas e quilombolas, é grande a dificuldade de acesso a serviços de saúde materno-infantis. Com a finalidade de reduzir a precária assistência, o Ministério da Saúde planejou promover, de 2016 a 2019, espaços de diálogo e cursos de formação para com parteiras de comunidades quilombolas, além de distribuir com kits de equipamentos para parteiras tradicionais

e promover dois seminários em comunidades quilombolas. Nenhuma destas atividades, no entanto, veio a ser realizada (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018, p. 49).

A distribuição da escolaridade das gestantes que efetuaram pré-natal, em 2016, em todo o país, é apresentada na figura 31.



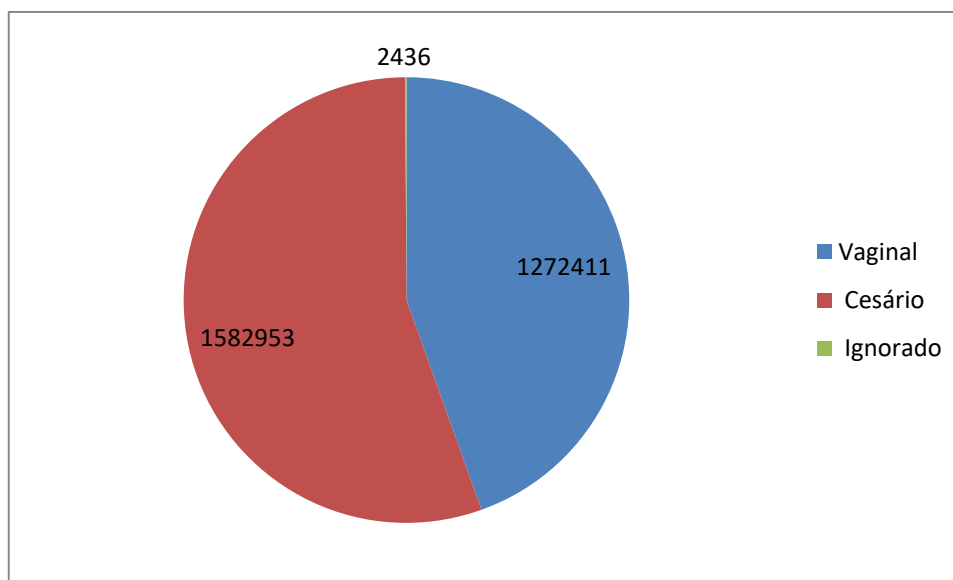
**Figura 31 - Distribuição, pelo número de anos de estudo, da escolaridade das gestantes que efetuaram pré-natal – Brasil, 2016**

Fonte: Ministério da Saúde – Datasus, 2018

Elaboração do autor

Verifica-se que a maioria das gestantes que efetuou pré-natal, em 2016, tem de 8 a 11, ou mais, anos de instrução formal, o que corresponde, em geral, ao curso médio, incompleto ou completo.

A distribuição dos nascimentos, por tipo de parto, está representada na figura 32:



**Figura 32 – Distribuição dos nascimentos, segundo o tipo de parto – Brasil, 2016**

Fonte: Ministério da Saúde, Datasus, 2018

Elaboração do autor

No ano observado, segundo o cálculo do autor, 55% dos nascimentos se deram através de cesarianas. Em 2014, este índice fora de 57% e, em 2015, de 55,5% (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, p. 32). Para comparação, em 2015, a Organização Mundial da Saúde publicou uma declaração na qual esclareceu que cesarianas são cirurgias de grande porte, salvadoras da vida quando bem indicadas, mas que devem ser realizadas apenas quando há indicação médica, em face de seus riscos e das complicações possíveis. Nesse documento, gizou que, quando consideradas grandes populações, taxas de cesárea maiores do que 10% não estão associadas com reduções das mortalidades materna e neonatal (OMS, 2015). O índice brasileiro do SUS é muitíssimo superior ao índice propugnado pela OMS.<sup>66</sup>

<sup>66</sup>Em serviços privados, a taxa de encerramento da gestação através de cesariana é ainda mais elevada, andando ao redor de 85% (BRASIL. Portaria n.º 306, de 28 de março de 2016 e seu anexo, ambos do Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde).

Não há registros desagregados do SUS relativos a renda ou a classe econômica em função da gestação e do parto, inviabilizando cálculos de índices de que participem estes indicadores.

No que pertine ao lugar onde se dará o parto, um aspecto que merece relevo: desde 2007, lei federal vincula a gestante à maternidade em que ocorrerá seu parto, e/ou o atendimento de qualquer intercorrência gestacional. Trata-se da lei n.º 11.634, de 27 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007). Nada obstante, diversas circunstâncias dificultam, ou mesmo impedem, seu cumprimento, criando-se, assim, um contingente de gestantes cujo atendimento de intercorrências, ou mesmo o parto, não se dá na maternidade de referência. Um estudo seccional de base populacional recente, realizado em Ribeirão Preto (IDH 0,800 – 40.<sup>a</sup> posição no país), uma das mais ricas regiões de São Paulo, e em São Luís (IDH 0,768 – 249.<sup>a</sup> posição no país), uma das mais carentes áreas da Região Nordeste, demonstrou que 25% das mortes neonatais ocorrem nas primeiras vinte e quatro horas, o que justifica perquirir de causas relacionadas com o acesso e qualidade da atenção ao parto e ao nascimento (MORAES; SIMÕES; CARVALHO et al., 2018, p. 2). Uma das causas, a mais frequente, é a falta de vagas nas maternidades, o que faz com que gestantes a termo tenham de peregrinar pelas regiões metropolitanas, à busca de vaga em maternidade que as atenda, depois de serem rejeitadas nas maternidades de referência, que não garantem seu atendimento. A maioria das gestantes percorre de duas a três maternidades ou hospitais, até encontrar aquele que a receberá, para finalizar a gestação. Há, porém, casos em que até seis hospitais foram visitados, antes da obtenção da vaga. Em ambas cidades, ser pobre, pertencente às classes econômicas D ou E, foi característica fortemente associada a maior peregrinação. Ser gestante de alto risco é também característica que se associa a maior peregrinação à busca de vaga. A peregrinação é, assim, mais marcada em locais menos desenvolvidos e com uma rede de serviços de saúde menos organizada (Id., 2018, p. 7-11). Não há, portanto, efetividade no acesso, que não se faz amplo, universal e, menos ainda, igualitário, no momento em que a gestante mais dele

necessita. Este fator é relevante no desfecho do parto, e é um fator novo ainda pouco estudado, merecendo passar a constituir indicador de saúde, na espécie.

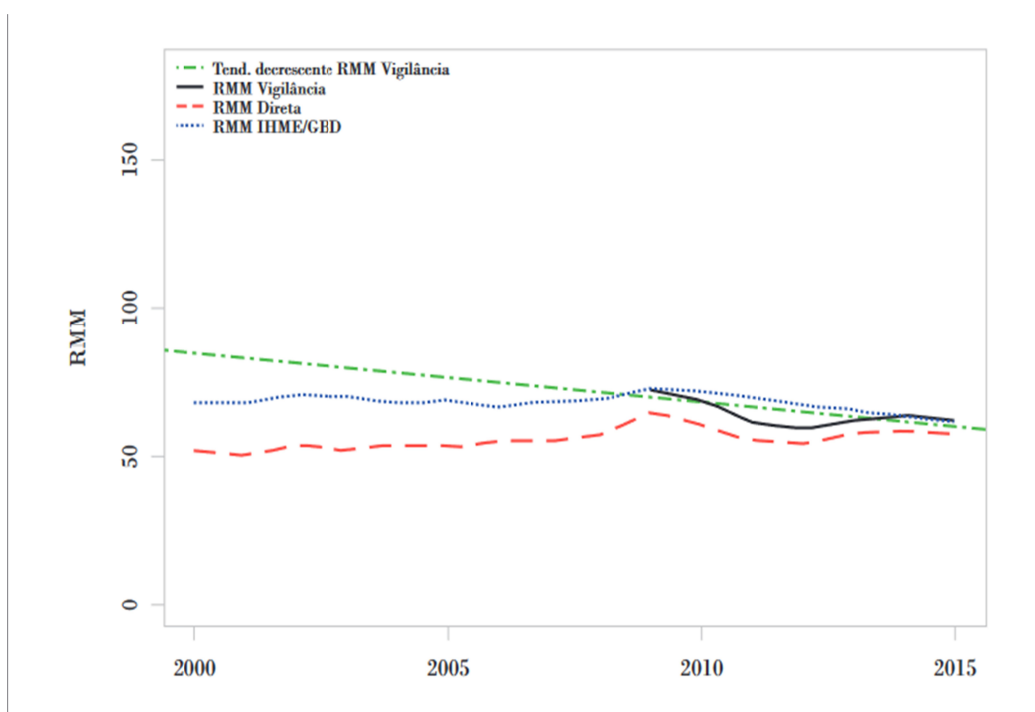
No âmbito internacional, no ano 2000, a Organização das Nações Unidas lançou, em Nova Iorque, a Declaração do Milênio, onde busca compromisso global de redução da pobreza extrema, através a abordagem de oito objetivos. Apesar de estar fora do escopo deste trabalho, que não avalia a área de Pediatria, o quarto objetivo era a redução da mortalidade na infância; o quinto, a redução da mortalidade materna (UNITED NATIONS, 2000, p. 6-7; PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL BRASIL - PNUD BRASIL, 2018). Posteriormente, com o lançamento da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, a Organização das Nações Unidas (2016) passou a buscar 17 objetivos, especificados em 169 metas, dentre os quais se encontram, vinculadas ao terceiro objetivo, “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”, as seguintes metas:

- 3.1 até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes para 100.000 nascidos vivos;
- 3.2 até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos até 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos até 25 por 1.000 nascidos vivos;

Para comparação, a razão de mortalidade materna brasileira, calculada pelo método direto, para o período de 2000-2015, foi de 57,6 por 100.000 nascidos vivos (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018, p. 41). Neste trabalho, morte materna é definida consoante a Classificação Internacional de Doenças – CID-10 (ONU), como morte durante a gestação, ou durante o período de 42 dias após seu término, desimportando sua duração ou localização, desde que devida a causas relacionadas à gravidez, ou por ela agravadas, ou, ainda, devida a medidas que se tomem ou tomaram em relação à gesta. Assim, o conceito não envolve as mortes de causa acidental ou incidental.

Razão de mortalidade materna vigilância é um índice calculado pelo Ministério da Saúde, a partir dos dados brutos de mortalidade materna, aos quais são

aplicadas correções, construídas a partir de indicadores da vigilância do óbito de mulheres em idade fértil. Tais correções levam em consideração as causas básicas declaradas de óbito e ainda aquelas que deviam estar contidas nas declarações, caso estas estivessem corretamente preenchidas. Foi estatisticamente construído, com intervalo de confiança de 95%, para o período 2009-2015, em todo o país. É apresentado na figura 33:



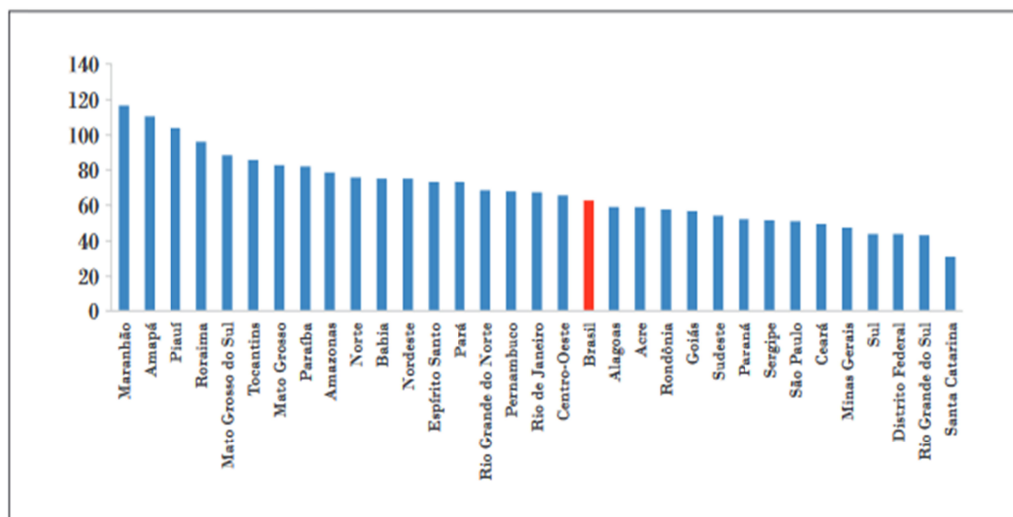
Fonte: MS/SVS/CGIAE – SIM, IHME/GBD.

**Figura 33 – Razões de mortalidade materna direta, vigilância e consoante cálculo do Institute of Health Metrics and Evaluation, IHME, da Universidade de Washington – Brasil, 2000 a 2015**

A razão de mortalidade materna vigilância é idêntica, para o período de 2009 a 2015, àquela calculada pelo Institute of Health Metrics and Evaluation: 62,0 mortes por 100 mil nascidos vivos. Já a razão de mortalidade materna bruta, calculada pelo método direto, é de 57,6, para o mesmo período.

Amplas diferenças regionais são aqui existentes, dando causa a variações de mortalidade materna melhor verificadas no histograma da figura 34:





Fonte: MS/SVS/CGIAE – SIM.

**Figura 34 – Razão de mortalidade materna vigilância, consoante unidade da federação – Brasil, 2015**

Extraído de BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018, p. 52.

Há dezoito estados cuja taxa de mortalidade materna, mesmo corrigida, se situa acima da média nacional. Pelo menos nove estados têm mortalidade materna superior à recomendada pela OMS. Maranhão, Amapá e Piauí apresentam taxas de mortalidade materna superiores a 100 por 100 mil nascidos vivos. Há, até mesmo, estados cujo desenvolvimento humano é inferior a outros e que, no entanto, apresentam razão de mortalidade materna inferior à do Rio de Janeiro, cujo IDH se situa pouco acima da média nacional e, mesmo, à própria média nacional (IPEA, 2014, p. 11). São os casos, por exemplo, de Alagoas – IDHM 0,667, a 27.<sup>a</sup> e última posição da federação; do Acre – IDHM 0,719; de Rondônia – IDHM 0,715; de Sergipe, IDHM 0,681, e do Ceará, IDHM 0,716. Em contraposição, verifique-se Rio de Janeiro, IDHM 0,778, a 4.<sup>a</sup> posição de melhor desenvolvimento humano nacional e que, no entanto, apresenta mortalidade materna algo superior à média nacional de 62,0: 100.000 nascidos vivos. É de se pensar, nessas condições que, naqueles

estados, haja subdiagnóstico,<sup>67</sup> ou até mesmo subregistro,<sup>68</sup> fazendo-se necessário revisar os critérios de correção das taxas locais (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018, p. 42).

## **4.2 Análise dos dados obtidos pelos índices calculados**

### **4.2.1 Utilização de serviços de saúde:**

Consoante os dados apresentados, é possível efetuar os seguintes cálculos e considerações:

#### **4.2.1.1 Nível primário do SUS**

Nas tabelas 1 a 3, que sumarizam o estudo de Stopa et al. (2017), há significância estatística entre os grupos quando os intervalos de confiança não são superponíveis.

Mais de 70% dos indivíduos componentes da amostra apresentada consultou médico no último ano. Há maior incidência de busca de atendimento médico à medida que cresce a idade, sendo que, após os sessenta anos, 83,5% dos indivíduos procuraram atendimento no último ano.

Chama a atenção o fato de que 77,8% dos indivíduos costuma procurar o mesmo serviço de saúde, o mesmo lugar, ou o mesmo médico, quando necessita atendimento. Também é relevante que 95,3% dos indivíduos, ao procurarem atenção de saúde, foram atendidos da primeira vez em que a buscaram.

Nas famílias cujo chefe tem curso superior completo, em 79,5% dos casos os indivíduos costumam procurar o mesmo serviço, ou o mesmo médico, quando necessitam atendimento. Significa que, em 20,5% dos casos, procuram atendimento em outros serviços, não especificados na pesquisa. Já naquelas famílias cujos chefes apresentam outros níveis de instrução (sem instrução, fundamental ou

---

<sup>67</sup> Há subdiagnóstico quando o registro da morte materna é efetuado sob outra causa, desvirtuando a estatística.

<sup>68</sup> Há subregistro quando o óbito materno, propriamente dito, não é notificado às autoridades de saúde.

médios, completos ou incompletos ou, ainda, superior incompleto), o comportamento quanto à busca de serviço de saúde para atendimento segue a média nacional, supra referida.

Da mesma forma, o grau de instrução do chefe da família, quando este tem curso superior completo, implica maior facilidade de acesso e atendimento de seu familiar, quando este procura atendimento pela primeira vez (97,7%; média 95,3%) e, mesmo, quando procura e consegue atendimento, não importando quantas vezes o tenha de buscar (98,8%; média 97,0%).

É na maior facilidade de obtenção de todos os medicamentos receitados no último atendimento de saúde que se verifica, mais claramente, o relevo do nível de instrução do chefe da família em relação ao acesso a medicamentos por sua parte, e/ou de seus familiares. Aqui, não se está falando apenas de obtenção direta de medicamentos no SUS, mas de acesso a eles por qualquer via. Neste sentido, observa-se aumento da facilidade de obtenção de todos os medicamentos prescritos no atendimento à medida em que aumenta o nível de instrução do chefe da família. Ante uma média nacional de 82,5%, famílias cujo chefe tem nível de instrução médio completo, ou superior incompleto obtêm, em 83,8% dos casos, todos os medicamentos prescritos no último atendimento de saúde, com diferença significativa a seu favor. Quando o chefe da família tem instrução superior completa, em 89,3% das oportunidades os familiares obtêm todos os medicamentos prescritos no último atendimento de saúde. É importante ponderar, neste ponto, que o conceito de chefe de família inclui, aqui, tanto homens quanto mulheres.

O atendimento médico é mais frequente nas Regiões Sudeste e Sul, ambas com índices algo superiores à média nacional, de 71,2% da população atendida, nos últimos doze meses. A Região Norte apresenta o menor índice, com apenas 61,4% da população atendida nos últimos doze meses, secundada pela Região Nordeste, onde o índice é pouco mais elevado, de 66,3%.

O atendimento médico é mais dificilmente obtenível nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. 93,6% dos indivíduos que procuraram atendimento no

SUS na Região Norte e 93,7%, nas Regiões Nordeste e Centro-Oeste, foram atendidos na primeira oportunidade. Estes índices são estatisticamente inferiores à média nacional neste indicador, que é de 95,3%.

De 2007 a 2012, o SUS tem apresentado média anual de consultas por habitante ao redor de 2,5 a 2,77 consultas ao ano. Em 2015, este indicador se reduziu para 1,5 consultas por habitante por ano.

O risco atribuível populacional (RAP), calculado para o número de consultas por habitante, no entanto, revelou que, se todas as unidades da federação ofertassem consultas a seus habitantes como as oferta a região Sudeste, haveria apenas o modesto acréscimo de 10,6%, em média, para estes serviços do nível primário do SUS. Trata-se de um aumento modesto, evidenciando que este serviço já se encontra razoavelmente bem distribuído no país.

Contudo, a razão entre o número de consultas SUS, por habitante, em cada unidade da federação, e a média nacional, tomada como unidade comparativa, traz dados para afirmar que seis estados oferecem aos seus cidadãos consultas médicas básicas, por habitante, em quantidade inferior a 80% da média nacional. Outros nove situam-se num patamar de 80 a 99,99% da média nacional. Onze estados apresentam-se na média, ou acima desta. Rondônia ofereceu o maior índice de consultas do SUS na atenção básica, por habitante/ano, em 2012: 3,46 consultas por habitante/ano, seguido de perto por São Paulo, com 3,38 consultas por habitante/ano.

Há uma tendência, sem correlação estatística, de que, quanto maior se apresente a renda média domiciliar per capita, maior venha a ser o número de consultas por habitante. Embora tenham sido analisados dados de todas as unidades da federação, para o exercício de 2010, a grande dispersão não permitiu o estabelecimento de uma correlação.

A meta do sistema, em 2015, de atingimento de uma Unidade Básica de Saúde – UBS para cada grupo de 10.000 habitantes foi atingida em todas as regiões

e, mesmo, largamente ultrapassada em algumas, como a Região Nordeste, que apresenta a maior rede instalada do país, com 15.425 UBS e um índice de 2,73 UBS por 10.000 habitantes. A menor rede regional, em números absolutos, está no Centro-Oeste, com apenas 2.863 unidades, mais de cinco vezes menor do que a rede nordestina. Em números relativos, contudo, a menor rede é a da Região Sudeste, com apenas 1,43 UBS por grupo de 10.000 habitantes.

#### **4.2.1.2 Nível secundário do SUS**

O nível secundário, intermediário do sistema, é composto das Unidades de Pronto Atendimento – UPAs e dos hospitais de média complexidade. É aqui mensurado pelo indicador que aquilata acesso a consultas especializadas e a consultas de urgência. De 2012 a 2017, 35% das consultas especializadas e 65% das consultas de urgência foram dadas no âmbito do SUS.

Utilizando-se como índice de desigualdade a razão entre o índice regional apresentado na tabela 6 e a média nacional, que é de 1,98 Unidades Básicas de Saúde por 10.000 habitantes, conclui-se que o Nordeste, em proporção à respectiva população, apresenta quase o dobro de unidades básicas de saúde, quando comparado com a rede básica da região Sudeste.

Outro indicador avaliado é o índice de internações hospitalares gerais. Embora supere, em todo o país, a casa dos 10.000.000 de internações por ano, quando examinados números relativos à série histórica de 2009 a 2018, demonstra-se que apenas nas regiões Sul e Sudeste houve discreto aumento do número de internações; nas demais, houve decréscimo, daí decorrendo a redução significativa do índice, de 27,3%, para todo o país, ao longo do período. O índice de dissimilaridade (ID) da distribuição das internações hospitalares, hoje de mais de 12%, está paulatinamente aumentando, ao longo do tempo. Isto é compatível com a grande massa de cirurgias que aguardam realização e com a grande redução no número de leitos hospitalares disponíveis na maioria dos estados.

Houve redução, ao longo de nove anos, de pouco mais de 10% da capacidade instalada dos leitos do SUS. Hoje, chegam a 301.797, de acordo com o CFM, em números de 2018. O Ministério da Saúde os quantifica em 330.368, para o mesmo ano. Doutra banda, os leitos não dedicados ao SUS cresceram em 9,4%.

Apenas seis estados, entre 2010 e 2018, aumentaram sua capacidade instalada de internação hospitalar pelo SUS. Em todos os demais houve redução. As regiões metropolitanas que mais sofreram foram Rio de Janeiro, com diminuição de pouco mais de 4.000 leitos no período, seguindo-se Fortaleza e Curitiba, a primeira com perda de cerca de 900, e a segunda com redução de cerca de 850 leitos hospitalares, no período. Recife, Cuiabá, Porto Velho e Salvador tiveram acréscimo de leitos hospitalares, a primeira de cerca de 500 leitos, e as restantes de pouco mais de 300 leitos, cada qual (Id., 2018). Mesmo que se admita o dado mais elevado, do Ministério da Saúde, isto resultaria em apenas 1,58 leitos por 1.000 habitantes, aquém da recomendação da OMS de 2 a 3 leitos por 1.000 habitantes.

Há uma dissintonia entre os dados referentes ao Estado de Pernambuco, consoante referidos pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES ou pelo Conselho Federal de Medicina. O cálculo aqui efetuado, considerando os dados do primeiro, apontou variação positiva superior a 40%, no que tange ao número de leitos hospitalares SUS disponíveis naquele estado. Já os dados do Conselho Federal de Medicina retratam redução de 1226 leitos naquele estado, no mesmo período. Se assim for, apenas cinco estados (AP, MT, RO, RR e TO) terão aumentada sua capacidade instalada SUS no período que medeia entre 2010 e 2018.

A rede hospitalar, de 7.514 estabelecimentos de saúde, é 41,14% pública e 58,86% privada, grande parte destes prestadores de serviços ao SUS. Os 330.368 leitos SUS disponíveis no país estão assim distribuídos: 37,2% na Região Sudeste; 30% na Região Nordeste; 17% na Região Sul; 8% na Região Norte e 7,8% na Região Centro-Oeste.

O número de procedimentos cirúrgicos eletivos, efetuados pelo SUS, em todo o país, de 2015 a 2017 foi reduzido em pouco mais de 8%, estando atualmente na

casa dos 1.827.811 cirurgias por ano, de todos os portes. Há, assim, um acúmulo represado de procedimentos cirúrgicos, cujos pacientes estão aguardando o atendimento de que necessitam. Segundo apurou o Conselho Federal de Medicina (2017), há, atualmente, cerca de 800.000 procedimentos cirúrgicos aguardando realização. Aquilatando-se a distribuição estadual destes, mais da metade está em Minas Gerais, seguindo-se São Paulo, Goiás e Rio Grande do Sul, este com represamento menor do que dez por cento do primeiro. Quando se examinam as regiões metropolitanas, São Paulo passa à frente, seguida de Belo Horizonte e Fortaleza. Relevante observar que, dos procedimentos represados, aproximadamente metade se enquadra em um dentre cinco cirurgias de média complexidade: facectomia, hernioplastia, colecistectomia, varizes e adenoamigdalectomia, ou apenas adenotomia.

#### **4.2.1.3 Nível terciário do SUS**

O nível terciário do sistema é representado pelo atendimento dos hospitais terciários, responsáveis pelos serviços de alta complexidade.

O SUS responde pela quase totalidade dos atendimentos de alta complexidade efetuados no país, aqui incluídas internações em Cardiologia, Transplantes, Cirurgia Oncológica, Químio e Radioterapias.

A média dos recursos públicos empregados, de janeiro a outubro de 2017, para satisfazer as internações hospitalares ocorridas no SUS foi de R\$ 1.062,85 (um mil e sessenta e dois reais e oitenta e cinco centavos) por internação.

Cerca de 70% dos atendimentos de nível terciário são prestados pelos hospitais filantrópicos, prestadores de serviços ao SUS.

O atendimento de Medicina Intensiva é importante aspecto da atenção terciária. Há 21.168 leitos de UTI em todo o país. 65,3% destes são leitos de UTI adulto.

A Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) atendeu, em 2017, 1.270 pacientes, viabilizando-lhes assistência de alta complexidade em outros pontos do país, distintos de sua residência. Há, hoje, uma fila de espera de 1.732 pacientes.

#### **4.2.2 Atenção à gestação e ao parto**

##### **4.2.2.1 Assistência pré-natal**

A cobertura pré-natal é, há tempo, considerada adequada no país. Em 2006, era da ordem de 98,7%. Posteriormente, em 2011 e 2012, com a pesquisa Nacer no Brasil, seguia em 98,7%. Em 2016, com os dados mais recentes aqui apresentados, evoluiu para 99,45%. As regiões onde mais frequentemente o pré-natal é inexistente ou inadequado são as regiões Sudeste e Nordeste, seguidas pela Região Sul. Estas mesmas regiões, na mesma ordem, são também aquelas onde o pré-natal é dado mais frequentemente como adequado, ou mais do que adequado. O pré-natal é comumente efetuado em unidades básicas, públicas, pelo mesmo profissional, em sua maioria médicos. Apenas 58,7% das gestantes são orientadas quanto à existência de maternidade de referência, e uma parcela significativa procura, quando do atendimento final da gestação, mais de um serviço para admissão (peregrinação).

A maioria das gestantes que efetuou pré-natal, em 2016, tem de 8 a 11 anos de instrução formal, o que corresponde, em geral, ao curso médio, completo ou incompleto.

Gestantes provenientes de comunidades indígenas ou quilombolas têm grande dificuldade de acesso a serviços de saúde materno-infantis.

O término da gestação se fez, em 2016, através de cesariana em 55% dos nascimentos. Trata-se de índice análogo ao observado em 2014 e 2015, e muitíssimo superior ao propugnado pela Organização Mundial da Saúde, que é de apenas 10%.



Em que pese a existência de maternidade de referência legalmente estabelecida, uma parcela significativa das gestantes é forçada a peregrinar à busca de vaga, quando do término da gravidez, a maioria percorrendo de duas a três maternidades ou hospitais, até encontrar vaga. Ser pobre é característica fortemente associada à peregrinação à busca de vaga, em cidades ou regiões metropolitanas de menor IDHM. Nas regiões mais ricas e mais organizadas, a peregrinação está mais voltada às situações de alto risco obstétrico.

#### **4.2.2.2 Mortalidade materna**

A razão de mortalidade materna, no Brasil, é de 57,6 por 100.000 nascidos vivos, para o período de 2000-2015. Corrigindo-se este dado para afastar subdiagnóstico e sub-registro, a taxa é algo aumentada, restando em 62 mortes por 100.000 nascidos vivos (razão de mortalidade materna vigilância). Embora este indicador esteja, em linhas gerais, abaixo do preconizado pela OMS – até 70 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos – o exame da distribuição por estados evidencia que, em dezoito deles, a taxa se situa acima da média nacional. Além disto, pelo menos nove estados têm mortalidade materna superior à recomendada pela OMS. Três deles, Maranhão, Amapá e Piauí, apresentam razões de mortalidade materna superiores a 100 mortes por 100.000 nascidos vivos.

É possível calcular-se, para os dados disponíveis, tanto a razão direta das taxas (RT) de mortalidade vigilância quanto a diferença entre taxas (DT). Tome-se a relação existente entre as taxas de mortalidade materna vigilância do Estado do Maranhão (maior mortalidade materna registrada no país), que é de 116,5:100.000 nascidos vivos, e sua congênere de Santa Catarina (menor mortalidade materna do país, e único estado que, no particular, atingiu os objetivos do milênio da OMS), que é de 30,9:100.000 nascidos vivos.

Tem-se:

$RT = \text{taxa}_A / \text{taxa}_B$ , onde RT é a razão de taxas buscada,  $\text{taxa}_A$  é a do estado de maior mortalidade e  $\text{taxa}_B$  é a do estado de menor mortalidade. Vem:

$$RT = 116,5/30,9 = 3,77$$

Já a diferença entre taxas DT será:

$$DT = \text{taxa}_A - \text{taxa}_B, \text{ donde}$$

$$DT = 116,5 - 30,9 = 85,6:100.000$$

Significa que a mortalidade materna de Santa Catarina é 3,77 vezes menor do que a mortalidade materna do Maranhão e, neste, morrem, por ano, 86 crianças, por grupo de 100.000 habitantes, a mais do que em Santa Catarina.

Se cálculos idênticos forem efetuados com relação à média de mortalidade nacional, que é de 62:100.000 nascidos vivos, o Maranhão fica situado em posição 1,88 vezes inferior à média, sendo acompanhado, de perto, por Amapá e Piauí.

## QUADRO SINÓPTICO

### 1. Nível primário do SUS:

#### Indicadores utilizados e dados relevantes:

a) Proporção de indivíduos que procuraram atendimento nos últimos doze meses e foram atendidos na primeira vez: média nacional: 95,3% (2017).

b) Proporção de indivíduos que procuraram atendimento nos últimos doze meses e foram atendidos, desimportando o número de vezes em que o buscaram: 97,0% (2017).

c) Proporção de indivíduos que obtiveram todos os medicamentos receitados no último atendimento de saúde: 82,5% (2017);

Quando o chefe de família tem curso superior completo, seus membros obtêm todos os medicamentos receitados no último atendimento de saúde em 97,7% das vezes.

d) Número de consultas médicas por habitante por ano:

O número de consultas médicas por habitante por ano está em queda. Em 2015, foi de 1,58 consultas/hab./ano

Seis estados (x) oferecem este serviço em nível inferior a 80% da média nacional ( $x < \mu$ ; RT (razão entre a taxa estadual e a média nacional)  $< 1$ ): SE, CE, PI, AP, PA, RR.

Nove estados (y), a este tocante, se encontram entre 80% da média nacional e esta última ( $0,8 \mu \leq y < \mu$ ; RT  $< 1$ ): GO, RJ, BA, PE, PB, RN, TO, AM, AC.

As demais onze unidades da federação (z) se encontram na média nacional, ou acima desta ( $z \geq \mu$ ; RT  $\geq 1$ ).

O maior índice é o de Rondônia: 3,46 consultas/hab./ano

O menor índice é o do Amapá, que corresponde a 65% da média nacional (pouco mais de 1 consulta/hab./ano)

Quando a distribuição é estudada por região, a Região Sudeste desponta como aquela em que este serviço ocorre com maior frequência: 3,03 consultas médicas/hab./ano.

Houve uma tendência, sem significado estatístico, de aumento do número de consultas por habitante à medida que cresce a renda domiciliar per capita.

RAP, calculado entre as grandes regiões (Risco atribuível populacional): 10,6% . Significa que, se todas as regiões oferecessem acesso a este serviço como o faz a Região Sudeste, o aumento médio ocorrente nas demais seria de 10,6%.

e) Número de unidades básicas de saúde (UBS) por 10.000 habitantes: média: 1,98:10.000 hab.

Meta do SUS, atingida por todas as unidades da federação: 1 UBS/10.000 hab.

A maior rede é a da Região Nordeste.

A menor, em números absolutos, a da Região Centro-Oeste; em números relativos, a da Região Sudeste.

Região com melhor índice de acesso (RT – razão entre a taxa regional e a média nacional): Região Nordeste:  $RT_{NE} = 1,38$ .

Região com pior índice de acesso:  $RT_{SE} = 0,72$

Razão entre a região com pior índice e a região melhor atendida do país:

$RT_{SE}/RT_{NE} = 0,52$ . Significa que a Região Nordeste tem, aproximadamente, o dobro das UBS existentes na Região Sudeste.

Não houve relação entre o número de UBS, em cada qual das entidades federativas, e a respectiva renda média mensal domiciliar per capita.

39% dos pacientes atendidos nas UBS em 2018 está aguardando realização de consultas adicionais, eventualmente especializadas, exames complementares ou cirurgias. Em 2015, este índice era de 29%.

A população vê o atendimento primário das UBS, UPAs e PS como bom. Os demais serviços, prestados nos níveis superiores do sistema, são vistos como de difícil ou muito difícil acesso por 74% dos usuários.

## **2. Nível secundário do SUS:**

### **Indicadores utilizados e dados relevantes:**

a) Taxa de internações hospitalares de caráter geral no SUS por 100 habitantes:

A média nacional, em 2009, era de 5,75 internações:100 hab. Em série histórica, vem-se reduzindo, ao longo de nove anos, até atingir, em 2018, 4,19 internações:100 hab.

A região com maior índice de acesso é a Região Sul, com média, em 2018, de 7,01 internações:100 hab.

A pior situada, a Região Norte, com média de 5,23 internações:100 hab.

O índice de dissimilaridade (ID), calculado entre as grandes regiões, aumentou 39% no período de 2009 até 2017. Naquele exercício, chegou a 12,43%. O índice de dissimilaridade absoluto (ID<sub>A</sub>) era, em 2017, superior a 1.380.000 internações hospitalares por ano.

b) Número de leitos hospitalares dedicados ao SUS:

Há, atualmente, 330.368 leitos hospitalares SUS existentes no país.

Em série histórica, desde 2010 em diante, houve redução de leitos hospitalares SUS da ordem de 10,19% do total. Vinte e um estados, além do Distrito Federal, apresentaram redução no número de seus leitos hospitalares SUS.

A maior redução, de 29,26% dos leitos hospitalares SUS instalados, se deu no Rio de Janeiro.

As menores reduções ocorreram em Sergipe (19,19% dos leitos hospitalares SUS) e na Paraíba (15,86% dos leitos hospitalares SUS).

Apenas cinco unidades da federação não sofreram redução de leitos hospitalares SUS: AP, MT, RO, RR, TO.

c) Número de cirurgias eletivas realizadas no SUS:

O número de cirurgias eletivas realizadas no SUS reduziu-se em 8,2%, no período entre 2015 e 2017.

Há uma fila, em virtude do acúmulo represado, de mais de 800.000 procedimentos cirúrgicos aguardando realização, em todo o país. O interior do país é mais severamente comprometido do que as capitais e regiões metropolitanas. Nestas, aguardam cerca de 100.000 pacientes. São Paulo está à frente das demais, seguindo-se as regiões metropolitanas de Belo Horizonte e Fortaleza.

Metade, aproximadamente, das cirurgias a serem realizadas se enquadra em um destes cinco procedimentos de até médio porte: facectomia (para tratamento de catarata), hernioplastia, colecistectomia (extração da vesícula biliar), varizes e amigdalectomia, com ou sem adenoidectomia.

### **3. Nível terciário do SUS:**

#### **Dados relevantes:**

O nível terciário do SUS não foi estudado diretamente nesta dissertação, porque não há acesso ao sistema neste nível. Todo acesso se dá, ou pelo nível primário, ou pelo nível secundário.

O SUS responde pela quase totalidade dos atendimentos de alta complexidade efetuados no país, aqui incluídas internações em Cardiologia, Transplantes, Cirurgia Oncológica, Químio e Radioterapias.

A média dos recursos públicos empregados, de janeiro a outubro de 2017, para satisfazer as internações hospitalares ocorridas no SUS foi de R\$ 1.062,85 (um mil e sessenta e dois reais e oitenta e cinco centavos) por internação.

Há 21.168 leitos de UTI em todo o país. Destes, 65,3% são leitos de UTI adulto.

Existe uma Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), que viabiliza, no SUS, assistência de alta complexidade em outros pontos do país, quando a rede próxima não é capaz de supri-la. Para tanto, há, hoje, uma fila de espera de 1.732 pacientes.

#### **4. Atenção à gestação e ao parto:**

##### **Indicadores utilizados e dados relevantes:**

a) Cobertura pré-natal: A cobertura pré-natal é, hoje, de 99,45%, em todo o país, no que toca ao número de consultas.

Sua qualidade, contudo, é mais frequentemente má. Apenas 21,6% das mulheres são atendidas em um pré-natal de boa qualidade.

Em 15 estados, a incidência de pré-natais classificados como inadequados é superior à média nacional.

b) Escolaridade das gestantes que efetuaram pré-natal: A maioria (59%) das gestantes tem escolaridade situada entre 8 a 11 anos de estudo. Em segundo lugar, com 19% no grupo, situam-se aquelas que apresentam 12 ou mais anos de estudo. Apenas 3% das gestantes restam situadas na faixa correspondente ao analfabetismo funcional.

c) Distribuição dos nascimentos segundo o tipo de parto:

O término da gestação se faz através de cesariana em 55% dos partos, consoante dados de 2016. Este índice é análogo ao observado em 2014 e 2015, e muitíssimo superior ao propugnado pela Organização Mundial da Saúde, que é de apenas 10%.

A efetividade de acesso ao serviço de saúde onde se dará o parto é baixa. As disposições da lei n.º 11.634/2007 não são hábeis a garantir vaga no momento da parturição, o que resulta em peregrinações à busca de vagas. Ser pobre é característica fortemente associada a esta peregrinação, em cidades ou

regiões metropolitanas de menor IDHM. Nas regiões mais ricas e mais organizadas, a peregrinação está mais voltada às situações de alto risco obstétrico.

d) Razão de mortalidade materna:

A razão de mortalidade materna (RMM) brasileira, para o período de 2000 a 2015, é de 57,6 por 100.000 nascidos vivos. Em linhas gerais, este indicador está abaixo do preconizado pela OMS, cujo limite superior é de até 70 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos. O exame da distribuição por estados evidencia, contudo, ampla variação nacional, exposta abaixo.

e) Razão de mortalidade materna vigilância:

Razão de mortalidade materna vigilância (RMMV) é um índice calculado pelo Ministério da Saúde, a partir dos dados brutos de mortalidade materna, aos quais são aplicadas correções, dependentes de indicadores da vigilância do óbito de mulheres em idade fértil. Tais correções levam em consideração as causas básicas declaradas de óbito e ainda aquelas que deviam estar contidas nas declarações, caso estas estivessem corretamente preenchidas. Foi estatisticamente construído, com intervalo de confiança de 95%, para o período 2009-2015, em todo o país.

Demonstrando a enorme variabilidade dos cuidados obstétricos no país, em dezoito estados, a taxa de mortalidade materna vigilância se situa acima da média nacional, que é de 62 mortes:100.000 nascidos vivos. Em pelo menos nove estados, a mortalidade materna é superior à máxima admitida pela OMS. Três deles, Maranhão, Amapá e Piauí, apresentam razões de mortalidade materna superiores a 100 mortes:100.000 nascidos vivos.

Calculou-se a RT (razão entre taxas), tomando-se em conta a maior mortalidade materna registrada no país, a do Estado do Maranhão, e o menor índice nacional, ocorrente no Estado de Santa Catarina:  $RT = TMMV_{MA}/TMMV_{SC} = 3,77$ .



Calculou-se ainda a DT (diferença entre taxas), envolvendo a maior e a menor taxa nacionais de mortalidade materna:  $DT = TMMV_{MA} - TMMV_{SC} = 85,6$  mortes:100.000 nascidos vivos.

Significa que a mortalidade materna de Santa Catarina é 3,77 vezes menor do que a mortalidade materna do Maranhão e, neste último estado, morrem, por ano, 86 crianças, por grupo de 100.000 habitantes, a mais do que em Santa Catarina.

### **4.3 Inferências**

#### **4.3.1 A teoria da justiça distributiva em saúde e os dados escolhidos**

Toda análise descritiva não é mais do que um retrato. Um retrato do objeto estudado, à luz dos dados obtidos. Como um retrato, neles se fulcra, como os pontos de que o primeiro é formado. Mas, como este, vai, aos poucos, adquirindo forma, relevo e contrastes, à custa de outros elementos, às vezes até mesmo ausentes dos dados coletados, ou cuja coleta se exigiu, para que o quadro se pudesse compor. Escolher indicadores de saúde para compor o elenco do quadro desenhado, que aborda a desigualdade de acesso à saúde no Brasil, não é tarefa simples: são diversos, dezenas até hoje em voga no próprio SUS. É impossível traçá-los a todos, por mais amplo que seja o estudo. Quem o faça, corre o risco de jamais encerrá-lo, nunca chegando ao cabo do intento.

Neste estudo, foram eleitos indicadores que permitissem avaliar acesso ao sistema de saúde e que, para tanto, fossem facilmente obteníveis, confiáveis e passíveis de serem submetidos a cálculos simples, sem perda de sentido lógico ou de validade. Dos muitos indicadores de acesso existentes, foram obtidos, para aquilatar acesso ao nível primário do sistema, dados relativos a indivíduos que consultaram médico nos últimos doze meses; indivíduos que procuraram atendimento e foram atendidos na primeira vez; indivíduos que procuraram atendimento e foram atendidos, desimportando o número de vezes em que o buscaram e indivíduos que obtiveram todos os medicamentos receitados no último atendimento de saúde.

Indicadores clássicos, como número de consultas por habitante por ano foram obtidos, inclusive em série histórica. A razão entre o número de consultas por habitante por ano e a média nacional foi estudada, para todas as unidades da federação. Por fim, o número de unidades básicas de saúde, e seu correlativo, por grupo de 10.000 habitantes, foi obtido e analisado. Estes últimos indicadores podem ser vistos também como indicadores de oferta, e não de acesso.

Os indicadores, sempre que possível, foram apreciados em função de renda e de grau de escolaridade.

O nível secundário do SUS foi estudado pelo número de internações hospitalares, por grupo de cem habitantes; número de cirurgias efetuado e número de leitos hospitalares existentes, em série histórica e suas variações. A fila de espera para procedimentos cirúrgicos no sistema foi avaliada, inclusive com alguns elementos relativos às regiões metropolitanas hoje atingidas por este problema de saúde pública. Poder-se-ia alegar que se trata de indicadores de oferta, pois medem capacidade instalada mas, ante o fenômeno das filas hoje existente, e à luz de um crescente índice de dissimilaridade, seu estudo aquilata o âmago da negativa de acesso ao sistema. Até mesmo de um laivo sobre financiamento houve necessidade de lançar mão, isto porque, como se disse antes, sem relevo, e sem contrastes, quadro algum se haverá de montar, desimportando a abrangência. Embora a intenção primária tenha sido de estudar o acesso ao sistema, houve necessidade de lançar olhos sobre alguns outros indicadores, tanto de oferta, quanto de financiamento, e até mesmo de buscar outros que medem qualidade (como a incidência de parto cesáreo, ante o total de partos, ou, dirão alguns, a fração da população materna que apresenta atendimento pré-natal na faixa nomeada de mais do que adequado (i. é, 7 ou mais consultas de pré-natal). Neste último caso, no entanto, embora este último dado tenha sido obtido, esteve inserido numa pretensão mais ampla, que é a do estudo do atendimento pré-natal, porta de entrada do sistema SUS na área de Obstetrícia e, por isto, também devendo ser considerado como indicador de acesso.

O nível terciário foi avaliado através de um indicador de capacidade instalada (i. é, de oferta), o número de leitos habilitados nos diversos tipos de UTI, isto porque, neste nível de atendimento, não há ingresso direto, passando os assistidos, então, necessariamente, no mínimo pelo nível secundário, onde então se dará o acesso.

Por fim, o atendimento obstétrico teve aquilatado o número de consultas de pré-natal, inclusive em função da escolaridade materna (indicador de acesso) e a

razão de mortalidade materna, com correções próprias (indicador de qualidade). Discutiu-se acerca de peregrinação, um conceito bem brasileiro, cujo relevo passou recentemente a adquirir relevo e que poderá, no futuro, dar azo à criação de um novo indicador de acesso, mensurando, quiçá, as limitações da organização do sistema.

Traçou-se, assim, o panorama atual da distribuição do acesso a serviços de saúde no Brasil, e em face disto, se há de buscar estabelecer a existência, ou não, de desigualdade na distribuição de acesso a serviços de saúde. O principal objetivo deste estudo é definir critérios que permitam dizer qual é o limite abaixo do qual uma desigualdade existente deva ser considerada injusta. Dizer se uma tal distribuição responde, ou não, ao que se possa considerar como mínimo razoável representa definir o que deve ser provido na área, e como, porque, por quem, a quem, quando e de forma devem tais serviços de saúde ser disponibilizados. Nem sempre terão sido possíveis tais respostas. Muito ampla, a pretensão foi trazida a seus limites pela realidade, onde o acesso a microdados nem sempre foi fácil, fazendo com que o estudo evoluísse, com frequência superior à desejada, para a possibilidade de apreciação de medidas de tendência central. Mas acesso a um sistema de saúde é, por si só, um conceito complexo, suscetível de alteração por um sem número de variáveis, muitas das quais (e a maioria), de muito difícil ou impossível análise. Aquilata-se, por exemplo, o número de consultas por habitante/ano nas diferentes regiões do país, ou o sensível índice representado pela razão entre o número de consultas por habitante/ano e a média nacional, mas as causas que levam o Amapá a apresentar, neste particular, o menor índice do país (0,65 consulta/habitante/ano), em contraposição, por exemplo, à surpreendente má figura causada pelo Distrito Federal, unidade da federação que apresenta o mais elevado IDH nacional, no ranking do mesmo índice (0,79 consulta/habitante/ano), não são passíveis de análise à só custa desses dados numéricos, exigindo o emprego de outros dados sociais disponíveis e, sobretudo, de alguma sensibilidade. Não enfrentará o nortista longas distâncias e difícil locomoção para ter acesso às consultas, ao passo que o candango, morando ao lado da UBS, está a braços com a falta de médicos, de

servidores e de equipamentos, bem como com as consequências dos atrasos nos pagamentos desses últimos? A este grau de detalhamento, este estudo não chega, e o que se perde é a própria realidade de cada usuário.

Não há sistema de saúde perfeito. Qualquer deles tem de se adaptar às condições e necessidades da população e do local onde deve funcionar, além de solver seus próprios problemas de oferta, acesso, financiamento e controle de qualidade. No caso brasileiro, à vista dos arts. 196 a 200 da Constituição Federal, o sistema apresenta acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação à saúde. O SUS se estrutura de forma descentralizada, prestando serviços de atendimento integral, em toda extensão de sua atuação. Tais serviços são financiados com recursos da União, dos Estados e dos Municípios. A União aplicará, anualmente, até 15% da receita corrente líquida do exercício. Os Estados e o Distrito Federal aplicarão recursos advindos do imposto de transmissão causa mortis, do ICMS, do imposto sobre serviços de transporte, de comunicação, e do IPVA. Os Municípios, por fim, aplicarão recursos provenientes de IPTU, ITBI e ISS. Estados, Distrito Federal e Municípios aplicarão, ainda, recursos provenientes da repartição de receitas tributárias, como previsto no art. 198, § 2.º, da Carta, e seus incisos.

A teoria da justiça distributiva em saúde sustenta que os cuidados de saúde são de importância moral porque protegem oportunidades. Indivíduos doentes perdem oportunidades e, quanto mais, ou mais cronicamente doentes, tantas mais, ou maiores, serão as oportunidades que perderão. Se o Estado tem obrigação moral e jurídica de dar proteção às oportunidades de seus súditos, tem a correlativa obrigação de lhes sustentar a saúde, tanto no que diz com prevenção, quanto no que respeita a tratamento, recuperação da saúde, ou eventual reabilitação.

A proteção da saúde dá sustento ao funcionamento normal dos indivíduos. Quando se fala em saúde, neste passo, se está tratando da obtenção e conservação de um estado de equilíbrio entre o indivíduo e sua realidade, o que envolve dimensões externas ao sistema de saúde, i. é, determinantes sociais de que o SUS não trata imediatamente, mas de cujas alterações pode ser forçado a enfrentar as

consequências. Desigualdades sociais e de distribuição de bens tais como ar, água, alimentos, abrigo, falta de acesso a saneamento, e até mesmo a certo rendimento mensal mínimo apto a satisfazer necessidades básicas, podem dar origem a estados que se afastam do estado de saúde, sejam ou não reconhecidos como doenças. Como é evidente que doenças se podem derivar também de aspectos biopsicofisiológicos próprios de cada indivíduo, resta a igualdade comutativa afastada como suporte do sistema. Assim como não há doenças iguais, nem todos os indivíduos são, por elas, igualmente acometidos, e não é possível associá-las, todas, a injustiças, nem mesmo a iniquidades. Mas, se a equidade – e a justiça distributiva - forem a pedra de toque do acesso, então será possível a construção de um sistema que assista às necessidades, e aos necessitados, sem distinções outras que não sejam as que se pautem nas circunstâncias e nas características dessas necessidades. Ou, com Aday et al. (1980, p. 26) e com Daniels (2009, p. 249), existe iniquidade na distribuição de um serviço de saúde quando este se regular, no atendimento aos indivíduos, primariamente por sua condição social, por sua renda, ou por características outras, além da necessidade dos usuários. Deve ser a necessidade dos cidadãos, e não seu nível de educação, ou sua renda, ou outras quaisquer características de que se revistam, que lhes deve presidir o acesso ao sistema.

#### **4.3.2 A desigualdade de acesso no nível primário do SUS**

Relevantes, por isto, os resultados expostos no estudo de STOPA et al. (2017, p. 5s-7s). Demonstraram que, em média, 95,3% dos indivíduos, de todas as idades, que procuraram o SUS, conseguiram atendimento na primeira vez em que o procuraram. Nenhuma média regional se revelou, no particular, inferior a 93%, caracterizando um alto índice de acesso ao sistema.<sup>69</sup> No entanto, houve pequena diferença, estatisticamente significativa, relacionada, não à necessidade do atendido, mas ao nível de instrução do chefe de sua família. Quando este é portador

---

<sup>69</sup>Note-se que não se está, aqui, falando em índice de qualidade do sistema, pois resta desconhecido o grau de resolatividade dos atendimentos. Trata-se de índice de acesso, nos termos em que definido na Introdução, p. 11.

de curso superior completo, em 97,7% das oportunidades, os membros de sua família conseguiram atendimento no SUS na primeira oportunidade em que o procuraram, contra uma média nacional de 95,3% e um índice médio, nas famílias cujos chefes não têm instrução, ou contam com curso fundamental incompleto, de 94,5%.

É, porém, na maior facilidade de obtenção de todos os medicamentos prescritos quando do atendimento de saúde que se verifica a maior influência desta característica. Nas famílias cujo chefe conta com instrução superior completa, em 89,3% das oportunidades o membro da família consulente conseguiu obter a totalidade dos medicamentos que lhe foram prescritos. Trata-se de um índice muito superior à média nacional, de 82,5%. Em todos os demais grupos, cujos níveis de instrução dos chefes de família não atinge o superior completo, os índices se aproximam da média nacional, ou até ficam abaixo dela, como ocorre quando o chefe de família não tem instrução alguma, ou conta apenas com o curso fundamental incompleto (79,8%). A desigualdade, aqui, resta estabelecida por um importante determinante social da saúde, a educação, cuja distribuição não é dado ao SUS alterar, levando ao aumento de renda da fração mais instruída da população.

Outro aspecto significativo advém dos dados relativos ao número de consultas médicas disponibilizados aos cidadãos através do sistema. A tabela 4 apresenta uma série histórica, de 2007 a 2012, cujas médias, oscilando ao redor de 2,5 consultas médicas/habitante/ano, em sua monotonia, pouco oferecem, além da concordância com os parâmetros estabelecidos pela Portaria do Ministério da Saúde n.º 1101/GM, de 12 de junho de 2002, anexo 2 – parâmetros de cobertura assistencial ambulatorial, então vigente (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).<sup>70</sup> Ocorre que, em várias unidades da federação, a média se revelou inferior à média nacional. Além disto, em 2015, a média de consultas por habitante/ano foi inferior à de diversos exercícios anteriores, justificando mais aprofundado exame do indicador.

---

<sup>70</sup>A Portaria do Ministério da Saúde n.º 1101/GM, de 12 de junho de 2002, vigorou até 02 de outubro de 2015, quando entrou em vigor a Portaria n.º 1.631, de 1.º de outubro de 2015 (D.O.U n.º 189, 02/10/15), que aprovou novos critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

Não houve relação entre a renda média domiciliar per capita, em reais (exercício 2010) e o número de consultas SUS por habitante/ano, nas diversas unidades da federação. Houve uma tendência, que não obteve significância estatística, para o nível de significância de 5%, de aumento do número de consultas por habitante/ano, à medida em que cresce a renda per capita. Esteve presente, contudo, a significância estatística nesta relação, para o nível de significância  $\alpha$  de 0,1.

Em 2007, nada menos do que 18 estados ofereceram, a sua população, consultas médicas pelo SUS em baixa quantidade, dando origem a médias inferiores à média nacional. Em 2012, isto ocorreu com 16 estados da federação (cf. fig. 15).

Analizada a razão entre o número de consultas SUS e a média nacional (fig. 16), concluiu-se, no exercício examinado, que sete estados ofereceram consultas médias em quantidade inferior a 80% da média nacional. São eles: Sergipe, Ceará, Piauí, Amapá, Pará, Roraima, além do Distrito Federal. Outros 9 estados ofertaram consultas cujo número se situa entre 80 e 99,99% da média nacional. Os demais 11 estados se situam na média, ou acima dela.

Há equidade em saúde quando inexitem barreiras, seja de informação, financeiras, ou de fornecimento, que impeçam acesso a um mínimo decente de cuidado (DANIELS, 2009, p. 250). Já em sua Constituição, em 1946, a OMS fixara que “os governos têm responsabilidade pela saúde de seus povos, o que só pode ser satisfeito mediante a provisão de adequadas medidas sociais e de saúde” (OMS, 1946, p. 1). Enthoven (apud DANIELS, 2009, p. 250) chegou mesmo a propor que a lista constante da Ata de 1973 da Organização Mundial da Saúde constituísse o mínimo de serviços básicos. No Brasil, este mínimo de serviços básicos esteve definido, no particular, de 2002 a 2015, pela Portaria do Ministério da Saúde n.º 1101/GM, de 12 de junho de 2002, que propugnava, como parâmetro de atenção básica à saúde, de 2 a 3 consultas por habitante/ano. Este mínimo já fora atingido, em 2007. Face ao princípio do não retrocesso, estado algum poderia apresentar, nos anos seguintes, um nível de serviços inferior ao seu próprio, vale dizer, média inferior àquela do ano anterior. Se assim houvesse ocorrido, não haveria 16 estados



apresentando valores inferiores à média relativa. A franca desigualdade de acesso, no que respeita às consultas médicas ofertadas à população, em desfavor dos estados do Nordeste e do Norte, é, portanto, manifesta.

Quanto ao número de unidades básicas instaladas, em 2015 verificou-se, em números absolutos, que Norte e Centro-Oeste contam com a menor quantidade desses estabelecimentos; na outra ponta, encontram-se o Sudeste e o Nordeste, este com 15.425 unidades, a maior rede regional do país. A meta do SUS, de uma UBS por grupo de 10.000 habitantes, já foi atingida e até ultrapassada.

Mesmo quando relativizado o índice, a primazia da Região Nordeste se mantém, com 2,73 UBS instaladas, por grupo de 10.000 habitantes. O menor índice se encontra na Região Sudeste, sendo de 1,43 UBS/10.000 habitantes. A região, sendo a mais populosa do país, sofre assim esta limitação, embora conte com 12.229 UBS instaladas.

Um índice de acesso clássico, atualmente afastado das pranchetas objetivistas, é o grau de satisfação dos usuários para com o sistema. Índice também subjetivo é o grau de dificuldade/facilidade com que se obtém atendimento, na visão dos usuários. No que respeita a este, o nível primário do SUS é visto com bons olhos pela população: cerca de 60% da população vê como de fácil obtenção os serviços prestados por este nível: vacinas, exames laboratoriais, atendimentos nas UBS e centros de saúde; obtenção de medicamentos gratuitos na rede pública e atendimento de pronto socorro nas UPAs. O resultado é compatível com um sistema baseado na atenção primária, da qual se busca um alto grau de resolutividade.

#### **4.3.3 A desigualdade de acesso ao nível secundário SUS – as filas cirúrgicas:**

A partir do nível secundário, a efetividade do acesso ao SUS diminui. Segundo o Conselho Federal de Medicina, hoje, em 2018, dos pacientes entrevistados, 39% está aguardando consulta, exame, procedimento ou cirurgia. Em 2014, este índice era de 30%.

As internações hospitalares de caráter geral sofreram, de 2009 a 2018, redução importante, de 27,3%. Apenas no Sul e no Sudeste houve discreto aumento, da ordem de 2 a 3%. A maior redução se deu na Região Norte, com perda de mais de 16% das internações, seguida da Centro-Oeste, com perda de cerca de 12%. O índice de dissimilaridade das internações hospitalares de caráter geral está aumentando, desde 2009 até 2017, exercício no qual ultrapassou a casa dos 12%.

Entre 2010 e 2018, os leitos hospitalares sofreram redução de mais de 10%. Todos os estados foram atingidos, com exceção de seis: Roraima, Rondônia, Amapá, Tocantins, Pernambuco e Mato Grosso. O Rio de Janeiro perdeu mais de 9.500 leitos hospitalares; São Paulo, mais de 7.000. Minas Gerais teve redução de mais de 4.000 leitos.

As cirurgias eletivas, entre 2015 e 2017, foram reduzidas em 8,2%, formando-se, nos estados, extensa fila de 800.000 procedimentos cirúrgicos que aguardam realização e dos quais cerca de metade, segundo o Conselho Federal de Medicina, podem ser classificados em um dentre cinco procedimentos cirúrgicos de média complexidade: facectomia, hernioplastia, colecistectomia, varizes e adenoamigdalectomia, ou apenas adenoidectomia.

Indicador clássico e sensível de acesso, o grau de satisfação dos usuários do sistema demonstra que, neste nível, a obtenção de procedimentos cirúrgicos necessários é considerada muito difícil (cf. fig. 21). A linha divisória entre facilidade e dificuldade de acesso se situa entre o nível primário e o nível secundário do SUS, tornando-se mais difícil o acesso quando maior a complexidade do atendimento necessário.

A desigualdade, neste andar, é manifesta. Não é preciso esforço para que se defina que a falta de realização destes procedimentos cirúrgicos compromete as oportunidades dos indivíduos que os aguardam. A realização de facectomia, por exemplo, proporciona melhora no desempenho e estimula indivíduos economicamente inativos a procurar trabalho remunerado (KARA-JÚNIOR et al, 2010). Assim sendo, corresponde ao Estado a obrigação de satisfazer essas

necessidades. É preciso, aqui, aquilatar como definir com justiça e equidade as necessidades a serem primariamente atendidas, quando não se pode atendê-las a todas. Os princípios gerais de justiça distributiva não são suficientes para que se definam prioridades. Para fazê-lo, é preciso estabelecer um processo justo de definição de limites. E isto é difícil porque, ainda que se leve em conta a situação clínica de cada paciente, sempre haverá momentos em que a definição passará pela apreciação de valores, adquirindo, aqui, um julgamento de caráter moral. Explica-se: admitamos que, no grupo de indivíduos cujas cirurgias estão represadas, se há de realizar um mutirão, para diminuir a fila. Uma fila de espera surge porque, no serviço de que deriva, a demanda é maior do que a capacidade de atendimento. Por exemplo, das mais de 113.000 facetomias que ainda não foram efetuadas, como escolher o paciente que se deve submeter ao procedimento em primeiro lugar? Atualmente, o critério que vem sendo utilizado é o da antiguidade na fila de espera. *Prior in tempore, potior in jure*. Trata-se de critério que advém da lei n.º 8.080/90 que, em seu art. 7.º, ao estabelecer princípios para as ações e serviços públicos de saúde, entre eles elencou a universalidade de acesso, em todos os níveis de atendimento (inc. I) e a igualdade da assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (inc. IV). A lei n.º 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente) estabelece, em seu art. 4.º, parágrafo único, alíneas a e b, prioridade de atendimento às crianças e adolescentes, quando necessitados de proteção e socorro, bem assim em todos os serviços públicos ou de relevância pública. Já a lei n.º 10.048/2000 estabelece prioridade de atendimento a deficientes, gestantes e idosos, em termos que especifica. A lei n.º 10.741/2003 (Estatuto do Idoso) garante, prioritariamente, aos maiores de sessenta anos acesso universal e igualitário a todos os serviços de saúde (arts. 3.º, § 1.º, I e VIII; 9.º e 15, caput). E a lei n.º 13.146/2015 (Lei Brasileira de Inclusão) estabelece prioridade no atendimento à pessoa com deficiência em todas as instituições e serviços de atendimento ao público (art. 9.º, II), mas este atendimento encontra limite no oferecimento de recursos humanos e tecnológicos que a coloque em condições de igualdade de atendimento com as

demais pessoas (inc. III). Volta-se assim à necessidade de critérios morais para decidir. Deve o binômio gravidade/oportunidade participar da decisão?

Outro problema que deriva da limitação de recursos, e que representa a visão macroscópica do problema anterior, é: qual é a melhor alocação de recursos limitados em saúde? A que oferece os melhores resultados a poucos indivíduos ou a que provê resultados medianos a um número muito maior deles?

Estas questões são típicas da justiça distributiva em saúde. Esta valoriza a busca da equidade que, no pensamento contemporâneo, centraliza a noção de igualdade. Autores nacionais têm sugerido que a equidade, no caso brasileiro, deve ser definida como igualdade de utilização por iguais necessidades, e não como igualdade de gastos, recursos ou insumos (JARDANOVSKI; GUIMARÃES, 1993). Assim definida, a equidade de utilização contempla o acesso e pressupõe que os benefícios advenientes do uso do sistema estejam em correlação com as necessidades diagnosticadas. Jardimovski e Guimarães frisaram, contudo, já à época, que recursos eram distribuídos, não sob a égide de prévio diagnóstico de necessidades regionais ou geográficas, mas por pressões políticas, partidárias ou não, afastando o sistema do equilíbrio e impondo-lhe viés de difícil desate.

Daniels (2009, p. 315) reconhece que critérios filosóficos dificilmente serão hábeis à solução dos problemas da priorização:

Sou cético, contudo, de que fundamentos filosóficos apropriados venham a resolver estes problemas de conflito e priorização. ... Assim como uma teoria geral da justiça para a saúde e cuidados de saúde que seja plausível nos deixa com problemas não resolvidos de alocação de recursos, também uma teoria que proveja fundamentos para uma larga extensão de direitos, relevantes para a saúde da população, nos deixará com os mesmos problemas não resolvidos, embora sejam perfeitas, em termos gerais, e aplicáveis à distribuição de boa parte dos muitos bens regulados pelos direitos humanos.<sup>71</sup> Tradução livre do autor.

---

<sup>71</sup>No original: I am skeptical, however, that proper philosophical foundations will resolve these problems of conflict and prioritization. ... Just as a plausible general theory of justice for health and health care leaves us with unsolved resource allocation problems, so too a theory that provides foundations for the broad range of human rights that are relevant to population health will leave us with the same unsolved problems, for they are perfectly general and apply to the distribution of the many goods governed by various human rights.

Sustenta, porém, a existência de aspectos chave para que se chegue a uma adequada distribuição de saúde, propondo a implantação da sistemática infra, para dar suporte à responsabilização transparente dos governos e à alocação equitativa dos recursos, viabilizando mecanismos de suporte e avaliação do sistema de saúde:

- a) os envolvidos, incluindo os governos, respeitam os direitos de satisfação de cuidados de saúde;
- b) o governo reconhece sua responsabilidade de prover serviços de saúde e respeita os direitos correlativos, relacionados à saúde, aqui incluídos os de educação, segurança, liberdades básicas, participação política, não discriminação;
- c) o governo trabalha, em bases epidemiológicas, sociais, econômicas, culturais e legais para determinar as intervenções de maior relevo e de maior impacto para melhora da saúde da população;
- d) há representação da população na maneira de definir as decisões a serem implementadas em saúde;
- e) a equidade é respeitada no que concerne à alocação e à distribuição de recursos (Ibid., p. 313-314).

A ideia é uma proposta de implantação da accountability for reasonableness (AFR), e resume a aplicação dos princípios de publicidade, relevância, recurso e regulação, que a caracterizam. Um sistema que assim agisse estaria, a ver de Daniels, agregando o máximo à saúde da população, ante os recursos utilizados, e distribuindo equanimemente seus benefícios.

Há quem sugira, desde um ponto de vista pragmático, que a adoção de duas filas possa ser útil para reduzir a primeira. Viu-se acima que parte das cirurgias represadas estão representadas por adenoidectomias, ou adenoamigdalectomias. São pouco mais de 37.700 pacientes, hoje aguardando este tipo de cirurgia. Sarmiento, Tomita e Kos (2005, p. 260) dizem que a fila deriva de outra, um tanto insuspeita: a demora, que também causa fila, nas consultas de especialistas. Quanto às adenoamigdalectomias, esclarecem que são procedimentos nos quais, pela natureza da doença, há necessidade de acompanhamento, às vezes prolongado, antes da indicação cirúrgica. Nesses casos, efetuando o

acompanhamento ambulatorial que creia o médico necessário, e chegando-se, após o mesmo, à conclusão pela indicação cirúrgica, o paciente irá para o final da fila única, aguardando ano(s) para a realização do procedimento, após longo tempo de tratamento clínico. Isto pode inviabilizar a solução cirúrgica. A abordagem que sugerem, aqui, seria a adoção de uma fila à parte, do tipo wait and see list (esperar para ver). O paciente seria inscrito em tal lista logo no início do acompanhamento clínico, de tal sorte que o longo tempo do curso da fila pudesse ser paralelo ao acompanhamento clínico. Sendo desnecessária a cirurgia, bastaria dela desistir quando, no futuro, a fila viesse a atingir o assim inscrito. Trata-se, assim, de uma nova forma de regulação. Sugerem ainda, para que a distribuição do recurso cirúrgico seja equânime, que, mesmo em cirurgias eletivas, sejam utilizados, além do critério de prioridade temporal, os critérios de gravidade e urgência de cada caso.

Também a transparência tem sido alvo de constantes reclamos, na esperança de que sua observância possa promover oportunidades iguais para a obtenção do tratamento de saúde. Aguiar e Lira (2018, p. 121), estudando, internacionalmente, as relações da accountability for reasonableness com a transparência, concluíram que a última, como parte dos mecanismos da primeira, é de crucial importância no controle da equidade na distribuição dos serviços de saúde. Propugnam a adoção de um registro público, presente na internet, das pessoas que aguardam realização de cirurgias eletivas. Este registro, se confiável e atualizado periodicamente, servirá para minimizar a ocorrência de fraudes e impedir o estabelecimento de privilégios indevidos na fila, de maneira a favorecer a fiscalização e o controle pelos próprios pacientes, garantindo a equidade. Trata-se da publicidade de Daniels, elemento da AFR.

#### **4.3.4 O nível terciário do SUS**

Por fim, o nível terciário do sistema, representado pelos serviços de alta complexidade. Acesso, neste ponto, significa meramente disponibilidade, e não porta de entrada que, aqui, se localiza no nível primário, ou, mais frequentemente, no secundário.

O país dispõe de 21.168 leitos de Unidades de Tratamento Intensivo, de distintos tipos, distribuídos em UTIs de adultos, a saber, UTIs gerais e UTIs coronarianas; e UTIs pediátricas, listadas como UTIs pediátricas gerais, UTIs neonatais, Unidades de Cuidados Intensivos neonatais convencionais e Unidades de Cuidados Intensivos neonatais do tipo canguru.<sup>72</sup>

Além disto, os atendimentos clínicos e internações cirúrgicas de grande complexidade se fazem no nível terciário. Idem, os tratamentos oncológicos, quimio e radioterápicos.

Por não se tratar de nível de acesso, não foram efetuadas análises de indicadores próprios neste nível.

#### **4.3.5 A assistência à gestação e ao parto no SUS**

##### **4.3.5.1 Desigualdade desde a gestação e o parto: nascer desigualmente no Brasil.**

Aquilatada em sua extensão, a assistência ao pré-natal é tida como numericamente adequada no país. A imensa maioria das gestantes no país (99,45%) é, de alguma forma, contemplada com cuidados pré-natais. Vista em números relativos, há um contingente de 19,84% de gestantes que não fazem pré-natal, ou o fazem inadequadamente, i. é, que o iniciam após o terceiro mês de gestação, ou que, ao longo da gesta, comparecem a menos de três consultas, inviabilizando os propósitos do programa. A média nacional, para comparação, é de 21,3% (cf. fig. 28).

As regiões com maior prevalência de pré-natal inexistente ou inadequado são as regiões Sudeste e Nordeste. Barreiras de acesso são mais comuns no Nordeste ( $p < 0,001$ ). Doze estados apresentam percentuais de pré-natal inadequado superiores a 15%; destes, em quatro (Rio Grande do Sul, Mato Grosso, Ceará e Rio de Janeiro) o índice é superior a 20%, e o só fato de participarem do grupo estados

---

<sup>72</sup>São unidades de cuidados intensivos neonatais voltadas ao controle e tratamento dos problemas causados pela prematuridade extrema. Buscam aproximar-se, tanto quanto possível, de condições encontradas no útero materno, mediante a aplicação de um método de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso, daí a denominação canguru, que lembra a bolsa desses marsupiais.

como Mato Grosso, Goiás, e o próprio Distrito Federal, evidencia que os problemas não se restringem às regiões Sudeste e Nordeste.

Embora sem significância estatística, barreiras de acesso são três vezes mais frequentes para mulheres indígenas do que para mulheres brancas (VIELLAS et al., 2014). Com a finalidade de reduzir as dificuldades de acesso a serviços de saúde materno-infantis, o Ministério da Saúde criou cursos de formação para parteiras de comunidades indígenas e quilombolas, objetivando também a distribuição de kits de equipamentos para parteiras tradicionais. Contudo, até o momento, nenhuma destas atividades veio a ser realizada.

A maioria das gestantes que participaram dos programas de pré-natal, em 2016, em todo o país, contam 8 a 11 anos de educação formal, o que corresponde ao curso médio, completo ou incompleto.

Avaliando a qualidade do pré-natal no país, em trabalho recente, Tomasi et al. (2017, p. 6) consideraram que apenas 15% das gestantes receberam atenção pré-natal de qualidade. Dizem que somente 25% das gestantes foram submetidas a exames físicos apropriados e que, como as UBS pedem exames subsidiários, mas não os efetuam, o que é atribuição de laboratórios da rede, sua realização pode ter sido dificultada por iniquidades relacionadas a poder aquisitivo e a vulnerabilidade racial. (Id., 2017, p. 8). As mulheres que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal foram as habitantes de pequenos municípios da Região Sul, brancas e de renda mais elevada. As que apresentaram significativa diferença de acesso foram as mais jovens, especialmente adolescentes, mais pobres e moradoras das regiões Norte e, em segundo lugar, Centro-Oeste e Nordeste (Ibid., p. 7). Este estudo corrobora conclusões de estudo nacional de grande porte anterior, que avaliou 23.894 mulheres, concluindo que, em que pese a elevada cobertura da assistência pré-natal no país, há desigualdades regionais de caráter social que impedem acesso a um atendimento de qualidade. Apenas 21,6% das mulheres tiveram uma assistência pré-natal de boa qualidade (DOMINGUES et al, 2015, p. 143). A rede pública, consoante este estudo, tende a atender a mulheres adolescentes, pretas, de baixa escolaridade e baixa renda, múltiparas, sem companheiro, habitantes das



regiões Norte e Nordeste. Este trabalho evidenciou uma assistência pré-natal melhor do que a média quando efetuada por equipes de saúde da família no Maranhão, o que leva a considerar o emprego desta estratégia como forma de melhora da qualidade assistencial (Id., 2015, p. 145-146). O dado chama a atenção, uma vez que Maranhão é a unidade da federação com maior razão de mortalidade materna do país, superior a 100 mortes por 100.000 nascidos vivos, fazendo-se urgentes medidas para estancar a verdadeira condenação que a gestação e o parto, nas condições daquele Estado, representam à gestante.

É bastante evidente o relevo do exame, não só da adequação quantitativa, mas também qualitativa do pré-natal efetuado na rede pública nacional, máxime quando se tenha em conta que o país está a braços com uma razão de mortalidade materna vigilância de 62 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos, um índice muito próximo ao máximo admitido pela Organização Mundial da Saúde. Há marcada dissintonia entre o índice de acesso à assistência pré-natal – 99,45% - e a importante razão de mortalidade materna, em dezoito estados superior à média nacional e, em nove deles, superior ao índice máximo preconizado pela OMS. Isto evidencia que a qualidade do serviço não pode ser classificada como adequada.

Existe associação de cesariana com maior mortalidade materna. Esta afirmação, porém, tem de ser vista cum granu salis, porque pacientes em grave estado têm indicação desta cirurgia, podendo levar à errônea conclusão de que é a cirurgia, e não a gravidade de seu estado clínico, que as leva à morte. Seja como for, ainda assim, a incidência de cesarianas no país é elevadíssima – 55% - superando, em muito, os limites da orientação da OMS, que pretendem seja a cirurgia efetuada apenas em até 10% do total dos nascimentos.

#### **4.3.5.2 Mortalidade materna: a grande desigualdade regional**

A série histórica demonstra que o Brasil já reduziu a mortalidade materna. Contudo, nem a velocidade da redução da mortalidade materna, nem o próprio índice são, até hoje, satisfatórios, não havendo o Brasil vencido, no particular, o

quinto objetivo de desenvolvimento do milênio, que era de redução de três quartos da razão de mortalidade materna, nos vinte e cinco anos que medeiam entre 1990 e 2015 (UNITED NATIONS, 2000, p. 7).

Embora as cesarianas sejam mais frequentes entre mulheres brancas, de mais elevada escolarização e melhor condição socioeconômica (VICTORA et al., 2011), estes fatores são insuficientes para justificar a sua elevada incidência. É de se ponderar que, como o acompanhamento do trabalho de parto, muito mais demorado, e a cesariana, muito mais rápida, têm idêntica valoração nas tabelas de pagamento de serviços médicos, é razoável presumir que haja interesse dos profissionais na consecução dessas cirurgias. Esta é uma evolução da situação dos anos 70, quando os profissionais de saúde ganhavam mais para efetuar cesarianas do que para realizar partos normais (Id., 2011). Talvez se esteja ante a situação, de lege ferenda, de pagar menos por uma cesariana do que por um parto normal. Assim fosse, a cirurgia seria, quiçá, reservada àquelas pacientes que, de fato, apresentassem inequívoca indicação cirúrgica.

Figure-se a grande diferença entre a mortalidade materna no estado que a tem sob maior controle, Santa Catarina, e aquele onde é o índice de maior monta, Maranhão. A razão entre ambos é elevadíssima, atingindo 3,77. A desigualdade do atendimento obstétrico no país é manifesta. É de considerar, além disto, que a maior parte das mortes maternas é evitável. Por esta razão a iniquidade que mancha o índice nacional é tão gritante. As doenças hipertensivas seguem sendo a principal causa de morte em gestantes. Em segundo lugar, aparecem as doenças hemorrágicas da gestação (MORSE et al, 2011). As restantes envolvem infecções e abortamentos inseguros. Trata-se de doenças manejáveis com adequado suporte obstétrico no pré-natal e no parto. Com Drezett (2013), evidencia-se a desigualdade: a morte alcança, na gravidez, com muito maior frequência, mulheres negras, pobres, nas regiões de pior IDH do país, iniquidade que representa verdadeira violência contra a mulher porque, grávida, não dispõe de recursos que a protejam desta situação, à qual o estado não mostra intenção alguma de verdadeiramente enfrentar, vez que se mantém, ao longo do tempo, haja vista a série histórica da razão de

mortalidade materna vigilância, que não demonstrou queda nos últimos anos. Tem razão Daniels (2009, p. 303), quando afirma que esta situação não implica meramente o fornecimento de maiores recursos de tratamento; implica o afastamento do âmago dessas desigualdades, ampliando o respeito pelas diferenças de cor e de classe social, através de projetos que melhorem a distribuição dos próprios determinantes sociais de saúde, redução da pobreza, educação das mulheres, melhora das condições ambientais, de vida e de emprego, além de redução das taxas de fecundidade e de natalidade.

E, se Jacques Lambert (1967, p. 31) creu, algum dia, na paulatina unificação de seus tão díspares dois Brasis, fazendo com que “estruturas sociais mais igualitárias permita[m] a ascensão do mestiço e do homem de cor, sem provocar conflitos de raça ou de cultura”, enganou-se: eles ainda estão aqui.

## 5. O QUE É MÍNIMO? O QUE É RAZOÁVEL?

### 5.1 O estado ideal e a saúde da população

Demonstrada a existência de grandes desigualdades, regionalmente distribuídas, no que diz com o acesso à saúde no Brasil, a pergunta que se segue naturalmente é como agir para obter sua redução. Pergunta difícil, cuja resposta deve considerar que Aristóteles, ao traçar sua figura de estado ideal, teve em mente que a verdadeira felicidade dos cidadãos advém da virtude, não da posse de bens materiais (ARISTÓTELES, 1916, livro 7, p. 258). Disse ele que os homens de visão elegem os bens externos para satisfação dos bens da alma, e não o oposto. Mas reconheceu que, para uma vida virtuosa, tanto os estados, quanto os indivíduos, devem possuir bens externos suficientes, que lhes permitam a prática de boas ações (Ib., 1916, p. 259).<sup>73</sup>

Gizou ainda que uma cidade saudável deve abrir tanto para o mar, quanto para a terra. E impôs condições de saneamento que até hoje são reconhecidamente importantes para o controle da saúde da população:

Especial cuidado deve ser tomado com a saúde de seus habitantes, que depende fundamentalmente de quão aprazível é a localidade e da direção para a qual está exposta e, secundariamente, do uso de água pura. Este último ponto não é, de forma alguma, consideração desimportante. Porque os elementos que utilizamos mais frequentemente para suporte do corpo são os que mais contribuem para a saúde, e dentre estes estão a água e o ar. Portanto, em todos os Estados sábios, se há necessidade de água pura, e o suprimento não é todo igualmente bom, a água de beber deve ser separada daquela utilizada para outros fins (Ibid., p. 280). Tradução livre do autor, a partir da tradução inglesa de Benjamin Jowett.<sup>74</sup>

<sup>73</sup> Neste andar, estabeleceu os requisitos necessários do Estado: “Primeiro, tem de haver comida; em segundo lugar, artes, porque a vida requer muitos instrumentos; em terceiro lugar, deve haver armas, porque os membros da comunidade delas necessitarão, para o fim de manter a autoridade, tanto contra os desobedientes, quanto contra os assaltantes externos; em quarto lugar, deve haver certa receita, tanto para necessidades internas, quanto para propósitos de guerra; em quinto lugar, ou talvez mesmo em primeiro, deve haver cuidados religiosos, mais comumente denominados adoração; em sexto lugar, e o mais necessário de todos, [deve haver] o poder de decidir o que seja de interesse público, e o que é justo nos negócios de um homem para com outro” (ARISTÓTELES, 1916, lv. 7, p. 273). Tradução livre do autor, a partir da tradução inglesa de Benjamin Jowett.

<sup>74</sup> No original: Special care should be taken of the health of the inhabitants, which will depend chiefly on the healthiness of the locality and of the quarter to which they are exposed, and secondly, on the use of pure water; this later point is by no means a secondary consideration. For the elements which we use most and oftenest for the support of the body contribute most to health, and among these are

Esta perspectiva de saneamento básico é até hoje válida, acrescida, é certo, das muitas melhorias advindas das contribuições científicas paulatinamente surgidas ao longo de mais de dois milênios, tendo sido recentemente sintetizada, com dolorosa argúcia, pelo Papa Francisco (2015, p. 18), em sua encíclica *Laudato si'*:

Também deve ser considerada a poluição produzida por resíduos, incluindo resíduos perigosos presentes em diferentes ambientes. Produzimos centenas de milhões de toneladas de resíduos por ano, muitos dos quais não são biodegradáveis: resíduos domésticos e comerciais, detritos de demolição, resíduos clínicos, eletrônicos ou industriais, resíduos altamente tóxicos e radioativos. A terra, nossa casa, parece ser cada vez mais transformada em um imenso depósito de lixo. Em muitos lugares do planeta, os idosos recordam, com nostalgia, as paisagens de outras épocas, que agora aparecem submersas no lixo. Tanto resíduos industriais quanto resíduos químicos usados em cidades e campos podem produzir um efeito de bioacumulação nos organismos dos habitantes das áreas vizinhas, o que ocorre mesmo quando o nível de presença de um elemento tóxico em um lugar é baixo. Muitas vezes são tomadas medidas apenas quando efeitos irreversíveis sobre a saúde das pessoas já se produziram.<sup>75</sup> Tradução livre do autor.

Resta claro que Aristóteles via, com grande descortino, direitos que hoje, agrupados, se denominam DESCA (direitos econômicos, sociais, culturais e ambientais), e é relevante que sejam compreendidos e aceitos como direitos, e não como meros alvos de programas de assistência, de atenção, de atendimento a pessoas, seja dos Estados, ou de quaisquer particulares (SANTIAGO LOREDO, 2018, p. 5). Ainda assim, como alterar a desigualdade em favor dos menos afortunados?

Tal implica trazer o fato e o juízo de valor ao mesmo plano da ação, afastando o cientificismo cartesiano que, identificado o primeiro, resolvia-se na negativa de

---

water and air. Wherefore, in all wise states, if there is a want of pure water, and the supply is not all equally good, the drinking water ought to be separated from that which is used for other purposes.

<sup>75</sup>No original: C'è da considerare anche l'inquinamento prodotto dai rifiuti, compresi quelli pericolosi presenti in diversi ambienti. Si producono centinaia di milioni di tonnellate di rifiuti l'anno, molti dei quali non biodegradabili: rifiuti domestici e commerciali, detriti di demolizioni, rifiuti clinici, elettronici o industriali, rifiuti altamente tossici e radioattivi. La terra, nostra casa, sembra trasformarsi sempre più in un immenso deposito di immondizia. In molti luoghi del pianeta, gli anziani ricordano con nostalgia i paesaggi d'altri tempi, che ora appaiono sommersi da spazzatura. Tanti i rifiuti industriali quanto i prodotti chimici utilizzati nelle città e nei campi, possono produrre un effetto di bio-accumulazione negli organismi degli abitanti delle zone limitrofe, che si verifica anche quando il livello di presenza di un elemento tossico in un luogo è basso. Molte volte si prendono misure solo quando si sono prodotti effetti irreversibili per la salute delle persone.

que, ao cientista, coubesse sobre ele agir, para o fim de o alterar. Como sustenta Hans Jonas (2017, p. 152), “com objetos de certo tipo, desde que haja qualquer um desses objetos, a teoria descritiva transforma-se em teoria normativa. A questão é: existem tais objetos?” E a resposta não pode ser senão positiva, sendo indiferente, aqui, o desconhecimento do futuro. Nem o cientista pode, eticamente, nem o investido de poder pode, legal, e até constitucionalmente, deixar de agir hoje para a redução de desigualdades. Não lhes é dado esperar. A Constituição Federal, em seu art. 3.º, III, estabelece ser objetivo fundamental do Estado brasileiro a erradicação da pobreza e a redução de desigualdades sociais e regionais.

Sen (2017, p. 320-358) examina três possibilidades de conduta ante a classe de informações disponíveis: a primeira está calcada no conhecido teorema de Arrow<sup>76</sup>, e chega à conclusão de que qualquer decisão social pautada numa única base informacional conterà inadequações, mesmo que tomada na perspectiva da maioria<sup>77</sup>. A segunda tem em conta que muitas mudanças previstas apresentam, apesar disto, consequências impremeditadas, apesar de não imprevisíveis. Daí a importância de tentar prever todas as consequências de políticas a serem implementadas. A terceira propugna a elaboração de políticas públicas, partidas de exigências de justiça distributiva, que considerem os valores abraçados localmente como importantes, vez que o sucesso destas políticas depende de como se comportam, em sociedade, tanto indivíduos quanto grupos (Id., 2017, p. 349).

---

<sup>76</sup>Para traçar o teorema da impossibilidade, Kenneth Arrow (1951) partiu do pressuposto de que, no capitalismo, há dois modos fundamentais de fazer escolhas: o voto, também chamado sistema político, e os mecanismos de mercado, denominados, em conjunto, sistema econômico. O mecanismo do voto é um modo de amalgamar vontades individuais, dando origem a seu somatório. Escolhas individuais, impostas ao todo social, são próprias das ditaduras. Estabeleceu supostos, ou condições, para dedução do teorema. Os principais são: independência das alternativas irrelevantes (p. 26-27), ausência de ditadura (p. 30-31), soberania dos cidadãos, pois melhorias sociais não podem ser impostas (p. 28-29), racionalidade e ordenação das escolhas, mesmo quando partam de indivíduos completamente desconhecidos (p. 24-25). Concluiu pela inexistência de uma regra de escolha coletiva que obedeça à racionalização transitiva e, ao mesmo tempo, satisfaça a independência das alternativas irrelevantes, a não imposição, a ausência de ditadura, e não dê respostas negativas. Significa que, em toda e qualquer escolha de caráter social, provavelmente haverá intervenção, ou imposição, de alguma escolha individual.

<sup>77</sup>Promover alterações, ditas “melhorias” em determinadas frações sociais, com pauta em escolhas da maioria, por exemplo, pode resultar em afastar a parcela de distribuição destinada à minoria, caracterizando opção a- ou antiética, e de resultados devastadores (SEN, Op. cit., p. 320-321).

## **5.2 Como estabelecer indicadores capazes de monitorar determinantes sociais de saúde:**

André Nunes et al. (2001, p. 42) sustentam, com razão, que, num país de dimensões continentais, como o Brasil, em que pese a regularidade da estrutura legal, cada estado apresenta uma forma própria de organização social. Quando se mensuram e se estudam dados isolados como renda, ou escolaridade, não se tomam em conta as relações sociais. No entanto, o tecido social abriga relações que bem podem dar origem a indicadores de saúde, quando adequadamente utilizadas.

Indicadores são relações matemáticas que refletem oferta (capacidade instalada e recursos humanos e materiais), acesso, qualidade, financiamento, situação global de saúde e condições de vida de uma população. Podem ser utilizados consoante orientações clássicas, caso em que permitirão comparações inter-regionais ou internacionais, ou podem ser construídos para refletir dados específicos, consoante o que se busque monitorar.

A desagregação dos dados, ao nível que permita o cálculo desses indicadores, é de suma importância, porque estes não podem ser calculados se dados desagregados não estiverem disponíveis, ao menos por estado. Muitos dos dados nacionais publicados estão nacionalmente agregados, sendo inviável o acesso à desagregação, a não ser dos últimos poucos meses.

Estando disponíveis, indicadores podem ser utilizados para auxiliar na solução de problemas. Jamais, contudo, individualmente os resolverão. Problemas usuais, tais como determinar prioridades, não podem deixar de lado considerações de caráter moral que, mais do que dados fáticos acerca de determinantes de saúde, ou até estudos de custo-efetividade, devem reger as necessárias escolhas.

Direitos sociais – e o direito à saúde é um deles – exigem prestações por parte do Estado, chamado a prover recursos em áreas específicas, no interesse de seus súditos. Buss e Pellegrini Filho (2007), entre nós, examinaram modelos que vinculam as relações entre os diversos fatores que constituem os determinantes sociais da saúde. É significativo o modelo de Dahlgren e Whitehead, sintetizado na fig. 1, abaixo:



**Figura 1 – Determinantes sociais da saúde segundo Dahlgren e Whitehead**

Fonte: Buss; Pellegrini Filho, 2007

Este modelo propugna a disposição dos determinantes sociais em camadas sucessivas, desde uma camada interna, onde estão situados determinantes de caráter individual, até camadas exteriores, onde se alocam os macrodeterminantes de saúde. É fácil verificar que a disponibilidade de serviços de saúde representa apenas um desses determinantes, os demais, alimentação, educação, trabalho e emprego, habitação, água e esgoto, jogando papéis na determinação total da saúde que devem ser prontamente reconhecidos, daí porque eles próprios representam também direitos fundamentais.

Vidal Serrano Nunes Júnior (2009, p. 63) alerta para a assincronia dos direitos fundamentais: enquanto alguns, como o direito à saúde, e seus consectários, têm na adequada atividade prestacional do Estado sua satisfação, outros, como os direitos trabalhistas, pedem regulação; outros ainda, como o direito de greve, dele exigem mera abstenção. Neste andar, indicadores de saúde podem ser utilizados para auxiliar na definição da faixa de recursos materiais da qual devem dispor os indivíduos para atendimento a suas necessidades básicas, pois relacionam



os níveis mais baixos e mais elevados dos parâmetros estudados (renda, escolaridade, por exemplo), permitindo o estabelecimento de médias, de rankings, e de outras diferentes relações.

### **5.3 Mínimo razoável ou reserva do possível?**

#### **5.3.1 Mínimo razoável**

Se direitos fundamentais advêm do princípio da dignidade humana, inscrito no art. 1.º da Carta, segue-se ser possível, e até necessário, estabelecer um standard mínimo a ser incondicionadamente suprido pelo Estado, em prol de seus cidadãos. Tem havido larga discussão a este respeito. Há quem sustente, e não poucos, serem tais direitos corolários do próprio direito à vida e, ainda, do direito à liberdade. Em que pese tão elevada origem, Alexy (2008, p. 511-518) defende que direitos fundamentais sociais não podem ser previamente definidos, em qualidade e quantidade, a não ser na perspectiva de cada indivíduo. Não há mínimos absolutos. Daí porque, no modelo proposto pelo mestre alemão, todos os direitos sociais devem ser sopesados. Isto não significa que direitos fundamentais sociais não sejam vinculantes. Contudo, efetuados os necessários sopesamentos (que se hão de dar entre os princípios correlativos), ante a razoabilidade e a proporcionalidade, bem pode ocorrer que os direitos definitivos daí derivados sejam distintos do originalmente pretendido, isto porque é nas crises que o exercício de direitos fundamentais é mais frequente, mas é justamente nelas que menos haverá a distribuir. A perspectiva sob a qual resta o direito sindicado é, assim, uma perspectiva social, que permitirá aquilatar se o dever *prima facie* do Estado foi, ou não, satisfeito em grau adequado.

Ocorre que Alexy parte da perspectiva de uma constituição que, ao contrário da brasileira, não trouxe inscritos direitos sociais, menos ainda aqueles que se satisfazem através de ações prestacionais por parte do Estado. A Carta brasileira de 1988, doutra banda, alberga de forma indiscutível os direitos sociais prestacionais (cf., por exemplo, os arts. 196 e 205), dentre os quais o direito à saúde e, daí, se faz mister definir sua efetividade e sua exequibilidade, até mesmo na linha

administrativa, relevo maior deste trabalho, razão pela qual não se fala, aqui, em justiciabilidade.

Constitucionalistas de diferentes visões têm tratado da matéria: Canotilho (2003, p. 481-482) observa, com densidade que, apesar de os direitos fundamentais estarem presentes na(s) Constituição(ões), é o legislador ordinário quem, de fato, cria e determina a extensão desses direitos, pois controla - concretizando-os e, com isto, os transformando - suas reais eficácia e exequibilidade. A reserva do possível (*Vorbehalt des Möglichen*) foi idealizada para limitar a exequibilidade de direitos sociais ante os recursos públicos existentes para sua concreção. Assim tratados, os direitos fundamentais de caráter social bem poderiam ser direitos amplos, ou até direito algum, na medida em que ficariam limitados pelo grau de plethora das burras públicas. Um direito inexecutável, pois ausentes recursos para sua concreção, não é direito algum. “Para atenuar esta desoladora conclusão, adianta-se, por vezes, que a única vinculação razoável e possível do Estado, em sede de direitos sociais, se reconduz à garantia do mínimo social” (CANOTILHO, 2003, p. 481).

Em Portugal, o Tribunal Constitucional (1984), ao tratar da pretensão de extinção do então Serviço Nacional de Saúde, examinando normas consagradoras de direitos fundamentais sociais, econômicos e culturais, fixou características às mesmas aplicáveis, que se opõem à ideia de se tratarem de meras normas programáticas, a serem cumpridas quando convier aos poderosos do momento, dizendo, em seu Acórdão N.º 39, de 11 de abril de 1984, relator Vital Moreira: a) os direitos fundamentais sociais consagrados na Constituição detêm vinculatividade normativo-constitucional. Não são meras normas programáticas, nem linhas diretivas de ação política; b) as normas constitucionais que veiculam direitos sociais constituem parâmetro de controle judicial acerca da matéria; c) as normas que impõem o legislar, traçadas sobre direitos sociais, são imposições legiferantes, cujo descumprimento desafia a inconstitucionalidade por omissão; d) a concretização dos direitos sociais impõe ao Estado a edição imediata de medidas concretas e determinadas, não podendo ser satisfeita por normas vazias ou promessas vãs; e) o legislador ordinário, ao tratar de medidas concretizadoras de direitos sociais, tem

liberdade em relação ao modo de organização e ao ritmo de realização, mas não as pode deixar de efetuar.<sup>78</sup>

Shue (2011, p. 8-9), por sua vez, esclarece a prática comum dos governos, não sem certa ênfase jocosa:

Virtualmente qualquer argumento em favor de um direito dependerá, no fundo, de enfatizar que o interesse a que o direito se dirige é genuinamente importante, fundamental, vital, indispensável, etc. Mas não importa quão alto possam os argumentos positivos chegar, o crítico pode sempre responder concedendo-o, mas adicionando, com efeito, a objeção de que reconhecer o direito em questão traria um fardo muito grande àqueles encarregados de honrá-lo. Assim, disputas são evitadas através da concessão de direitos em teoria, e custos são evitados negando-se o [mesmo] direito na prática.<sup>79</sup> Tradução livre do autor.

Acrescenta, então, que direitos básicos são as demandas mínimas razoáveis que qualquer faria, ante o resto da humanidade. Nisto, o autor aproxima, ou até identifica o mínimo razoável com o mínimo existencial. Mínimo razoável, para Shue, é a base racional que justifica demandas cuja rejeição não pode, de maneira alguma, ser admitida. E, se de direitos realmente básicos se trata, sua rejeição implicaria auto-destruição (Id., 2011, p. 19), vale dizer, a morte do indivíduo e, no limite, também a extinção da espécie. Além do direito à segurança, ainda o direito à subsistência constitui direito básico, entendendo-se, por direito mínimo à subsistência, “ar puro, água pura, alimentação e roupas adequadas, abrigo, e cuidados preventivos de saúde pública mínimos” (Ibid., p. 23).<sup>80</sup> E arremata, frisando que as garantias sociais contra as ameaças usuais que comprometem os direitos morais são geralmente as mesmas que subservem à satisfação desses direitos. Daí porque é impossível dar menos prioridade a qualquer direito básico do que a outros direitos, não participantes da lista de direitos básicos (SHUE, Op. cit., p. 34).

<sup>78</sup> Acerca do tema, cf. ainda CANOTILHO, Op. cit., p. 482 ss.

<sup>79</sup> No original: Virtually any argument in favor of a right will depend at bottom on emphasizing that the interest to which the right is asserted is genuinely important, fundamental, vital, indispensable, etc. But no matter how high the positive arguments are piled, the critic can always respond by conceding it all but simply adding the objection, in effect, that recognizing the right in question would place too great a burden on all the other people with the duties to honor the right. Thus, disputes are avoided by conceding the right in theory, and costs are avoided by denying the right in practice.

<sup>80</sup> No original: By minimal economic security, or subsistence, I mean unpolluted air, unpolluted water, adequate food, adequate clothing, adequate shelter, and minimal preventive public health care.

Entre nós, Nunes (2009, p. 71) sustenta que a Constituição brasileira alberga claramente um standard mínimo de direitos sociais, principalmente em seu art. 3.º, III, ao lançar como objetivo do Estado a erradicação da pobreza e a diminuição das desigualdades sociais. Vê, portanto, na Carta um mínimo razoável. Cita Areli Sandoval Teran, frisando, com a mestra mexicana, a existência de dois enfoques para a questão: um deles, teórico, é denominado *minimum core content*, mínimo central, ou mínimo essencial. Todo direito tem um núcleo, que não pode ser afastado sem que, com isto, se afaste ao próprio direito. Este núcleo é denominado conteúdo mínimo central, ou conteúdo mínimo essencial. É novamente Alexy (Op. cit., 297) quem esclarece: o âmago, a essência de um direito fundamental não pode ser alterada.<sup>81</sup> Direitos fundamentais são posições individuais. Se a Lei Fundamental (alemã, em seu caso) proíbe a violação de direitos fundamentais, há que se entender que, no mínimo, restam também proibidas as afetações a posições individuais relativas a tais direitos. Aqui cabe frisar, refere Alexy, que o Tribunal Constitucional alemão tem-se pautado por uma teoria subjetiva absoluta, acerca do conteúdo essencial dos direitos fundamentais. Suas decisões tratam de limite absoluto, limite extremo, última área intocável, estabelecendo que nem mesmo interesses preponderantes da coletividade podem justificar intervenção em esfera particular, em sua área nuclear, que resta protegida de maneira absoluta. Entende aquela corte, assim, que não há espaço, em matéria de direitos fundamentais, para sopesamento em face da proporcionalidade, sob risco de, com isto, se venha a reduzir a nada o próprio direito.

Ingo Sarlet (2011, p. 141-142) agrega que direitos sociais de cunho prestacional - caso do direito à saúde - objetivam a proteção da pessoa contra necessidades de ordem material, garantindo uma existência digna. E isto vai desde o mínimo existencial, caracterizado pelas prestações suficientes para manutenção, constitucionalmente garantida, da vida, até os mais amplos recursos, englobados por aquilo que se convencionou chamar uma vida boa.

---

<sup>81</sup>Art. 19, § 2.º, da Lei Fundamental da República Federal da Alemanha: “Em nenhum caso, um direito fundamental poderá ser violado em sua essência.”

O segundo enfoque é um método prático, de caráter quantitativo, daí sua importante utilidade. Denomina-se *minimum threshold*, ou mínimo vital, apontando, para cada direito, as necessidades mínimas de um ser humano. Este enfoque pode ser facilmente entendido atentando, com Santiago Loredó (2018, p. 9) que, por exemplo, serviços de fornecimento de água e saneamento devem ser contínuos e suficientes para cada pessoa, para todos os fins para os quais a água é normalmente utilizada.<sup>82</sup> A Organização Mundial da Saúde estima que, para essas finalidades, sejam necessários de 50 a 100 litros de água por pessoa por dia. Este aporte é considerado adequado, tanto para satisfazer estas necessidades, quanto para afastar as enfermidades comumente enfrentáveis pelo saneamento (ONU, 2010, p. 2).

Assim também a pobreza, cuja linha internacional está hoje fixada, desde 2015, em 1,90 dólares americanos PPP, por pessoa, por dia, pode ser dimensionada.<sup>83</sup> No Brasil, 3,40% da população apresentam rendimento médio situado nesta faixa, ou abaixo dela.<sup>84</sup>

---

<sup>82</sup>Tais fins incluirão, entre outros, beber, cozinhar, lavar roupas, tomar banho e outras práticas de higiene pessoal, inclusive para doentes, limpeza da moradia e saneamento básico, inclusive uso em latrinas e esgotos. A água fornecida deve ter aspecto, cor, cheiro e gosto palatáveis, o que significa que não necessariamente será incolor, inodora e insípida. Deve, contudo, estar livre de microrganismos, em especial patogênicos e de contaminantes químicos que representem risco à saúde.

<sup>83</sup>A referência internacional da extrema pobreza foi fixada em 1990, em USD 1, por pessoa, por dia, PPP. A técnica permite comparações internacionais, tanto imediatas, quanto ao longo do tempo. Em 2005 estava em USD 1,25, por pessoa, por dia, PPP. Em 2015, data da última revisão, foi estabelecida em USD 1,90, por pessoa, por dia, PPP (UNDP, 2016).

<sup>84</sup>A questão está fora do contexto do presente estudo, mas aqui cabe uma importante observação: a análise isolada de qualquer parâmetro, mesmo que seja ele aporte econômico, tende a produzir quadros interpretativos afastados da realidade social, razão pela qual a Organização das Nações Unidas passou, desde 2010, a publicar também análises multidimensionais de pobreza. Foram desenvolvidas pela Oxford Poverty and Human Development Initiative, e registram pelo menos três dimensões da população estudada: saúde, educação e modo de vida, dando origem ao índice multidimensional de pobreza (Multidimensional Poverty Index – MPI). Os indicadores utilizados são a nutrição e a mortalidade infantis, representando a saúde; o número de anos de escolaridade e o índice de crianças matriculadas na escola, representando a educação, e o tipo de combustível utilizado para cozinhar, o tipo de instalação sanitária existente na residência, o tipo de fornecimento de água e eletricidade, o tipo de material utilizado para construir teto, paredes e piso da residência, a inexistência de carro ou caminhão na unidade residencial e a existência de, no máximo, um dos seguintes itens: rádio, televisão, telefone, computador, bicicleta, motociclo, refrigerador, carroça, estes representando o modo de vida. O peso de cada qual dos indicadores de saúde e educação é de 1/6; os de modo de vida contribuem, cada qual, com 1/18 para o índice total. Consoante recente estudo publicado pelas Nações Unidas, o Brasil apresenta um MPI de 0,016. Tem uma população de 7.978.000 pobres, o que representa 6,21% da população vulnerável à pobreza multidimensional, e

Aqui vem à colação a alentada lição do constitucionalista português Jorge Reis Novais (2010, p. 190-194), apontando que, nos direitos sociais de prestações positivas, e a menos que a Constituição fixe, detalhadamente, o conteúdo e extensão do direito – o que é infrequente - será sempre difícil a fixação de um mínimo social devido. Isto porque há uma significativa margem de opção política deixada aos poderes públicos para fixação da forma de trazer à concreção tais direitos fundamentais, aqui se incluindo o quanto, o quando e o como, conglobando o ritmo de estabelecimento das políticas públicas e sua gradação. Há que se tenha cuidado, para evitar que as prestações sociais positivas exigíveis, muito mais ambiciosas, sejam, em função da necessidade de estabelecimento de um mínimo, politicamente reduzidas a este último (Id., 2010, p. 205).

Mas, alerta o mestre português, ao passo que o direito ao mínimo existencial, ou mínimo vital, é legalmente protegido, e daí judicialmente exigível, e embora, cá e acolá, esteja subsumido à demonstração de certo grau de pobreza, já os direitos sociais não seriam passíveis de concreção através de decisões judiciais (portuguesas), mas sim através de “políticas públicas condizentes, apuráveis no contexto da luta e debate políticos e de reivindicação da cidadania democrática, que não já, porém, através da reivindicação judicial de acesso jusfundamental a bens públicos” (Ibid., p. 194).

O mínimo existencial, ou vital, a ver de Novais, é a proteção necessária à sobrevivência, uma garantia mínima de existência fisiológica. Numa maior amplitude, o mínimo existencial sociocultural incluiria, além do necessário à subsistência, também as prestações materiais realmente necessárias a uma existência digna, que tenham em conta a disponibilidade do Estado, mas considerem necessidades

---

0,94% da população abaixo da linha da pobreza extrema multidimensional. 3,40% da população sobrevive com recursos econômicos inferiores a USD 1,90 PPP, por pessoa, por dia, o que representa cerca de 7.100.000 indivíduos. A contribuição da dimensão saúde na deprivação total destes indivíduos foi considerada prevalente em 49,76% dos casos, principalmente às custas da elevada mortalidade infantil, embora fique claro que os dados brasileiros não estabeleceram a idade das crianças falecidas, razão pela qual todas as mortes apresentadas no estudo foram lançadas ao índice de mortalidade infantil, e não apenas as ocorridas no primeiro ano de vida, o que pode representar bias significativo, alterando a taxa de mortalidade infantil. De qualquer forma, trata-se de contribuição elevada, mal situando o país no ranking internacional: dos 104 países estudados, em apenas 14 deles a dimensão saúde contribuiu maiormente para a deprivação total da população (UNDP, 2018).

individuais de desenvolvimento da personalidade, de participação e de integração comunitária (NOVAIS, Op. cit., p. 195). E Rafael de Lazari (2016, p. 134) o singulariza, à luz da Carta de 1988, como “a saúde preventiva, a saúde restauradora e a saúde pós-restabelecimento, estas sim, legítimas integrantes do mínimo existencial.”

### **5.3.2 Reserva do possível**

Praticamente qualquer texto elementar de economia social atual referirá que as necessidades humanas são infinitas, ao passo que as possibilidades do Estado são finitas. Cria-se, assim, a necessidade de fazer opções que, mais do que econômicas, serão fundamentalmente políticas e sociais. E, com isto, surgem instrumentos restritivos à realização dos direitos sociais, um dos quais, talvez o mais comumente utilizado e mais efetivo, é a reserva do possível. Isto porque direitos sociais, apesar de inalienáveis e irrenunciáveis, podem sofrer limitações.

A concreção das políticas públicas constitui obrigação do Estado. Este, porém, pode dizer da rapidez e extensão de sua implantação. Despesas públicas, lembra Vidal Serrano Nunes Júnior (Op. cit., p. 171), devem ser sempre autorizadas por leis, mas estas, apesar de representarem a necessária autorização do poder legislativo, não vinculam o executivo a sua concretização, donde surge a necessidade de escolha discricionária por parte deste último.

É costumeiro admitir a origem da reserva do possível, tal como hoje praticada, no acórdão BVerfGE n.º 33, 303 (numerus clausus), de 1972, do Tribunal Constitucional Federal alemão. Contudo, a ideia de que o Estado pode limitar seu atendimento aos cidadãos na medida de suas possibilidades é bastante mais antiga: Sgarbossa (2009, p. 75-76) traçou-a até o século VI, quando o II Concílio de Tours determinou que o cuidado dos pobres e necessitados se haveria de fazer *nec ultra vires*, i. é, consoante as possibilidades do Estado.<sup>85</sup>

---

<sup>85</sup>Sgarbossa pautou-se em Michel Aubrun que, por sua vez, trouxe à luz a fórmula canônica: *Ut una quaque civitas pauperes et egenos alimentis congruentibus pascat secundum vires; ut tam vicani presbyteri quam cives omnes suum pauperem pascant*. Tradução livre do autor: [Far-se-á] o sustento dos pobres e necessitados de acordo com as forças (i. é, as possibilidades) da cidade (i. é, do

Para os propósitos deste estudo, partindo-se, no entanto, do supracitado acórdão do tribunal constitucional alemão, não será demasiado repetir, com Amorim Leite (2014, p. 74) e com Nunes (Op. cit., p. 172), que as condições juspositivas que fizeram, lá e cá, nascer e medrar a teoria, em sua forma moderna, são substancialmente distintas. Em solo alemão, a teoria surgiu para solver pleitos de vagas em escola pública superior, numa situação em que a Lei Fundamental alemã não garantia, de maneira positivada, quaisquer direitos fundamentais. Não dizia respeito à temática de estabelecimento de mínimo razoável.

No Brasil, surge a reserva do possível ante uma Constituição que abraça, sem sombra de dúvidas, os direitos fundamentais, o que estabelece, necessariamente, regramentos próprios para sua aplicação, sob pena de vir a configurar afronta à Lei Maior, transformada que seria em caudatária da vontade do concretizador do momento, em completa desvirtuação da própria hierarquia das normas. Estando tais direitos fundamentais plasmados na Carta, não podem, nem o poder executivo, nem o poder legislativo ordinário, renunciar a sua observância e concretização.

Questiona-se, assim, da possibilidade de restrições dos direitos fundamentais. E, em caso positivo, como e em que extensão seriam tais restrições possíveis. Retorna-se, aqui, a Alexy (Op. cit., p. 283-284), que esclarece: tratando-se de direitos fundamentais externalizados através de princípios, ser-lhes-á conferida a maior proteção possível. As restrições não se estabelecem, pois, diretamente sobre os princípios, mas sobre alguns bens por eles protegidos e ainda sobre posições individuais protegidas por estes princípios. Direitos de terceiros podem também representar restrições a direitos fundamentais, seja porque, também eles, se encontram protegidos por princípios, seja ainda porque derivam de regras, expressas, por exemplo, em lei ordinária. Nestes últimos casos, a solução dar-se-á através do necessário sopesamento entre os princípios envolvidos.

---

estado): os moradores, velhos inclusive, bem como todos os cidadãos [serão chamados a auxiliar] na alimentação dos pobres.

Convém não esquecer que, no século VI, a organização social francesa era provincial. Clóvis morrera no início do século, e jamais houve unificação da França até o reinado de Dagoberto, já no século VII. Ainda assim, esta pouco tempo durou. Daí porque o falar o texto canônico em cidade(s) equivale, hoje, à referência ao próprio estado.



Ana Carolina Lopes Olsen (2018, p. 135-150) efetua alentada resenha teórica das circunstâncias em que se fazem possíveis restrições dos direitos fundamentais sociais. Trata da noção de suporte fático, mostrando que a norma de direito fundamental define quais as condutas que são, por ela, protegidas. Didaticamente, apresenta a teoria do suporte fático restrito, na qual a norma de direito fundamental exclui, por si só, a violação a outra norma de direito fundamental. Exemplifica com o direito fundamental à liberdade de expressão que, entendido presente, e por força da norma que o institui, desde logo afastaria alegações de violação de direito à honra.

Remete a Virgílio Afonso da Silva (2006, p. 25) que, por sua vez, sustenta, à luz da Constituição brasileira, que direitos fundamentais são restringíveis. Necessário, contudo, que aquele que impõe tais restrições – desimportando se juiz, se administrador – promova fundamentação densa, relevante, transparente, para além de meros juízos de conveniência e/ou de oportunidade política. Assim, alegadas regulamentações, ou regulações, representam, na verdade, restrições, por vezes disfarçadas, submetendo-se ao regime que se haja de impor a estas últimas.

Apresenta ele a distinção entre princípios e regras, dizendo que os primeiros garantem direitos à primeira vista, ao passo que as últimas garantem direitos definitivos. Daí derivam suas distintas formas de aplicação: o sopesamento, para os princípios, a subsunção para as regras (Id., 2006, p. 28). Ajunta que, a fim de examinar as intervenções sobre direitos fundamentais, para estabelecimento do suporte fático, e no caso do suporte fático restrito, sua definição (que incluirá, em seu âmbito, aquilo que é protegido e do que, ou contra que, é protegido, numa situação em que não haja, para a intervenção, fundamentação constitucional) é a própria definição daquilo que já é definitivamente protegido. No caso do suporte fático amplo, as situações e condutas dependerão de se submeterem a sopesamento em concreto para definição da existência, ou inexistência, de direito definitivo (Ibid., p. 34). Significa isto que inexistem direitos absolutos.

Para exame dos mecanismos de operação de restrições aos direitos fundamentais, calca-se o mestre das Arcadas em duas teorias: a primeira,

denominada teoria interna, é devida a Planiol e Ripert, podendo ser resumida na expressão “o direito cessa onde o abuso começa”. Seu fundamento é que direito e limites restam circunscritos a uma só – e idêntica – estrutura, restando os últimos definidos a partir do só estabelecimento do primeiro. A definição do conteúdo não sofre influência de fatores externos, que também não influenciam o estabelecimento de quaisquer limitações. Seus limites são internos, a ele imanentes. E frisa Virgílio Afonso da Silva (Op. cit., p. 37), com acuidade, que a consequência imediata disto é que, se a definição do conteúdo e da extensão do direito não depende de fatores externos, e se este não pode ser alterado por colisões posteriores, segue-se que direitos definidos a partir da teoria interna terão sempre a estrutura normativa de regras e, daí, serão definitivos. Assim, não podem ser submetidos a sopesamento, sendo imediatamente aplicáveis, desde que presentes as circunstâncias que caracterizam seu suporte fático. A situação é, assim, de tudo ou nada: ou há direito subjetivo, estabelecido em âmbito definitivo, ou não há.

A teoria externa, ao oposto, admite que o direito fundamental é objeto distinto de suas restrições, que lhe são externas, e, quiçá, até mesmo não diretamente relacionadas. Resta ela sustentada pela teoria dos princípios. Frisa que um direito fundamental é, as mais das vezes, externalizado através de uma norma consagradora de um direito *prima facie*, e que tem a estrutura de princípio. Sendo um princípio apenas um mandamento de otimização, terá amplitude ilimitada, mas seus limites serão impostos por princípios colidentes que, a seu turno, sustentem posições de quem possa restar assim atingido em seus direitos. Nessas condições, a solução se dará pelo sopesamento dos princípios envolvidos, para que, a partir do direito *prima facie*, se possa estabelecer, sempre em concreto, o direito definitivo, dessa operação adveniente. Aquilata-se, para tanto, a proporcionalidade, analisando-se suas três sub-regras: adequação, necessidade e proporcionalidade em sentido estrito, surgindo, então, o binômio sopesamento/ponderação (SILVA, Op. cit., p. 39).

Dessarte, para o fim de garantir a proteção de direitos fundamentais com fulcro “numa comunicação intersubjetiva entre os poderes estatais e a comunidade”, e na

mais ampla extensão possível, faz-se necessário admitir que todo direito fundamental é restringível; que todo suporte fático deve ser o mais amplamente alargado, permitindo-se, *prima facie*, o exercício amplo de direitos fundamentais a todos os que, fundamentadamente, os alegarem; que as restrições, na espécie, são externas ao conteúdo de cada direito; que a exigência de submetimento de quaisquer direitos *prima facie* ao método de sopesamento/ponderação traz consigo, como ônus àquele que as impõe, a fundamentação clara, transparente, de caráter constitucional, de sorte que elas próprias, ou ainda regulamentação, ou regulação, daí derivadas, só possam vigorar se satisfizerem tal exigência (SILVA, *Op. cit.*, p. 46-51).

Luz do que acima foi dito, cumpre, pois, que se estude a doutrina brasileira da reserva do possível. Segundo Leite (*Op. cit.*, p. 138-144), veio ela a assumir três linhas de pensamento: a primeira opta pela concretização plena dos direitos fundamentais de caráter social, sem qualquer apelo à reserva do possível. Esta teoria se escuda no fato de que, sendo amplas as possibilidades financeiras do Estado, de forma geral, e limitada a representação econômica do direito social a ser concretizado, e considerando, ainda, estar a garantia constitucional lançada na Carta, tudo se passaria como se o poder executivo, dentro de sua discricionariedade, estabelecesse, de fato, qual de seus deveres sociais haverá de ser concretizado. Em outras palavras: se assim fosse, a simples falta de vontade política do executor serviria para justificar a omissão estatal. No caso especial do direito à saúde, há de se ter em conta que, ao menos em grandes linhas, os recursos econômicos já estão previstos na Constituição (art. 198, §§ 2.º e 3.º e seus respectivos incisos), o que pode permitir, em circunstâncias específicas, sindicar as opções do executivo ante as normas constitucionais. Diz-se sob circunstâncias específicas porque, apesar de existir orçamento público em todas as esferas envolvidas com as prestações atinentes ao direito à saúde, a falta de especificação das despesas poderá dificultar a análise de situações individuais, máxime quando não reste, de pronto, evidenciada a necessidade como sendo integrante de mínimo existencial. De qualquer sorte, estando o direito constitucionalmente protegido,

descaberia ao poder executivo deixar de cumpri-lo, pois isto equivaleria, de fato, a sua negação.

Interessante notar a fundamentação do acórdão do Supremo Tribunal Federal no Recurso Extraordinário n.º 436996, relator Celso de Mello, acerca do descabimento da arguição da reserva do possível num estado democrático de direito. Frisa o douto relator, a propósito de pleito de atendimento em creche no Município de Santo André, SP, que, se o direito está assegurado, com foros constitucionais, pelo art. 208, IV, da Carta, se impõe ao poder público, notadamente ao Município, seu cumprimento. Do não fazer aquilo que, pela Constituição, restara imposto, resulta inconstitucionalidade por omissão. A ineficiência administrativa, o descaso governamental com direitos básicos do cidadão, a incapacidade de gerir recursos públicos, a falta de visão política, por parte da administração, do enorme significado social de que se revestem os direitos fundamentais, a inoperância funcional da gestão pública, nenhum deles justifica o afastamento do cumprimento do dever do Estado, sob pena de vulneração a direito fundamental da cidadania (BRASIL. STF, relator Celso de Mello, 2005). Significa, assim que, no ordenamento jurídico brasileiro, em tema relativo a mínimo existencial, ou mínimo vital, entendem a maioria não caber a aplicação da reserva do possível. São numerosos os casos em que, estando em conflito um interesse financeiro do Estado e o direito à vida ou à saúde, entenderam tribunais, tanto regionais, quanto superiores, que haveriam de sobrelevar os últimos, impondo-se, em nome do princípio constitucional da igualdade, que se julguem desigualmente aos desiguais, na medida em que se desigalam. Isto vale, em geral, para fornecimento de medicamentos, mas ainda para obtenção de internações, ou de procedimentos especiais que se façam, quiçá, necessários. É, portanto, inadmissível que, por razões econômico-financeiras, ou meramente políticas, reste um direito constitucional, como o direito à saúde, afastado, como se não se existisse, ao só fundamento da reserva do possível.

Uma segunda linha de pensamento é a que entende ser a reserva do possível um limite contingente, real, à concretude de direitos que exijam prestações da parte do poder público. Não há dúvida do custo para implementação de quaisquer direitos

e, quer se queira, quer não, limites financeiros a quaisquer programas de Estado sempre existirão. Ocorre que direitos sociais, mormente os de segunda geração, necessitam da intervenção ativa, provedora, do Estado. Não basta que este, apenas, reconheça aos indivíduos estarem investidos de direitos. Há que os forneça, na prática, através de ações públicas próprias. Quando as ações estatais se fazem insuficientes para tanto, os cidadãos buscam tais concessões junto ao poder judiciário, o que implica destas atividades voltadas à construção criativa de soluções para casos concretos. Tratando-se de assunto no qual há necessidade de, em última análise, alocar recursos de maneira distinta daquela escolhida pelo poder executivo, faz-se necessário, também aqui, que as decisões judiciais sejam cuidadosamente fundamentadas. Sérgio Moro (2002, p. 223-224) sustenta que, em caso de direitos fundamentais sociais, o juiz constitucional está, mais até do que meramente admitido, obrigado a promover-lhes a proteção e a promoção:

Não é desarrazoado defender a adoção de salutar ativismo judicial na proteção e na implementação de direitos fundamentais preferenciais, especialmente quando, como ocorre no caso, estes estiverem relacionados ao ótimo funcionamento da democracia ou forem titularizados por grupos vulneráveis no processo político democrático.

Implementa-se, assim, atendimento às necessidades dos mais pobres, em nível de igualdade com o restante da população (Id., 2002, p. 225). Mas, acrescentamos nós, cabe aqui até mesmo que este atendimento seja feito na extensão necessária à satisfação plena do direito requerido, e não apenas na extensão idêntica à dos demais, até porque, nesta faixa da população, desassistido o direito à saúde pelo poder estatal, não se esperará que venha a ser provido por qualquer outra fonte. Por outro lado, posta a questão no âmbito do poder judiciário, decisões se não de fixar, tanto no sentido da concessão, não dos direitos, mas dos efeitos pretendidos, decorrentes destes direitos, quanto, eventualmente, no sentido da improcedência dessas postulações. Vale dizer: não de ser estas últimas sindicadas, à luz dos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade, fazendo-se justiça para cada caso concreto. Há quem sustente, neste andar, que o repetitivo buscar de soluções, ante o poder judiciário, que satisfaçam injustificadas omissões do poder executivo implica o excessivo fortalecimento deste poder, a ele estendendo

função de provedor inicial, quando deveria atuar apenas como *ultima ratio* (PEREIRA, 2014, p. 179) .

A última linha de pensamento pátrio admite a plena submissão do direito à saúde à reserva do possível. É abraçada por Gustavo Amaral e Danielle Melo (2013, p. 97). Consideram estes autores que o direito à saúde é fixado por regra, e não por princípio. Vem daí que a reserva do financeiramente possível constitui um limite imanente a sua efetivação, porque a escassez de recursos não se faz externa ao quadro, nem sequer se estabelece em forma accidental. É um elemento inexorável da própria regra social, fazendo com que o financeiramente possível seja parte da própria regra, tanto quanto o direito que se busca concretizar. Dizem estes autores:

... nos parece claro, como já antes exposto (Amaral, 2001 e Bueno, 2003), é preciso privilegiar o controle das escolhas públicas, controlar o procedimento e dar transparência não só a quem se decidiu atender, mas também quanto a quem se decidiu não atender, verso e reverso da mesma moeda quando se trata de decisões alocativas.

Em linha próxima, Fernando Scaff (apud Leite, Op. cit., p. 148-149) entende que qualquer orçamento público é finito e, daí, limitado. Cabe ao administrador efetuar as escolhas, implementando as despesas sociais à luz de certa discricionariedade. Cabe, porém, controle judicial de sua atuação, sindicando-se-lhe eventuais escolhas, quiçá equivocadas. Scaff crê não caber ao poder judiciário efetuar decisões que alterem significativamente os custos sociais, mas apenas realocar verbas já existentes no orçamento.

Por fim, atentando para as soluções que, no particular, possam vir a ser dadas pelo administrador, sem recurso ao poder judiciário, é de se considerar que o direito à saúde, no Brasil, tem inequívoca sede constitucional (Constituição Federal, arts. 196 e seguintes). Abriga, como quer Nunes (Op. cit., p. 203), o mínimo existencial, daí derivando que, no atendimento deste(s), ao administrador resta discricionária a definição dos meios, o que inclui a temporalidade e, ainda, a gradação de fornecimento. Jamais, entretanto, lhe será dado limitar o próprio direito material pois, se o fizesse, representaria isto substituir a vontade do legislador constitucional por sua própria e discricionária vontade. Ausente a satisfação do direito material, caber-

lhe-á envidar esforços para sua satisfação, consoante a lei, é certo, mas tendentes à sua imediata obtenção.

Impende, pois, para tal fim, afastar a classificação das normas constitucionais traçada por José Afonso da Silva (1982, p. 82-87), que as amanhava, ordenando-as em normas de eficácia plena, normas de eficácia contida e normas de eficácia limitada ou reduzida, estas últimas subdivididas em normas programáticas e normas de legislação (Id., 1982, p. 84). Todas as normas hão de ser consideradas plenamente executáveis, e todos os direitos alegados passíveis de imediata ponderação, definindo-se, à vista dos princípios em confronto, o direito que deva, concretamente remanescer e ser de fato exercido.

Se assim não for, correr-se-á o risco de, ante normas de assento constitucional, mas de redação insuficientemente clara, com comandos vagos, não apenas lhes seja negada concreção, em nome de uma faltante regulamentação como – ainda mais perigoso – que se lhes recuse também a eficácia negativa, caracterizando um contributo para o retrocesso. Cabe ao Estado, em qualquer caso, atuar pela promoção, proteção e recuperação da saúde. Atuará buscando a eficiência e a máxima efetividade, à luz da legalidade, da moralidade e da probidade, mas atuará pronto, e atuará sempre, na proteção do bem comum.

## 6. O MÍNIMO RAZOÁVEL COMO CONSEQUÊNCIA DA RAZÃO PRÁTICA

### 6.1 A insuficiência da razão prática kantiana para solução dos conflitos contemporâneos em saúde

Kant (s/d [1788], p. 105) ensina que a razão prática, distintamente da razão pura, tem a ver, não com o conhecimento dos objetos, mas com a faculdade humana de os tornar reais, mediante a aplicação de uma vontade causal. Parte ele do homem, como um fim em si próprio e medida de todas as coisas. Nele, reconhece a (boa) vontade de agir. Se este agir se pautar apenas, e tão somente, no dever, ter-se-á o imperativo categórico, um dever-ser voltado à ação. O móvel desta ação é a vontade, que se orienta no dever pelo dever, e em nada além disso.<sup>86 87</sup> Entende Kant que, entre as razões de ordem pura, e aquelas de ordem prática, se não sempre de privilegiar as últimas:

Por isto, na ligação da razão pura especulativa com a razão pura prática em vista de um conhecimento, o primado pertence à última, pressupondo, porém, que esta união não seja, claro está, contingente e arbitrária, mas fundada a priori na própria razão, por conseguinte, necessária. ... Mas não pode pedir-se à razão pura prática que se subordine à razão especulativa e, portanto, que inverta a ordem, porque todo o interesse é finalmente prático e mesmo o da razão especulativa só é condicionado e completo no uso prático (Id., s/d [1788], p. 140).

Kant tentou deduzir, da razão, supostos de conduta, a que denominou teoremas. O primeiro deles afirma que todos os princípios práticos que pressupõem um objeto (matéria) da faculdade de desejar (ou seja, que pretendem transformar algum desejo em realidade material), enquanto princípio determinante da vontade são, no seu conjunto, empíricos, e não podem fornecer nenhuma lei práticas (Ibid., p. 31), dado que, por serem empíricos, se não de alterar, consoante o objeto. O filósofo deduziu ainda outros três teoremas, enunciando após o que chamou de lei fundamental da razão pura prática: “Age de tal modo que a máxima da tua vontade possa valer sempre ao mesmo tempo como princípio de uma legislação universal.”

<sup>86</sup>Parte-se, aqui, direta e resumidamente das noções desenvolvidas pelo filósofo em sua Crítica da razão prática, não havendo possibilidade, dadas as limitações de escopo e espaço, de desenvolvimento das noções antecedentes, contidas principalmente na Crítica da razão pura.

<sup>87</sup>O imperativo categórico é tido, na Fundamentação da metafísica dos costumes, como princípio apodítico, a um só tempo assertórico e necessário.



(Ibid., p. 42). E disto extraiu, como corolário: “A razão pura é prática por si mesma apenas e dá (ao homem) uma lei universal, que chamamos a lei moral.” (KANT, Op. cit., p. 43). Acrescenta ainda uma visão da liberdade de agir, dizendo que a autonomia da vontade é o único princípio de todas as leis morais e dos deveres a elas conformes, significando que esta independência (individual) é a liberdade, em sentido negativo, ao passo que a normativa, a legislação própria da razão prática, é também a liberdade, já aqui em sentido positivo (ainda p. 43).

Na filosofia kantiana, é a intenção de meramente agir em resposta ao dever, sem que isto implique vantagem pessoal ou de terceiro, que vincula o ato ao âmbito da moral; havendo tais intenções de obtenção de vantagem, ou paixão, impulso, ou sentimento, haver-se-á cumprido o dever, mas o ato não estará, para o filósofo, revestido de moralidade (DEL VECCHIO, 1946, v. 2, p. 127). Dito de outra maneira: “o essencial de todo o valor moral das ações depende de que a lei moral determina imediatamente a vontade.” (KANT, Op. cit., p. 87).

Mascaro (2016, p. 221) aponta uma enorme fragilidade na pretensão de que máximas (individuais, portanto) possam ser utilizadas como se de leis universais se tratasse. E a resposta kantiana a isto inclui – daí sua insuficiência – que, para que tal se obtenha, se devem abstrair, de cada homem, os interesses imediatos e circunstanciais para, partindo de sua só boa vontade, buscar a obtenção de uma universalidade de conduta. Fazendo-se evidente a enorme gama de posturas individuais, não há possibilidade, a não ser em um mundo meramente formal, de que as condutas humanas se venham a concentrar em tal sentido.

O direito pouco aparece na Crítica da razão prática. Porém, na Fundamentação da metafísica dos costumes, Kant estabelece que o conceito de liberdade é a chave da autonomia da vontade, frisando que vontade livre e vontade submetida a leis morais são uma só, e a mesma, coisa (KANT, s/d, p. 79). A liberdade é atribuída à vontade de todos os seres racionais. Sabido que o imperativo categórico é um agir voluntário que se pauta exclusivamente pelo dever, Kant questiona como é possível a sua existência, respondendo que seu pressuposto, para uso prático da razão e,

dessarte, para convicção de validade deste imperativo, é apenas a ideia de liberdade.

É na Metafísica dos costumes que se vão encontrar, mais alentadamente, as considerações do filósofo de Königsberg acerca do direito. Neste texto, frisa ele que qualquer legislação apresenta dois elementos: um, objetivo, é a lei. Pela lei, a ação prescrita resta transformada em dever. Outro, subjetivo, conecta o fundamento de determinação do arbítrio à lei, sendo denominado móbil. Vale dizer: o móbil representa, internamente ao agente, a ideia do dever que resta exteriormente expressa na lei.

Obrigação, para Kant (2013, e-book, 8-10%), é a necessidade de uma ação livre, que se dá sob comando de um imperativo categórico. Quando se age consoante as leis externas, a prática é dita justa; quando não, será injusta.

Chega ele, assim, à enunciação de um princípio universal de direito, de certa forma análogo à anterior lei fundamental da razão prática: “É correta toda ação que permite, ou cuja máxima permite, à liberdade do arbítrio de cada um, coexistir com a liberdade de todos segundo uma lei universal etc.”

Ao direito está ligada uma competência para coagir quem o violar (Id., e-book, 12%). Neste andar, Kant fixa os deveres em duas classes: deveres jurídicos, para os quais há lei externa, e deveres de virtude, para os quais só pode haver lei moral. Estabelece ainda análise do direito de propriedade e das formas de aquisição deste direito, inclusive no que diz com os direitos reais. Depois, estuda os direitos pessoais e de família, inclusive o direito de herança.

No que diz com o direito público, Kant enuncia a formação do Estado; admite a tripartição de poderes e, dentro de cada qual, frisa as funções que hão de caber ao soberano, ao regente e aos diferentes agentes. Mas ajunta que, frente ao súdito, o soberano tem direitos, mas nenhum dever. Pretende ainda que, se o regente, em nome do primeiro, vier a ofender a lei de igualdade na distribuição de deveres aos súditos, a estes será permitido opor queixas, mas não lhes é dado resistir. Até

mesmo a propriedade do solo somente pode derivar do soberano, como proprietário supremo (*dominus territorii*). Finaliza por considerar absurdas as constituições políticas moderadas, estabelecendo que, “contra o soberano legislador do Estado, não há, portanto, resistência legítima do povo, pois somente pela submissão à sua vontade universalmente legisladora é possível um Estado jurídico.” Ao povo, nenhuma resistência ativa é, contra o governo, jamais permitida, sendo-lhe dada, apenas, eventual resistência negativa, através de seus representantes no parlamento (*Ibid.*, e-book, 41%).

É uma filosofia dura, que não promove distinções entre razões nobres ou não, desmerece qualquer sentimento de compaixão que venha a mover o agente, assim como traz ao mesmo plano avalorativo tanto o afeto quanto o egoísmo. Todos estes móveis seriam, para Kant, igualmente amorais (*DEL VECCHIO*, *Op. cit.*, p. 127).

Mascaro (*Op. cit.*, p. 230-231) o vê como um conservador, incapaz de promover qualquer defesa dos pobres e despossuídos ante os poderosos, desimportando-lhe a condição de vida dos primeiros, que têm, em sua filosofia, negado até mesmo o direito de resistência.

Inobstante isto, fato é que, até hoje, a reflexão jusfilosófica sobre os direitos fundamentais, de maneira geral, ainda deve muito ao paradigma kantiano, pautado na razão prática e na discussão da conduta moral. Dentre os iluministas, o mestre prussiano representa o ápice. Kant fornece, ainda hoje, ideias que podem sustentar condutas práticas. A liberdade, e a autonomia da vontade, seguem sendo importantes móveis para ações de relevo em favor das pessoas. Lunardi (2011), porém, cita Bobbio, dizendo que, em nosso século, o maior problema dos direitos humanos não é filosófico, mas político, implicando como protegê-los.

O objetivo de se promoverem reformas em serviços de saúde não é, meramente, obter conhecimentos acerca do funcionamento, ou não, de novos programas, ou mesmo sobre a reestruturação de programas antigos. Ao oposto, busca-se melhorar cuidados de saúde pública. Lembra Daniels (2009, p. 268), neste particular, ser até hoje válida a máxima kantiana, proibitiva do uso de pessoas como

meios, deixando de vê-las como fins.<sup>88</sup> Ensinava ele, ainda em 1985 que, especialmente no que diz com questões de justiça – e a justiça distributiva em matéria de saúde representa uma significativa parcela de tais questões – os seres humanos não aquilatam seu bem-estar com fulcro numa escala uniforme. Ao contrário, servem-se de réguas irregulares e de escalas truncadas, que dão a certas matérias maior relevo do que a outras. Entre as primeiras estão as necessidades de saúde, demonstrando-se que as pessoas buscam proteger seus interesses nesta área na maior extensão, e é de justiça que necessidades de maior importância e relevo sejam atendidas antes daquelas menos relevantes. Na óptica de Daniels (1985, p. 36), mantendo-se as pessoas funcionando tão próximo do normal quanto lhes seja possível atingir e, com isto, reduzindo-se o impacto de doenças e incapacidades, estar-se-á protegendo suas oportunidades, de maneira equânime, e no limite dos recursos disponíveis. Desde *Just Health Care* (1985), Daniels vem manifestando seu entendimento de que o direito a cuidados de saúde constitui um caso especial do direito à igualdade de oportunidades de Rawls.

A ideia, aqui, é a de, através dos cuidados de saúde, proteger as oportunidades de vida da população de forma tão equânime quanto seja possível. Note-se que, com esta abordagem, não se busca, na prática, a igualdade entre as pessoas, mas a mera equidade, porque não se afastam, nem a “loteria genética” natural, nem as desigualdades que derivam de determinantes sociais da saúde, notadamente educação, raça, família, posição social e fatores ambientais, entre outros. Logo, embora as oportunidades, no sentido de possibilidades de vida, possam estar igualmente protegidas pelo sistema de saúde, as capacidades (na visão de Sen) seguem, ainda assim, sendo distintas, pois estas dependem também

---

<sup>88</sup>A imposição de riscos aos usuários de serviços de saúde, seja através o emprego de novos tratamentos, seja mediante novos usos de práticas antigas, implicará que tais riscos sejam considerados injustificados, não importa quão significativos possam ser os conhecimentos que assim se buscam adquirir. Para isto, há necessidade de promover protocolo regular de pesquisa, com prévia aprovação por comissão independente e obtenção de consentimentos informados escritos daqueles a quem se pretende envolver em tais riscos.

(embora não se possa dizer principalmente) de aspectos ditos inatos.<sup>89 90</sup> Mais do que isto, se um indivíduo é detentor de incapacidades ou limitações, e suas oportunidades não restam suficientemente protegidas em face de uma distribuição insuficiente de recursos, poderá pleitear sua relativização, de forma a aumentá-los, buscando concretizar uma melhoria em saúde, pautado no princípio da equânime distribuição dos mesmos. Esta conduta que compõe recursos, consoante Sen e, ainda, à luz de Daniels, sem que isto represente indizível oposição dos cidadãos ao Estado, e que é hoje amplamente utilizada no Brasil, haja vista a enorme carga processual a judicializar discussões deste naipe,<sup>91</sup> bem demonstra a insuficiência, nos dias de hoje, da visão kantiana, relativamente aos pleitos de direitos fundamentais. Nos dias atuais, a luta pela satisfação de necessidades que, por dever constitucional, hão de ser supridas pelo Estado, constitui inalienável direito dos cidadãos, que não laboram em ilícito por buscar, da forma própria, tais acessos.

## **6.2 Por uma nova razão prática para a saúde: o mínimo razoável como consequência da razão prática**

Para Leonel Ribeiro dos Santos (2004, p. 180), as novas formas de retorno à ética kantiana estão representadas, entre outras abordagens éticas da atualidade, nas teorias da justiça e do direito, de Rawls e Dworkin, bem como no princípio da responsabilidade em face das gerações futuras, de Hans Jonas.

André Nunes (2011), de sua banda, refere que, no sistema de saúde brasileiro, e em que pesem as teorias de justiça que se pretendeu a ele darem sustentação, não estão em jogo, inteiramente representados, nem os supostos de Rawls, nem os preceitos de Sen. Serviços não estão disponíveis, em quantidade e qualidade, a

<sup>89</sup>É de frisar que o que é dito inato hoje, provavelmente possa ser explicado amanhã, não apenas pela Medicina, mas também por qualquer das ciências da vida.

<sup>90</sup>Não se trata, aqui, de igualdade; esta, nesta primeira visão de Daniels, se limita a serviços básicos de saúde. Só após passou ele a advogar a igualdade plena na oferta de serviços de saúde, na medida das necessidades dos usuários.

<sup>91</sup>Embora o tema esteja fora do escopo deste trabalho, cabe frisar que, em 2016, havia 1.345.931 processos, cujos pleitos são relacionados à área da saúde, em curso no Brasil. Recentemente, este número ultrapassou, em maio de 2018, a marca de 1.500.000 feitos (Observatório de Análise Política em Saúde, jan. 2019. Cf. <<https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/noticias/e607ae373d8892945fedc9dc984355a5/>>).

todos os que deles necessitam, comprometendo, assim, a mais não poder, os fundamentos da justiça distributiva. Outrossim, as capacidades sequer intervêm como fator próprio de decisão no fornecimento e acesso aos serviços públicos de saúde hoje existentes. Não há maneira de trazer à concreção, com os recursos hoje existentes, o princípio da universalização equitativa. Sugere, assim, que o sistema perpetue sua ineficiência ou, quiçá, que se decida por seu redesenho, assumindo-se os ônus de uma necessária limitação, através a criação de critérios hábeis à liberação do acesso, que priorizem os atendimentos à luz da necessidade e introduzam uma sistemática de coparticipação nos custos.

Neste texto, partiu-se da desigualdade natural e eterna e, à custa de conceitos éticos e morais, paulatinamente se foram construindo bases para a equidade, ante a justiça distributiva, consoante Rawls e também de acordo com Daniels. Note-se: equidade, e não igualdade, vez que esta, na área da saúde, se faz de obtenção virtualmente impossível. Ainda assim, considerou-se que a proteção, conservação e recuperação da saúde implica a proteção, na maior extensão possível, das oportunidades dos indivíduos.

Apresentaram-se, após, muitas medidas de desigualdade. Desigualdades multidimensionais têm sido estudadas, sob o codinome de pobreza, e o país, em alguns bolsões de miséria, a conhece muito bem. Aqui e além, a desigualdade foi vista como parte do mundo sensível e, com Scheidel (2017, p. 401), é de se entender que sua eliminação seja objetivo que pode ser perseguido, porém raramente alcançado. Nem mesmo a violência do mundo moderno a diminui. De vinte e seis países membros da OCDE, nos quais, dada a elevada renda per capita, seria de se esperar melhor performance, a desigualdade de renda, medida pelo índice de Gini, aumentou em todos, no período de trinta anos que medeia entre 1980 e 2010 (Id., 2017, p. 406-408). Em apenas quatro circunstâncias a desigualdade resta reduzida: nas guerras, nas revoluções, no colapso do Estado e nas grandes pandemias. Destas, só as últimas são causas naturais, que desconhecem mão humana...

Em contrapartida, Kolm (2009, p. 2-5) vê a igualdade como uma escolha peculiar, até mesmo arbitrária. Por que se a haverá de escolher e, mais do que isto, se restar ela escolhida como objetivo a alcançar, que igualdade se há de eleger? Não a igualdade de bens, aqui incluídos recursos financeiros, mas a igualdade de direitos, de bem-estar, de representação política, de dignidade, respeito e consideração social, que se ocupa, conseqüentemente, de um acesso material, tanto formal quanto real, aos serviços de saúde. Aqui se encontra uma firme base kantiana: nenhum homem deve considerar a outrem como um meio, mas, vistos como fins em si mesmos, todos os homens são iguais. Há de ser a igualdade no gozo dos direitos fundamentais e no acesso aos serviços básicos, que aqui incluirão a proteção ampla das oportunidades de cada qual, bem como, na máxima extensão possível, ainda de suas capacidades. Isto implica que se veja a igualdade como princípio subsidiário da liberdade, abrangendo uma distribuição mínima de bens primários (de subsistência, i. é, alimentos, água, roupas, aquecimento, abrigo) e, em visão algo mais abrangente, mas não menos importante, também a distribuição de benefícios, posições e possibilidades (significando acesso a educação, a renda mínima, a oportunidades de trabalho, a cargos públicos), em ambiente de igualdade de oportunidades, afastando-se as discriminações de todos os tipos.

Walzer (2003, p. 122), embora daí extraia a situação na qual se encontra hoje a distribuição dos serviços de saúde nos Estados Unidos, argumenta, de forma muito abrangente, dando à questão tônica que bem se ajusta ao caso brasileiro:

... não é possível estipular a priori quais necessidades se deve reconhecer; nem existe maneira a priori de decidir os níveis apropriados de provisões. Nossas posturas com relação à assistência médica têm história; já foram diferentes; voltarão a ser.

Redesenhando o Estado, para que proveja serviços públicos, nas áreas de educação, saúde e previdência, de maneira sustentável ao longo do século XXI, Thomas Piketty (2013, p. 466-470) mostra que países europeus arrecadam, em geral, em torno de 40 a 50% da renda nacional. Os Estados Unidos, algo como 30%. O Japão, *idem*. Com estes recursos, são supridas as despesas de educação e saúde, situadas numa média de 15% da renda nacional, bem como as despesas

previdenciárias, que contribuem, em sentido amplo, com outros 20%. Vale dizer: um Estado social eficaz é também um Estado fiscal. Significa isto que países nos quais a arrecadação é inferior a 20% da renda nacional podem ter extrema dificuldade de pôr em prática um Estado social eficaz, por inexistência absoluta de recursos, isto porque a história demonstra que, com arrecadação da ordem de 10 a 15% da renda nacional é impossível ir muito além das funções de soberania tradicionais do Estado. No Brasil, a carga tributária bruta do governo geral (União, Estados e Municípios) foi, em 2017, de 32,4% do PIB.<sup>92</sup> Apesar das costumeiras e reconhecidas críticas acerca do subfinanciamento dos serviços públicos de saúde, isto coloca o país em condições de fazer frente aos gastos necessários, desde que se pondere qual deva ser o planejamento futuro para os mesmos.

Há uma tendência de considerar, na atualidade, a participação de elementos de regionalização para o planejamento de políticas eficazes de saúde. Isto não teve, no país, relação maior com a Política Nacional de Organização Territorial, mas foi representado, na área da saúde, pelo desenvolvimento de um trabalho próprio, voltado a assegurar o funcionamento universal do sistema constitucionalizado. Busca-se, com isto, respeitar a hierarquia das cidades e regiões, provendo-se mais amplamente o sistema primário e estruturando-se, para evitar redundância indevida, os níveis secundário e terciário.

A Observação Geral n.º 14/2000, do Gabinete do Alto Comissário para Direitos Humanos da ONU impõe, com caráter vinculativo aos países que, como o Brasil, firmaram os tratados respectivos, que o acesso a bens e serviços de saúde deve estar disponível para todos, sem qualquer discriminação. Isto implica acesso físico, inclusive com alterações arquitetônicas próprias ao trânsito de descapacitados; acesso econômico, inclusive com facilitação do pagamento, onde houver serviços pagos, o que não é o caso dos serviços públicos brasileiros; e acesso à informação. São exigidos ainda disponibilidade dos serviços, qualidade e adequação, para permitir sua aceitação, por parte da população (WHO, 2000). Lecionam, a tal

---

<sup>92</sup>A arrecadação média anual brasileira é pouco menor do que a taxa de arrecadação média dos países da OCDE que, em 2013, era da ordem de 35%.



respeito, Oliveira, Souza e Lamy (2016, p. 305-311) que os Estados restam obrigados a adotar medidas, até o máximo de seus recursos disponíveis, algumas das quais de resultados até mesmo imediatos. O grau de atendimento mínimo, em serviços de saúde, determinado pela ONU inclui direito de acesso a serviços mínimos de proteção, prevenção e recuperação da saúde, sem discriminações, especialmente no tocante a grupos marginalizados e vulneráveis. Isto inclui atendimento médico, procedimentos de urgência e medicamentos essenciais, constantes da lista mínima da ONU. Garantia de moradia dotada das condições básicas de saneamento, além de água potável e alimentação essencial também estão contempladas no mesmo diploma. Por fim, políticas de saúde que permitam a adoção de estratégias para alterações cabíveis de um plano nacional, regionalizadas e mediante participação pública devem ainda estar disponíveis, pois garantem o funcionamento do sistema, ao longo do tempo.

O mínimo resta, assim, definido. Mas é pouco: deve ser definido para cada país, para cada região e, até, arriscamo-nos a sustentar, para cada indivíduo. No que pertine à saúde, além de necessidades básicas, comparáveis para todos, o que é vital para um, pouca diferença poderá fazer para outro. É o caso, por exemplo, de medicamentos para doenças crônicas específicas, cujo aporte não pode ser suspenso. O mínimo resta, assim, elástico por necessidades individualizáveis, não havendo razão para que não possam elas ser devidamente individualizadas e, ao contrário, tudo indicando assim se deva proceder.

Não resta dúvida de que, sob uma perspectiva de ordem pública, a satisfação de tal mínimo é uma obrigação do Estado. Mas se há de considerar, ademais disto, que repugna ao âmago do humano o contemplar graus extremos de pobreza sem nada fazer, em seu favor. Sen (2017, p. 361) vê o desenvolvimento como liberdade. E sustenta que, à parte a ação do Estado, “não existe substituto para a responsabilidade individual”. Não se trata, aqui, da responsabilidade em sentido jurídico, mas da responsabilidade em sentido social, aquela que consola quando preciso, que sustenta quando pode, mas que agrega sempre. É uma capacidade de agir em face d’outrem, e em seu prol. Do conjunto dessas capacidades, surge

considerável apoio social. Numa sociedade justa, goza-se de capacidades, advindas ao sabor da distribuição natural, mas é possível que se aumentem as liberdades, próprias e de terceiros, à custa da assunção de responsabilidades. E, num país como o Brasil, onde há tanta disparidade, e tantas limitações, tais vozes, ao assumirem responsabilidades que não lhes são legalmente impostas, podem contribuir, em muito, para concretizar oportunidades e para fazer a diferença.

Tendo-se em conta as inferências extraídas dos dados supra apresentados, tem-se que, no nível primário do Sistema Único de Saúde brasileiro, e em que pese todas as regiões contarem com o número mínimo de uma UBS por grupo de 10.000 habitantes, é flagrante, ainda assim, a insuficiência do atendimento ofertado. Está-se tratando do nível do sistema que melhores resultados apresenta e, ainda assim, seis estados (SE, CE, PI, AP, PA, RR), além do Distrito Federal, ofereceram consultas a sua população em número inferior à média nacional, no período estudado. Não há razão pela qual se pretenda que tal oferta deva ser inferior à média nacional, até porque todos estes estados apresentam índices situados na metade inferior da lista de expectativa média de vida ao nascer e, com exceção do Ceará, na metade superior da lista de mortalidade infantil. Também, com exceção do Ceará e de Sergipe, todos se situam acima da média nacional da taxa de mortalidade materna vigilância. A quantidade (e, presumivelmente, também a qualidade) do atendimento prestado nesta área do país é, pois, significativamente inferior à média.

Quanto a estes, impõe-se a implementação de políticas públicas que aumentem o número de consultas ofertado na rede pública à população até atingir, pelo menos, a média nacional de um exercício definido, tomado como parâmetro. Esta deve ser tomada como mínimo a ser atingido pelos estados inferiormente situados, num prazo razoável a lhes ser assinado pela autoridade pública. Não atende ao princípio da diferença de Rawls que uma parcela significativa de habitantes do país, melhor situada, conte com mais (e melhores) serviços, sem que, disto, decorram, para os estados pior situados neste ranking, quaisquer vantagens.

Embora não tenha havido significância estatística, a não ser para um  $\alpha$  elevado, igual a 0,1 (i. é, 10%), é de frisar que o aumento da renda domiciliar per capita influencia o aumento do número de consultas por habitante no sistema primário, o que é compreensível, já que indivíduos melhor aquinhoados financeiramente cuidarão melhor de sua própria saúde, e da de seus familiares.

No nível secundário, situam-se graves problemas da saúde brasileira. Houve importante redução do número de internações hospitalares de caráter geral (média nacional 27,3%), entre 2009 e 2018. As regiões Norte e Centro-Oeste enfrentaram as maiores reduções percentuais, da ordem de 16 e 12%, respectivamente. Neste período, o país perdeu mais de 34.000 leitos do SUS. Vinte estados sofreram redução do número de leitos do SUS no período de 2010 a 2018, além do Distrito Federal. A mais importante – uma redução de 29,2% - ocorreu no Rio de Janeiro. O índice de dissimilaridade das internações hospitalares vem sofrendo paulatino crescimento, ao longo do tempo. Hoje, estando o ID destas internações situado em mais de 12%, significa que, para que houvesse igualdade no acesso a internações hospitalares, no nível secundário do sistema, mais de 1.380.000 internações deveriam ser redistribuídas, em todo o país. Portanto, as deficiências do sistema no nível secundário devem-se à severa e heterogênea redução das internações hospitalares, em todo o país. Paulatinamente, o sistema está sendo destruído.

Embora este estudo não se haja voltado ao financiamento do sistema, é flagrante a insuficiência deste último: apesar de os gastos da União com ações e serviços públicos de saúde (ASPS) haverem aumentado importantemente, a ponto de alcançarem, em 2015, patamar superior a 100 bilhões de reais, são ainda insuficientes para garantir acesso em todas as áreas geográficas e satisfação de todas as demandas. O sistema busca a igualdade, a universalidade, a integralidade, mas não logra atingi-las plenamente.

Com o advento da Emenda Constitucional n.º 95, de 15 de dezembro de 2016, restaram limitados, por vinte anos, as despesas de todos os poderes, atrelados que estão à despesa primária do exercício anterior, corrigida pela variação do IPCA

(ADCT, art. 107). No que respeita à saúde, foi instituído o art. 110 do ADCT, sujeitando o sistema a correção análoga.

Se tal disposição vier a ser aplicada à saúde – e tudo leva a crer que assim será – haverá verdadeira desvinculação entre a natureza do sistema e seu financiamento, implicando, ipso facto, o início de seu desmonte.

A grave consequência se verifica na redução ocorrida, de 8,2%, no número de procedimentos cirúrgicos do SUS, nos últimos três anos. Filas de espera imensas, para cirurgias que, em sua maioria, são de pequena ou média complexidades, evidenciam o comprometimento do sistema naquele que deveria ser um de seus pilares. Mais de 800.000 pacientes aguardam por procedimentos cirúrgicos, em todo o país. Cerca de cinquenta por cento das cirurgias a serem realizadas se enquadram em uma destas cinco: facectomia, hernioplastia, colecistectomia, varizes e amigdalectomia, com ou sem adenoidectomia.

Só no Estado de Minas Gerais, mais de 400.000 pacientes aguardam intervenções cirúrgicas. Em segundo lugar, vêm os que habitam na região metropolitana de São Paulo seguidos, de longe, pelos de Goiás e pelos demais estados da federação.

A solução para este problema implica a concretização de política pública já traçada, vez que corresponde à remontagem do sistema, que vem sendo lentamente corrompido, reduzido em tamanho, capacidades técnicas, recursos econômicos e possibilidades de atendimento. Depende do cumprimento das disposições da Carta, que estão sendo relegadas a segundo plano. A curto prazo, as perspectivas atuais não parecem ser boas.

O nível terciário não foi diretamente estudado, porque o foco deste trabalho é o acesso, e não há acesso ao sistema pelo nível terciário. O acesso se dá pelos níveis primário, preponderantemente e, em menor extensão, pelo nível secundário. Ainda assim, é de frisar que os hospitais terciários são responsáveis pelos atendimentos de alta complexidade. Muitos deles são efetuados nos hospitais filantrópicos, responsáveis por quase 60% do total de internações de alta complexidade no SUS: são internações para tratamento cardiológico, para transplantes e para cirurgias

oncológicas, além de quimio e radioterapias. Os atendimentos de UTI são também relevantes, e o país conta com mais de 21.000 leitos de UTI para adultos, que se distribuem em diversas especialidades. Por fim, a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), dinamiza a plena utilização da capacidade instalada, através a regulação e, eventualmente, remoção de pacientes entre os diversos hospitais, a fim de diminuir a fila de espera de atendimentos de elevada complexidade, que era superior a 1.700 pacientes, em 2017.

Já no que toca à atenção à gestação e ao parto, verificou-se que a maioria das gestantes – 59% - conta com 8 a 11 anos de escolaridade; outros 19% contam com escolaridade superior a 12 anos de ensino. Só 1% das gestantes não apresenta escolaridade alguma, e apenas 2% estudaram até 3 anos de ensino. No Brasil de hoje, são as mulheres escolarizadas que engravidam.

Mais de 99% das gestantes fez pré-natal, porém apenas cerca de 60%, em média, o fez adequadamente. Há grande disparidade de acesso aos serviços, sendo mais difícil, dificílimo mesmo, para gestantes de comunidades indígenas ou quilombolas. Nas cidades, contudo, a maior proporção de gestantes efetuou o pré-natal nas unidades de saúde, com o mesmo médico, desenvolvendo-se a gestação da melhor forma possível, com os recursos de que o sistema dispõe.

Apesar disto, e a despeito de existir garantia legal para tanto, apenas 58% das gestantes são avisadas previamente sobre a existência de maternidade de referência. Em muitos casos, especialmente nas regiões metropolitanas, o fenômeno da peregrinação entre hospitais à busca de vagas, por parte de gestantes em fase prodrômica, ou até mesmo em trabalho de parto, dá azo a fatos, tão triste ou alegremente explorados pela mídia, conforme os resultados traçados por Natura, já que apoio estatal algum restou possível.

Talvez isto explique, em parte – e, certamente, não será a única causa – a elevada proporção de partos cesáreos no país – 55% - muito maior do que os 10% entendidos aceitáveis à luz dos dados da OMS. As cesarianas são mais frequentes entre mulheres brancas, de mais elevada escolarização e melhor condição sócio-econômica (VICTORA et al., 2011). Como o acompanhamento do trabalho de parto

é, em geral, muito mais demorado do que a consecução da operação cesariana, e como ambos têm idêntica valoração nas tabelas de pagamento de serviços médicos desde aproximadamente a década de 1970, é razoável presumir que haja interesse dos médicos na realização dessas cirurgias, o que lhes pouparia tempo, sem que haja redução de seu ganho. Talvez se deva, no momento atual, e de lege ferenda, pagar menos por uma cesariana do que por um parto normal. Se assim for, a cirurgia será, talvez, reservada àquelas pacientes que, de fato, apresentem inequívoca indicação cirúrgica.

Quanto à mortalidade materna, é importante frisar que o Brasil tem envidado esforços para reduzi-la e, considerando longas séries históricas, está demonstrado que já o fez. Ainda assim, a mortalidade materna é, até hoje, elevada. Há marcada dissintonia entre o índice de acesso à assistência pré-natal - 99,45% - e a importante razão de mortalidade materna, em dezoito estados superior à média nacional e, em nove deles, superior até mesmo ao índice máximo preconizado pela OMS. Resta evidenciado um mau atendimento na área obstétrica do SUS. Maranhão é a unidade da federação com maior razão de mortalidade materna do país, superior a 100 mortes por 100.000 nascidos vivos, restando clara a imensa desigualdade no particular, quando uma comparação é feita com Santa Catarina, onde a mortalidade materna pouco ultrapassa a casa dos 30:100.000. É urgente que, num grande esforço de saúde pública, sejam tomadas medidas para estancar a elevada mortalidade materna do Maranhão e em outros estados afastados da média nacional. Tais mortes retiram amor e acompanhamento devidos aos recém-nascidos, comprometem radicalmente os planos de vida das gestantes acometidas e de suas famílias e reduzem a força de trabalho de uma população que, assim não fosse, poderia ser economicamente ativa. Por sumamente gravosa, esta situação não mais pode ser tolerada. Num sistema que, corroído por dentro, aos poucos se esfacela, e no qual a recuperação da saúde resta bem comprometida, pela doença que atinge seu braço efector, é este o ponto em que mais se há de bradar, pois, aqui, resta grosseiramente atingido o próprio futuro da nação, representado pela grande perda de jovens e pelo comprometimento da evolução de seus rebentos.

O mínimo em saúde, no Sistema Único de Saúde, pode ser, e está, definido. Juridicamente, depende do contido na Carta e nos tratados internacionais firmados pelo país, que aqui aportam à legislação ordinária. Na prática, porém, deriva não apenas daquilo que prescrevam leis, decretos, portarias ou resoluções, mas daquilo que vem à concreção, em cada ponto do país, com os recursos ali postos pela administração. Dialoga, dinamizando-o, com o regional, com os pleitos sociais, e até individuais, com a constante necessidade de atualização de medicamentos e de tecnologias, com a escassez econômica, com as limitações de uma escolaridade melhor representada pela alta taxa de analfabetismo funcional, com uma força de trabalho cada vez mais desassistida, com a imensa noite dos tempos. Este mínimo se há de subsumir não apenas à norma, ou à massa jurisprudencial, mas, principalmente, à lógica e ao respeito pela dignidade humana. É razoável que, havendo estados em que os serviços de saúde estão pior distribuídos, e onde o acesso aos mesmos é dificultado, a média nacional de cada evento supra referido possa ser utilizada, conforme o caso, como exigência a ser atingida, dentro de espaço de tempo definido pela administração. O intervalo de tempo para tanto dependerá de aspectos aqui não abordados, como financiamento, recursos humanos e outros regionalmente relevantes, em cada caso, mas não há razão pela qual os estados desfavorecidos não possam gozar de serviços em níveis idênticos à média nacional. Se este nível foi possível obter em outras unidades da federação, melhor aquinhoadas em diversos aspectos, não se pode afirmar que não possa ser obtido, nas menos favorecidas “o gozo do mais elevado standard possível de saúde”, que é direito fundamental de cada ser humano. Mas não é razoável que haja dois, ou mais, standards, apequenados estes últimos pelo muito que lhes representa o pouco aos mais validos alcançado.

Decisões de estado acerca de saúde podem e têm sido tomadas à luz de análises que tomam em conta indicadores de saúde, que devem ser desenvolvidos e mantidos, em série histórica, a fim de fundar a conduta da administração, em cada nível do sistema.

Tem-se sustentado que o Estado, cujos recursos se apresentam combalidos, poderia tratar de modelar as necessidades ditas essenciais, redesenhando, para tanto, as prestações a serem alcançadas aos cidadãos, com fulcro num modelo de essencialidade relativo, que ditaria, em cada caso, a quanto ascenderiam os direitos de cada qual (Virgílio Afonso da Silva, Ingo Sarlet, André de Carvalho Ramos, entre outros).

Mas não se há de esquecer que o art. 60, § 4.º, da Constituição Federal veda a alteração, no bojo da Carta, dos direitos e garantias individuais e esta, em posição anterior, e superior, em seu art. 3.º, giza serem objetivos fundamentais do Estado brasileiro a construção de uma sociedade justa, solidária, que busque a erradicação da pobreza e a redução de desigualdades sociais e regionais, através da promoção do bem comum. Não se está, aqui, a tratar apenas de vedação do retrocesso. Olhos postos no futuro, adota-se o respeito ao ser humano como norte a ser seguido. Disto derivará todo o restante. É importante que as dívidas da ciência se possam lançar minimamente sobre todos, sem distinção de gênero, cor, renda ou escolaridade. Cuidar da saúde não é só, nem é apenas, recuperá-la. É prevenir-lhe agravos e conservar oportunidades para todos. Promovê-las, se possível. Sem povo saudável, não há país forte. É de responsabilidade para com o futuro que se trata. E esta, mais até que do Estado, através da administração, é também de todos, e de cada um de nós.



## CONCLUSÃO

Não há sistema de saúde perfeito. Em todos, haver-se-á sempre de ajustar necessidades e possibilidades. Para tanto, escolhas nortearão condutas. E estas, ou serão arbitrárias, ou serão democráticas. Ainda que, em dados momentos, microdecisões, mormente de caráter técnico, sejam deixadas ao só talante dos gestores, no estado democrático de direito as macrodecisões, aquelas que hão de alterar o modo de vida e de prestação de serviços a toda a população, ou a grande parte dela, devem ser tomadas mediante o emprego de sistemática que, de maneira predeterminada, defina critérios que, para tanto, serão empregados. Só assim podem ser obtidos afastamento de discriminações de toda ordem e regionalização de serviços. Oitiva da sociedade civil mediante participação popular deve nortear qualquer política pública de saúde que se possa dizer verdadeiramente justa.

Deve haver ainda critérios para que se diga se os serviços prestados correspondem, ou não, àquilo que se possa admitir como mínimo. No sistema brasileiro, o Estado é, constitucionalmente, prestador de serviços universais e integrais de saúde. Está, pois, obrigado a satisfazê-los, na extensão das necessidades de cada cidadão, o que, de certa maneira, afasta conceitos como mínimo e máximo, já que todos os serviços prestados se hão de enquadrar como necessários.

Contudo, distribuídos os serviços regulares de saúde pelo país, nem todas as regiões serão satisfeitas, no que pertine a acesso, principal objeto deste trabalho, em comparável extensão. Bem verdade é que o deveriam ser, pois os serviços de saúde constitucionalmente estruturados, além de integrais, hão de ser universais e igualitários. Indispensável, assim, a assunção de critérios que permitam dizer do limite abaixo do qual uma desigualdade existente deva ser considerada injusta. Atente-se, aqui, ao grande critério de Daniels (2008, p. 82), segundo o qual será injusta a desigualdade que dependa de uma injusta distribuição de determinantes sociais de saúde.

Não é tudo, porém. Embora mais estudos sejam ainda necessários, à luz do estudo supra, pode-se qualificar como injusta qualquer desigualdade que implique o desatendimento de situações emergenciais, comprometedoras da vida, bem máximo a ser sempre protegido. Também urgências, que impliquem risco de comprometimento ou perda de órgãos, sentidos ou funções, não podem deixar de ser atendidas, em quaisquer circunstâncias.

Quanto aos demais serviços de saúde, se, sob uma perspectiva de ordem pública, tanto as capacidades de Sen quanto as oportunidades de Daniels devem ser protegidas, para toda a população, não há dúvida que se trata de uma obrigação do Estado. Tomando-se em conta a proibição do retrocesso, e agregando-se ser direito fundamental de cada ser humano o gozo do mais elevado standard possível de saúde (OMS, Op. cit., 1946), não será demasiado exigir, como critério para dizer-se injusta certa distribuição de um serviço de saúde, que deva ela atender, pelo menos, à média nacional de um exercício definido, tomado como parâmetro. Esta será tomada como mínimo a ser atingido pelos estados inferiormente situados, num prazo razoável a lhes ser assinado pela autoridade pública, devendo ser classificado como injusto o submetimento da população a um nível de serviço assim reduzido.

Não atende ao princípio da diferença de Rawls que uma parcela significativa de habitantes do país, melhor situada, conte com mais e melhores serviços, sem que, disto, decorram, para os estados pior situados neste ranking, quaisquer vantagens. Nem é razoável que haja dois standards, já que, aos estados melhor situados, serviços em extensão superior à média foram também distribuídos.

Para estes últimos, parece cabível exigir-se, no mesmo prazo, que cada serviço de saúde seja provido em quantidade correspondente a um desvio-padrão além do nível anteriormente apresentado.<sup>93</sup> Evita-se, com isto, a estagnação dos serviços em torno da média, voltando-se esforços à obtenção de uma melhora contínua nessas prestações.

---

<sup>93</sup>Por razões matemáticas, isto pode representar, no mínimo, uma melhoria de até 13,6% no atendimento da população, no serviço específico considerado. Para um estado já bem situado no ranking nacional, não se trata de melhora desprezível.

Outro índice útil para tal decisão é a razão entre a taxa regional e a média nacional. Devem ser admitidos como adequados, para um dado exercício escolhido como paradigma, valores iguais ou superiores a um; valores inferiores a um colocam o estado na lista dos que apresentam média do serviço inferior à média nacional.

A adoção do critério da distribuição em torno da média, com o uso do desvio-padrão como índice exigido de melhora do serviço implicaria, por razões matemáticas, melhoras que atingiriam, em cada serviço, uma fração que pode ir de 34,1 a 47,7% da população,<sup>94</sup> consoante a posição no ranking respectivo do estado onde viesse a ser acolhido. Ao longo do tempo, se reiteradamente aplicado, este critério aproximaria significativamente a situação dos estados menos aquinhoados àquela dos melhor situados na atualidade, respondendo a obrigações contidas no art. 3.º da Carta, que busca a erradicação da pobreza e persegue a redução das desigualdades sociais e regionais. Não erradicaria a desigualdade, em termos absolutos, pois, com o uso de médias, sempre haverá parte da população no extremo esquerdo da curva. Mas implicaria grande melhora, em termos relativos, vez que permitiria buscar o atingimento, no espaço de tempo para tanto definido, dos níveis de atendimento de serviços dados aos estados hoje melhor situados.

Aparentemente, as medidas de tendência central se revelam, para uso como definidoras de um mínimo abaixo do qual devam as desigualdades ser consideradas injustas, mais adequadas e de mais fácil interpretação. Medidas como o índice de desigualdade de Duncan e Duncan, apesar de revelarem a existência da desta, mormente em séries históricas, são de mais difícil interpretação individual e é ainda limitado seu emprego nas ciências da saúde. Além disto, diretamente não definem um mínimo, mas um grupo cuja distribuição deveria ser alterada, a fim de que a igualdade entre os grupos considerados se venha a estabelecer. Por esta razão, entende-se serem necessários maiores estudos antes que, em tais índices, sejam centrados os trabalhos nesta área. E, ainda que se argumente que a escolha apropriada de indicadores sociais e de saúde poderá gerar, em cada momento,

---

<sup>94</sup>A área sob a curva de uma distribuição gaussiana normal simétrica, que medeia entre zero e o primeiro desvio-padrão incluirá 34,1% da população; entre zero e duas vezes o desvio-padrão representa 47,7% da população.

índices que melhor representem essas desigualdades, não há negar que a simplicidade, a facilidade de cálculo e a generalidade do que ora se apregoa, a favor das medidas de tendência central, sempre representarão aspectos que lhes possam favorecer o uso.

Desigualdade faz parte da vida. Como demonstrou Scheidel (Op. cit., p. 401), só se reduz significativamente nas guerras, nas grandes revoluções, no colapso do Estado e nas pandemias. Continuará, pois, existindo.

É neste ambiente desigual que serviços igualitários, universais e integrais de saúde devem ser providos, no Brasil. Difícil empresa, a depender de um sistema que, aos poucos, se esfacela, deixando atrás de si um largo rastro de insuficiências e dissimilaridades. O mínimo, neste ambiente, sobreleva. Se existencial, se vital, se o ampliado mínimo social, por alguns defendido, pouco importa. Exige-se um mínimo razoável e decente de cuidados básicos. Estes não podem ser suspensos ou negados, em nenhum momento, e em nenhum ponto do país. O seu afastamento constitui o limite abaixo do qual qualquer distribuição de acesso a serviços de saúde há de ser considerada injusta. A sua satisfação continuada auxiliará na redução de desigualdades, dissipando, com o tempo, a iníqua situação em um Brasil vive bem, às custas de outro, que pouco tem. O grau de atendimento mínimo inclui acesso a serviços de proteção, prevenção e recuperação da saúde, implicando atendimento médico, procedimentos de urgência e medicamentos essenciais, constantes da lista mínima da ONU. Garantia de moradia dotada das condições básicas de saneamento, além de água potável e alimentação essencial também estão ali contempladas.

Ante a desigualdade sempiterna, o mínimo razoável não pode ser encarado como um longo verbete nos dicionários jurídicos e de geopolítica, mas como um instrumento de solução de graves problemas sociais e de saúde. Caudatário da realidade, o direito não socorre utopias; garante que ideias que um dia o foram, hoje sustentem, com o apoio do Estado, aqueles que mais vulneráveis se apresentem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAY, Lu Ann; ANDERSEN, Ronald. **A framework for the study of access to medical care**. Health Services Research, inverno 1974, p. 208-220.

AGUIAR, Letícia de Oliveira Fraga de; LIRA, Antonio Carlos Onofre. **Transparência no Sistema Único de Saúde**: iniciativas e desafios na divulgação eletrônica de listas de espera. Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit., Brasília, v. 7, n.2, abr.-jun. 2018, p. 111-124.

ALBUQUERQUE, Ceres; MARTINS, Mônica. **Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde**: uma avaliação dos avanços e lacunas. Saúde Debate, Rio de Janeiro. v. 41, n. especial, mar. 2017, p. 118-137.

ALEXY, Robert. **Teoria dos direitos fundamentais**. 5. ed. São Paulo: Malheiros, 2008.

AMARAL, Gustavo; MELO, Danielle. **Há direitos acima dos orçamentos?** In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti. Direitos fundamentais; orçamento e “reserva do possível”. 2 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2013, p. 79-99.

ANDRADE, Thompson Almeida. **Acesso de famílias pobres aos serviços de saneamento**: sugestão de um programa com conteúdo social/ambiental. Synthesis, Rio de Janeiro v. 8, n. 1, 2015, p. 9-20. Disponível em <DOI: 10.12957/synthesis.2015.25621> Acesso em 09 nov. 2018.

ARISTÓTELES. **Politics**. Oxford: Clarendon & Oxford University Press, 1916, lv. 7, p. 257-299. Disponível em <https://ia800209.us.archive.org/25/items/aristotlespoliti00aris/aristotlespoliti00aris.pdf> Acesso em 10 jan. 2019.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. 3. ed. Bauru: Edipro, 2009. V, p. 145-176.

ARROW, Kenneth J. **Social choice and individual values**. 2 ed. New Haven, London: Yale University Press, 1963.

BARROS, Maria Elizabeth Diniz; PIOLA, Sergio Francisco. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sergio Francisco; ROA, Alejandra Carrillo. **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Associação Brasileira de Economia da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde no Brasil, 2016, cap. 4, p. 101-138.

BARROSO, Luís Roberto. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo**: a construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial. 4. reimp. Belo Horizonte: Fórum, 2016.

BARRY, Brian. **La teoría liberal de la justicia**: examen crítico de las principales doctrinas de *Teoría de la justicia* de John Rawls. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica, 1993.

BENEDICT, Ruth. **Patterns of culture**. London: Routledge & Kegan Paul, 1971. p. 34-35 Disponível em <https://archive.org/stream/in.ernet.dli.2015.184602/2015.184602.Pattern-Of-Culture#page/n51/mode/2up> Acesso em 02 nov. 2017.

BERLINGUER, Giovanni. **Globalização e saúde global**. Estud. av. São Paulo vol. 13 n. 35 jan./abr. 1999. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40141999000100003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141999000100003) Acesso em 18 out. 2017.

BOBBIO, Norberto. **Teoria do ordenamento jurídico**. 10. ed. Brasília: UnB, 1997.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de outubro de 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm) Acesso em 18 out. 2017.

BRASIL. **Emenda Constitucional n.º 29**, de 13 de setembro de 2000. D.O.U. 14/09/2000. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm) Acesso em 18 out. 2017.

BRASIL. **Lei n.º 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm) Acesso em 19 nov. 2017.

BRASIL. **Lei n.º 11.634**, de 27 de dezembro de 2007. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm) Acesso em 10 dez. 2018.

BRASIL. Agência Brasil. **Brasil gasta 3,8% do PIB em saúde pública**. 1.º nov. 2018. Disponível em <http://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2018-11/brasil-gasta-38-do-pib-em-saude-publica> Acesso em 13 nov. 2018.

BRASIL. Economia e emprego. **Inflação. Histórico de metas para a inflação no Brasil**. 29 abr. 2012. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2012/04/inflacao> Acesso em 15 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 569**, de 1.º de junho de 2000. Diário Oficial da União, n.º 110-E, de 8 de junho de 2000, Seção 1, p. 4-6. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html) Acesso em 10 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.101/GM, de 12 de junho de 2002. Diário Oficial da União n.º 112, de 13 de junho de 2002, Seção 1, p. 36-42. Disponível em [http://www.betim.mg.gov.br/ARQUIVOS\\_ANEXO/Portaria\\_1001%3B%3B20070606.pdf](http://www.betim.mg.gov.br/ARQUIVOS_ANEXO/Portaria_1001%3B%3B20070606.pdf) Acesso em 14 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ). **Manual instrutivo**. Brasília: autor, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Caderno de Informações em saúde 2015**. Retropolação da série de consumo final de bens e serviços de saúde 2015. Brasil geral BR. Conta satélite de saúde. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/economicas/contas-nacionais/9056-Conta-satelite-de-saude.html?=&t=downloads> Acesso em 13 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Boletim epidemiológico. **Doenças relacionadas ao asbesto na saúde do trabalhador**. Brasil, 2007-2013. Boletim Epidemiológico, v. 47, p. 1-8, 2016. Disponível em <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/02/2015-011---Asbestose.pdf> Acesso em 09 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal do Ministério da Saúde. Acidente vascular cerebral – AVC**. 30 ago. 2017. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br> Acesso em 28 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de gestão: exercício de 2017**. Brasília: autor, mar 2018. Disponível em <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/16/RELATORIO-DE-GESTAO-2017--COMPLETO-PARA-MS.pdf> Acesso em 1.º dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rede Cegonha**. 2018. Disponível em [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_redecegonha.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php) Acesso em 07 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2017**. Uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Brasília: autor, 2018. Versão eletrônica. Disponível em [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sinasc/saude\\_brasil\\_2017\\_analise\\_situacao\\_saude\\_desafios\\_objetivos\\_desenvolvimento\\_sustentavel.pdf](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sinasc/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf) Acesso em 09 dez. 2018.

BRASIL. Secretaria de Política Econômica. **Relatório da distribuição pessoal da renda e da riqueza da população brasileira**. Brasília, mai. 2016, p. 15. Disponível em <http://www.fazenda.gov.br/centrais-de-conteudos/publicacoes/transparencia-fiscal/distribuicao-renda-e-riqueza/relatorio-distribuicao-da-renda-2016-05-09.pdf> Acesso em 25 out. 2017.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. 2.<sup>a</sup> Turma. **Recurso extraordinário n.º 436.996**. Relator Celso de Mello. J. 22/11/2005. Diário da Justiça da União, 03 fev. 2006.

BRASIL. Tesouro Nacional. **Carga tributária bruta do Governo Geral foi 32,36% do PIB em 2017**. Disponível em <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/-/carga-tributaria-bruta-do-governo-geral-foi-de-32-36-do-pib-em-2017> Acesso em 05 fev. 2019.

BRASIL. Tesouro Nacional. **Aspectos fiscais da saúde no Brasil**. 31 out. 2018. Disponível em <https://www.tesouro.fazenda.gov.br/documents/10180/318974/AspectosFiscaisSa%C3%BAde2018/a7203af9-2830-4ecb-bbb9-4b04c45287b4> Acesso em 13 nov. 2018.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais**. Physis, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, jan./abr. 2007. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=pt&tlng=pt) Acesso em 24 out. 2018.

BYSKOV, Jens et al. **The need for global application of the accountability for reasonableness approach to support sustainable outcomes**. International Journal of Health Policy and Management, v. 6, n. 2, 2017, p. 115-118. Disponível em [http://www.ijhpm.com/article\\_3252\\_b9f2e625d1caa0d401124df4b2536c9a.pdf](http://www.ijhpm.com/article_3252_b9f2e625d1caa0d401124df4b2536c9a.pdf) Acesso em 18 nov. 2018.

CAIRUS, Henrique F. Da natureza do homem. In: CAIRUS, Henrique F.; RIBEIRO Jr., Wilson A. **Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, cap. 3, p. 37-59. Disponível em <http://books.scielo.org/id/9n2wg/pdf/cairus-9788575413753-05.pdf> Acesso em 11 nov. 2018.

CALVÁRIO, Patrícia Joana do Nascimento. **Filosofia e pobreza em Boaventura de Bagnoregio**. 2009. p. 57-58. Dissertação de Mestrado em Filosofia Medieval, Universidade do Porto, Porto, Portugal. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20359/2/mestpatriciacalvariofilosofia000085186.pdf> Acesso em 15 nov. 2017.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 7. ed. Coimbra: Almedina, 2003.



COHEN, Marshall; NAGEL, Thomas; SCANLON, Thomas. **Equality and preferential treatment**. Princeton: Princeton University Press, 1977.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Crise no SUS**: Brasil tem mais de 900 mil cirurgias eletivas represadas. 1.º dez. 2017. Disponível em [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=27314:crise-no-sus-brasil-tem-mais-de-900-mil-cirurgias-eletivas-represadas&catid=3](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27314:crise-no-sus-brasil-tem-mais-de-900-mil-cirurgias-eletivas-represadas&catid=3) Acesso em 06 dez. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA; INSTITUTO DE PESQUISAS DATAFOLHA. **Opinião dos brasileiros sobre o atendimento público na área de saúde**: população brasileira, 16 anos ou mais. Resultados preliminares. Brasília: autor, jun. 2018. Disponível em [https://portal.cfm.org.br/images/PDF/datafolha\\_sus\\_cfm2018.pdf](https://portal.cfm.org.br/images/PDF/datafolha_sus_cfm2018.pdf) Acesso em 06 dez. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Redução de leitos afeta 22 estados e 18 capitais. 12 jul. 2018. Disponível em <http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/leitos%20de%20interno%20-%20estados%20e%20capitais%202010%20-%202018.pdf> Acesso em 11 dez. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Financiamento do SUS: gasto com saúde é de R\$ 3,48 ao dia**. Medicina, dez. 2018, p. 7.

DANIELS, Norman. **Just health care**. New York: Cambridge University Press, 1985.

DANIELS, Norman. Distributive justice and the use of summary measures of population health status. In: FIELD, MJ & GOLD, MR. **Summarizing population health**: directions for the development and application of population metrics. Washington: National Academies Press, 1998, appendix D.

DANIELS, Norman & SABIN, James. **The ethics of accountability in managed care reform**. Health Affairs, v. 17, n. 5, p. 50-64, set.-out. 1998. Disponível em <https://doi.org/10.1377/hlthaff.17.5.50> Acesso em 17 nov. 2018.

DANIELS, Norman. **Justice, health and healthcare**. The American Journal of Bioethics, v. 1, n. 2, fev. 2001, p. 2-16.

DANIELS, Norman. **Just health**. Meeting health needs fairly. New York: Cambridge University; 2009.

DANIELS, Norman. **Is there a right to health care and, if so, what does it encompass?** In: KUHSE, Helga; SINGER, Peter (eds.) A companion to bioethics. 2

ed. Malden; Oxford: Wiley-Blackwell, 2009, cap. 31, p. 316-325. Disponível em [http://public.callutheran.edu/~chenxi/Phil315\\_092.PDF](http://public.callutheran.edu/~chenxi/Phil315_092.PDF) Acesso em 02 fev. 2019.

DEL VECCHIO, Giorgio. **Kant**. In: DEL VECCHIO, Giorgio; RECASENS SICHES, Luis. **Filosofia del derecho y estudios de filosofia del derecho**. 3 ed. Ciudad de Mexico: Unión Tipografica Editorial Hispano-Americana, v. 2, p. 119-133, 1946.

DEUTSCHER BUNDESTAG. **Lei Fundamental da República Federal da Alemanha**. Ulm: Ebner & Spiegel, 2011. Disponível em <https://www.btg-bestellservice.de/pdf/80208000.pdf> Acesso em 18 jan. 2019.

DREZETT, Jefferson. Editorial. **Mortalidade materna no Brasil: insucesso no cumprimento do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio**. Reprod. Clim., v. 28, n. 3, 2013, p. 89-91. Disponível em <http://recli.elsevier.es/pt/mortalidade-materna-no-brasil-insucesso/articulo/S1413208714000089/> Acesso em 21 dez. 2018.

DUNCAN, Otis Dudley; DUNCAN, Beverly. **A methodological analysis of segregation indexes**. American Sociological Review, v. 20, n. 2, abr. 1955, p. 210-217.

DWORKIN, Ronald. **Taking rights seriously**. Cambridge: Harvard University Press, 1977.

DWORKIN, Ronald. **McGill Lecture in Jurisprudence and Public Policy. Justice in the distribution of health care**. McGill Law Journal, Montreal v.38 n.4, p.883-898, 1993. Disponível em <http://www.lawjournal.mcgill.ca/userfiles/other/4236093-Dworkin.pdf> Acesso em 16 nov. 2017.

DWORKIN, Ronald. Baedeker. Zorros y erizos. In: DWORKIN, Ronald. **Justicia para erizos**. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2014. p. 15-40.

FRANCE. **Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789**. Disponível em <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/la-constitution/la-constitution-du-4-octobre-1958/declaration-des-droits-de-l-homme-et-du-citoyen-de-1789.5076.html> Acesso em 23 out. 2017.

FRANCESCO. **Laudato si'** Lettera encíclica sulla cura dela casa comune. Milano: Paoline, 2015.

FRIED, Charles. **Right and wrong**. 4 ed. Cambridge: Harvard University Press, 1980.

FRIEDMAN, Alex. **Beyond accountability for reasonableness**. Bioethics, v. 22, n. 2, fev. 2008, p. 101-112.

GOETGHEBEUR, Mireille et al. **The art of medicine**. The art of priority setting. The Lancet, v. 389, 17 jun. 2017, p. 2368-2369.

HARARI, Yuval Noah. **Sapiens** - uma breve história da humanidade. Porto Alegre: L&PM, 2016. p. 226.

HOLLIS, Aidan & POGGE, Thomas. **The health impact fund**: making new medicines accessible for all. Incentives for global health: Yale, 2008. Disponível em [http://healthimpactfund.org/Old/hif\\_book.pdf](http://healthimpactfund.org/Old/hif_book.pdf) Acesso em 24 out. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde 2013**. Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Utilização de serviço de saúde. 1.<sup>a</sup> Ed. Rio de Janeiro: IBGE; 2015 v.2 p. 35-53. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/24/PNS-Volume-2-completo.pdf>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostras de domicílios**. Síntese de indicadores. 2<sup>a</sup> Ed. Rio de Janeiro: IBGE; 2015 Disponível em <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94414.pdf>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**. Síntese de indicadores. Rio de Janeiro: IBGE. 2015. Edição digital. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98887.pdf> Acesso em 1.<sup>o</sup> fev. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios. Síntese de indicadores 2014**. Rio de Janeiro: IBGE. 2015. Edição digital. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94935.pdf> Acesso em 03 fev. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil e das unidades da federação**. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/> Acesso em 1.<sup>o</sup> dez. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População residente enviada ao Tribunal de Contas da União**. Disponível em [ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_de\\_Populacao/Estimativas\\_2013/serie\\_2001\\_2013\\_TCU.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2013/serie_2001_2013_TCU.pdf) Acesso em 16 fev. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Resolução n.º 4**, de 28 de agosto de 2017. Diário Oficial da União, Seção 1, n.º 167, 30 de agosto de 2017, p. 58. Disponível em

<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=58&data=30/08/2017> Acesso em 10 fev. 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil**. Radar IDHM. s/l, nov. 2016. Disponível em [http://www.atlasbrasil.org.br/2013/data/rawData/RadarIDHM\\_Analise.pdf](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/data/rawData/RadarIDHM_Analise.pdf) Acesso em 11 dez. 2018.

JARDANOVSKI, Elio; GUIMARÃES, Paulo Cesar Vaz. **O desafio da equidade no setor saúde**. Rev. Administração de Empresas, v. 33, n. 3, 1993. Disponível em <http://www.fgv.br/rae/artigos/revista-rae-vol-33-num-3-ano-1993-nid-44293/> Acesso em 16 dez. 2018.

JONAS, Hans. Conhecimento socioeconômico e ignorância das metas. In: \_\_\_\_\_. **Ensaio filosófico: da crença antiga ao homem tecnológico**. São Paulo: Paulus, 2017, cap. 4, p. 141-176.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. Lisboa: Edições 70. s/d [1785]. Edição digital.

KANT, Immanuel. **Crítica da razão prática**. Lisboa: Edições 70. s/d [1788].

KANT, Immanuel. **Metafísica dos costumes**. Petrópolis; Bragança Paulista: Vozes; Editora Universitária São Francisco. 2013. Edição digital.

KARA-JUNIOR, Nelson; SANTHIAGO, Marcony Rodrigues; PAREDE, Thais Renata Ribeiro et al. **Influência da correção cirúrgica da catarata na percepção laborativa**. Arquivos Brasileiros de Oftalmologia, nov./dez. 2010, São Paulo, 73(6) . Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27492010000600003> Acesso em 24 jul 2018.

KNOEMA. **GDP by country**. Statistics from the World Bank, 1960-2017. 2015. Disponível em <http://pt.knoema.com/mhrzolg/gdp-by-country-statistics-from-the-world-bank-1960-2017?country=Marshall%20Islands> Acesso em 13 nov 2018.

KOLM, Serge-Christophe. **Equality**. In: Encyclopedia of political science. ECINEQ. jul. 2009, p. 1-28. Disponível em <http://www.ecineq.org/milano/WP/ECINEQ2009-119.pdf> Acesso em 04 fev. 2019.

LAGO, Tania Di Giacomo do; LIMA, Liliam Pereira de. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenças regionais e desigualdades socioeconômicas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher – PNDS 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, cap. 8, p. 151-170.

LAMBERT, Jacques. **Os dois Brasis**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2 ed., 1967.

LAZARI, Rafael de. **Reserva do possível e mínimo existencial**: a pretensão de eficácia da norma constitucional em face da realidade. 2. ed. Curitiba: Juruá, 2016.

LE GOFF, Jacques. O homem medieval. In: LE GOFF, Jacques (Dir.). **O homem medieval**. Lisboa: Presença, 1989, p. 9-30. Disponível em <https://portalconservador.com/livros/Le-Goff-O-Homem-Medieval.pdf> Acesso em 1.º dez. 2017.

LEITE, Carlos Alexandre Amorim. **Direito fundamental à saúde**: efetividade, reserva do possível e o mínimo existencial. Curitiba: Juruá, 2014.

LOREDO, Cecilia Santiago. **Los DESCA como mecanismo para evitar la discriminación y facilitar el desarrollo**. Dfensor, Distrito Federal, México, v. 16, n. 4, p. 5-10, 2018. Disponível em [https://cdhdf.org.mx/wp-content/uploads/2018/08/dfensor\\_04\\_2018.pdf](https://cdhdf.org.mx/wp-content/uploads/2018/08/dfensor_04_2018.pdf) Acesso em 16 jan. 2019.

LÖWY, Ilana. **Vírus, mosquitos e modernidade**: a febre amarela no Brasil entre ciência e política. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. pp. 70 e 86-87. Disponível em <http://books.scielo.org/id/7h7yn/pdf/lowy-9788575412398.pdf> Acesso em 31 jan. 2018.

LUNARDI, Giovani Mendonça. **A fundamentação moral dos direitos humanos**. Rev. Katálysis, Florianópolis v. 14, n.2, jul.-dez. 2011. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-49802011000200007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802011000200007) Acesso em 30 jan. 2019.

MACHADO, Tereza Robichez. **Judicialização da saúde e contribuições da teoria da justiça de Norman Daniels**. R. Dir. Sanit., São Paulo v.16 n.2, p. 52-76, jul./out. 2015.

MALTHUS, Thomas. **An essay on the principle of population**. London: J. Johnson, 1798. pp. 3, 6 e 26. Disponível em <http://www.esp.org/books/malthus/population/malthus.pdf> Acesso em 23 out. 2017.

MASCARO, Alysson Leandro. **Filosofia do direito**. 5 ed. São Paulo: Grupo Editorial Nacional; Atlas, 2016.

MENDES, Gilmar. Direitos fundamentais em espécie, IN: MENDES, Gilmar. **Estado de direito e jurisdição constitucional 2002-2010**. São Paulo: Saraiva; 2012. p. 66-83.

MORAES, Lilian Machado Vilarinho de; SIMÕES, Vanda Maria Ferreira; CARVALHO, Carolina de Abreu. **Fatores associados à peregrinação para o parto**

**em São Luís (Maranhão) e Ribeirão Preto, (São Paulo), Brasil:** uma contribuição da coorte BRISA. Cadernos de Saúde Pública, 2018, v. 34, n. 11, e00151217, p. 1-14. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n11/1678-4464-csp-34-11-e00151217.pdf>> Acesso em 10 dez. 2018.

MORO, Sergio Fernando. **Jurisdição constitucional como democracia.** 2002. Tese de Doutorado em Direito. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil. Disponível em <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/43165/Tese%20Moros.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em 22 jan. 2019.

MORSE, Marcia Lait et al. **Mortalidade materna no Brasil:** o que mostra a produção científica nos últimos trinta anos? Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, abr., 2011. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400002> Acesso em 21 dez. 2018.

NOVAIS, Jorge Reis. **Direitos sociais:** teoria jurídica dos direitos sociais enquanto direitos fundamentais. Coimbra: Wolters Kluwer & Coimbra Editora, 2010.

NUNES, André et al. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil.** Uma proposta de monitoramento. 1.<sup>a</sup> Ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS/OMS 2001 cap. 5, p. 33-51. Disponível em <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Medindo-as-Desigualdades-em-Sa%C3%BAde-no-Brasil.pdf> Acesso em 25 out. 2017.

NUNES, André. **As teorias de justiça e a equidade no Sistema Único de Saúde no Brasil.** Planejamento e Políticas Públicas. Brasília n.37, jul./dez. 2011. p. 9-37. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/238> Acesso em 31 jan. 2018.

NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **A cidadania social na Constituição de 1988:** estratégias de positivação e exigibilidade judicial dos direitos sociais. São Paulo: Verbatim, 2009.

OLIVEIRA, Danilo de; SOUZA, Luciano Pereira de; LAMY, Marcelo. **Violação das obrigações estatais na área da saúde:** a diferença entre as obrigações mínimas e as esperadas. Caderno de Relações Internacionais, v. 7, n. 13, ago.-dez. 2016, p. 297-316.

OLSEN, Ana Carolina Lopes. **Direitos fundamentais sociais:** efetividade frente à reserva do possível. 2.<sup>a</sup> ed. Curitiba: Juruá, 2018.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT. Focus on. **Spending on health: latest trends.** jun. 2018, p. 1-4. Republicado 8 nov. 2018. Disponível em <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> Acesso em 12 nov. 2018.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Europe. Promotion de la santé. Charte d'Ottawa. Disponível em [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf) Acesso em 25 out. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. RELATÓRIO FINAL. **Redução das desigualdades no período de uma geração.** Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. Portugal. 2010. pp. 206-207. Disponível em <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Redu%C3%A7%C3%A3o-das-Desigualdades-no-per%C3%ADodo.pdf> Acesso em 31 jan. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diminuindo diferenças:** a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde. Conferência Mundial sobre Determinantes da Saúde. Rio de Janeiro: OMS. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas.** Genebra. 10 abr. 2015. Disponível em [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf?sequence=3](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3) Acesso em 10 dez. 2018.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. **El derecho humano al agua y al saneamiento.** Nota para los medios. Zaragoza: autor, 2010. Disponível em [http://www.un.org/spanish/waterforlifedecade/pdf/human\\_right\\_to\\_water\\_and\\_sanitation\\_media\\_brief\\_spa.pdf](http://www.un.org/spanish/waterforlifedecade/pdf/human_right_to_water_and_sanitation_media_brief_spa.pdf) Acesso em 16 jan. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS; BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. **Transformando nosso mundo:** a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. 11 fev. 2016. Disponível em <http://www.br.undp.org/content/dam/brazil/docs/agenda2030/undp-br-Agenda2030-completo-pt-br-2016.pdf> Acesso em 09 dez. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Dez principais causas de morte no mundo.** Maio 2018. Disponível em [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5638:10-principais-causas-de-morte-no-mundo&Itemid=0](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5638:10-principais-causas-de-morte-no-mundo&Itemid=0) Acesso em 30 out. 2018.

PEÑA FREIRE, Antonio Manuel. **La teoría fuerte de los derechos sociales:** reconstrucción y crítica. Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho n. 34, p. 252-269. ISSN: 1138-9877 DOI: 10.7203/CEFD.34.8262. Acesso em 09 nov. 2018.



PEREIRA, Ana Lucia Pretto. **Reserva do possível: judicialização de políticas públicas e jurisdição constitucional**. Curitiba: Juruá, 2014.

PERELMAN, Chaïm. As concepções concreta e abstracta da razão e da justiça. A propósito de Theory of justice de John Rawls. In: PERELMAN, Chaïm. **Ética e direito**. Lisboa: Piaget, 1990. § 10, p. 218-234.

PIKETTY, Thomas. **O capital no século XXI**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2014. p. 15.

PLATÃO. **A República**. Sintra: Europa-América, 1975, p. 351-352.

POLITI R. **Desigualdade na utilização de serviços de saúde entre adultos: uma análise dos fatores de concentração da demanda**. Economia aplicada. Ribeirão Preto v.18 n.1 jan.-mar. 2014. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1413-8050/ea379>.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO BRASIL. Os objetivos de desenvolvimento sustentável. 2018. Disponível em <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/post-2015.html> Acesso em 09 dez. 2018.

RAWLS, John. **A theory of justice**. Cambridge: Harvard University, 1999.

RAWLS, John. **Justiça e Democracia**. A teoria da Justiça como equidade: uma teoria política, e não metafísica. São Paulo: Martins Fontes, 2000. cap. 4, p. 199-241.

REPÚBLICA PORTUGUESA. Tribunal Constitucional. **Acórdão n.º 39/84 (Sistema Nacional de Saúde)**. Lisboa, Diário da República n.º 104/1984, série 1, de 05 de maio de 1984, p. 1455-1468. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/384993/details/maximized> Acesso em 16 jan. 2019.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **Discurso sobre a origem da desigualdade**. Ridendo castigat mores, 1754. Parte 1, p. 89. [edição eletrônica] Disponível em <http://www.pgcult.ufma.br/wp-content/uploads/2017/06/Jean-Jacques-Rousseau.pdf> Acessos em 18 e 19 out. 2017.

SÁ JÚNIOR, Luiz Salvador de Miranda. **Desconstruindo a definição de saúde**. Jornal do Conselho Federal de Medicina, jul/ago/set 2004, p. 14-15. Disponível em <http://www.dis.unifesp.br/pg/Def-Saude.pdf> Acesso em 11 nov 2018.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988**. Panóptica, v. 1, n. 4, p. 1-21, 2006.



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

SARMENTO JÚNIOR, Krishnamurti Matos de Araújo; TOMITA, Shiro; KOS, Arthur Octavio de Ávila. **O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos**. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, v. 71, n.3, parte 1, mai.-jun. 2005, p. 256-262.

SARTORIUS, Norman. **The meanings of health and its promotion**. Croat Med J v. 47, n. 4, ago 2006, p. 662-664.

SAN BUENAVENTURA. **Obras de San Buenaventura**. Vida perfecta para religiosas. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos, 1947. Cap. 3, p. 427. Disponível em [https://kupdf.com/download/san-buenaventura-1947-obras-completas-tomo-iv\\_58c05ca0e12e895236add375\\_pdf](https://kupdf.com/download/san-buenaventura-1947-obras-completas-tomo-iv_58c05ca0e12e895236add375_pdf) Acesso em 15 nov. 2017.

SANTOS, Leonel Ribeiro dos. **Regresso a Kant**. Sobre a evolução e situação actual dos estudos kantianos. Philosophica, Lisboa, v. 24, nov. 2004, p. 119-182.

SANTO TOMÁS DE AQUINO. **Suma de Teología**. Parte II-II, c.61 a.1 Madrid: Biblioteca de autores cristianos; 1990. v.3 p.511 Disponível em <https://sumateologica.files.wordpress.com/2009/09/sumadeteologia3.pdf> Acesso em 03 nov. 2016.

SCANLON, TM. **What do we owe to each other?** Cambridge, London: The Belknap Press of Harvard University, 1998.

SCHEIDEL, Walter. **The great leveller: violence and the history of inequality from the stone age to the twenty-first century**. Princeton; Oxford: Princeton University Press, 2017.

SCHNEIDER MC, CASTILLO-SALGADO C, BACALLAO J, LOYOLA E, MUJICA OJ, VIDAURRE M, et al. **Métodos de mensuração das desigualdades em saúde**. Rev Panam Salud Publica. 2002;12(6), p. 1-17. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892002001200006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002001200006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt) Acesso em 25 out. 2017.

SCLIAR, Moacyr. **História do conceito de saúde**. Physis: Rev Saúde Coletiva Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. **O conceito de saúde**. Rev Saúde Pública São Paulo, v. 31, n. 5, out 1997. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt) Acesso em 11 nov. 2018.

SEN, Amartya. **A ideia de justiça**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. Disponível em <http://lelivros.com/book/baixar-livro-a-ideia-de-justica-amartya-sen-em-pdf-epub-e-mobi/> Acesso em 26 out. 2017.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. 6. ed. São Paulo: Companhia de bolso, 2017.

SGARBOSSA, Luís Fernando. **Do estado-providência ao mercado-providência: direitos sob a “reserva do possível” em tempos de globalização neoliberal**. 2009. Dissertação de Mestrado em Direito. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil. Disponível em <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/18011/DISSERTACAO%20SGARBOSSA.pdf?sequence=1> Acesso em 24 jan. 2019.

SHUE, Henry. **Basic rights: subsistence, affluence, and U.S. foreign policy**. Princeton: Princeton University Press, 1980. Edição digital 2011. Disponível em <https://archive.org/stream/basicrightssubs00shue#page/n7/mode/2up> Acesso em 16 e 17 jan. 2019.

SILVA, José Afonso da. **Aplicabilidade das normas constitucionais**. 3. ed. São Paulo: Malheiros, 1982.

SILVA, Virgílio Afonso da. **O conteúdo essencial dos direitos fundamentais e a eficácia das normas constitucionais**. Revista de Direito do Estado, v. 4, 2006, p. 23-51. Disponível em [https://constituicao.direito.usp.br/wp-content/uploads/2006-RDE4-Conteudo\\_essencial.pdf](https://constituicao.direito.usp.br/wp-content/uploads/2006-RDE4-Conteudo_essencial.pdf) Acesso em 23 jan. 2019.

SREENIVASAN, Gopal. **Justice, inequality and health**. Stanford Encyclopedia of Philosophy 2014 Disponível em <https://plato.stanford.edu/entries/justice-inequality-health/> Acesso em 09 nov. 2018.

STOPA, Sheila Rizzato et al. **Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Rev Saúde Pública São Paulo, v. 51, Suplemento 1 DCNT e Inquéritos, 2017, p. 1s-11s. Disponível em <http://doi.org/10.1590/S1518-8787.2015051000074> Acesso em 11 nov. 2018.

TOMASI, Elaine et al. **Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde: indicadores e desigualdades sociais**. Cad. Saúde Pública, v. 33, n. 3, 2017, p. 1-11. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n3/1678-4464-csp-33-03-e00195815.pdf> Acesso em 21 dez. 2018.

UNITED NATIONS. General Assembly - Fifty-fifth session - **Resolution adopted by the General Assembly: United Nations Millennium Declaration**. New York. ONU; 2000. Disponível em <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf> Acesso em 10 nov. 2018.

UNITED NATIONS. Office of the High Commissioner for Human Rights. **CESCR general comment No. 14: the right to the highest attainable standard of health** (Art. 12). 11 ago. 2000. Disponível em <https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf> Acesso em 05 fev. 2019.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. Human development reports. **2018 statistical update**. Disponível em <http://hdr.undp.org/en/data> Acesso em 13 nov. 2018.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. Human development reports. **The 2018 global multidimensional poverty index (MPI)**. Disponível em <http://hdr.undp.org/en//2018-MPI> Acesso em 16 jan. 2019.

UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO & NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **The social determinants of health: developing an evidence base for political action**. Autores, out. 2007. Disponível em [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/mekn\\_final\\_report\\_102007.pdf?ua=1](http://www.who.int/social_determinants/resources/mekn_final_report_102007.pdf?ua=1) Acesso em 31 jan. 2018.

VICTORA, Cesar G et al. **Maternal and child health in Brazil: progress and challenges**. The Lancet, v. 377, n. 9870, 28 mai 2011, p. 1863-1876. Disponível em [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60138-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60138-4/fulltext) Acesso em 21 dez. 2018.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. **O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado**. Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas, v, 10, n. 3, 2016, p. 1-28. Disponível em <http://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/view/21860/pdf> Acesso em 13 nov. 2018.

VIELLAS, Elaine Fernandes; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; DIAS, Marcos Augusto Bastos et al. Assistência pré-natal no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, 2014. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016) Acesso em 10 dez. 2018.

VILLERMÉ, Louis René. **Tableau de l'état physique et morale des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie**. Paris : Jules Renouard. 1840. v. 2, cap. 6, p. 251 e 257-260. Disponível em <https://archive.org/details/tableaudeltatph00villgoog>. Acesso em 24 jan. 2018.

WALZER, Michael. **Esferas da justiça: uma defesa do pluralismo e da igualdade**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

WANG, Daniel Wei Liang. **De Wednesbury unreasonableness a accountability for reasonableness**: controle judicial e a alocação de recursos em saúde na Inglaterra. Revista Jurídica da Presidência, Brasília, v. 20, n.121, jul.-set. 2018, p. 268-309. Disponível em <http://dx.doi.org/10.20499/2236-3645.RJP2018v20e121-1816> Acesso em 13 nov. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaration of Alma-Ata**. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 Sep. 1978. Disponível em [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf) Acesso em 24 jan. 2018.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **Global health observatory data repository**. Current health expenditure (CHE) as percentage of gross domestic product (GDP) %. Data by country. 11 dez. 2017. Disponível em <http://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDCHEGDPSHA2011?lang=en> Acesso em 13 nov. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of WHO**: principles. 2018. Disponível em <https://www.who.int/about/mission/en/> Acesso em 31 jan. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global health expenditure database. NHA indicators. 2018. Disponível em <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en> Acesso em 13 nov. 2018.

## **GLOSSÁRIO**

### **AFR – Accountability for reasonableness**

Técnica proposta por Norman Daniels para prover decisões em sistemas de saúde com recursos limitados. Não havendo concordância acerca dos princípios que devam ser aplicados às questões de saúde, a AFR ou A4R sugere que devam ser aplicados os seguintes princípios: publicidade; relevância; recurso; regulação.

### **Diferença entre taxas**

É uma medida de risco absoluto. Pode ser apresentada em valores absolutos ou em percentagem.

### **$e_0$ – Expectativa de vida ao nascer**

Número de anos que um recém-nascido pode esperar viver, no ano de seu nascimento, se a taxa de mortalidade da população residente permanecer inalterada durante toda a sua vida.

### **IDH - Índice de Desenvolvimento Humano**

Índice calculado pela Organização das Nações Unidas que mensura o progresso a longo prazo, através da consideração de indicadores em três áreas: renda, educação e saúde. Permite comparações entre países e do mesmo país ao longo do tempo.

### **IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal**

Índice calculado pelo IBGE nos moldes do preconizado pela Organização das Nações Unidas. Resume vida longa e saudável e padrão de vida, através de três indicadores: longevidade, educação e renda. Permite comparações entre cidades do mesmo país e da cidade, como seu próprio controle, ao longo do tempo.

### **ID - Índice de dissimilaridade**

Índice estatístico que permite medir a desigualdade de distribuição entre locais, ou entre grupos, com relação a uma variável estudada. Relaciona-se com a

diferença entre a distribuição obtida e a esperada, evidenciando o tamanho da alteração necessária para que toda a população, com relação ao aspecto estudado, apresentasse o mesmo risco.

Há vários índices de dissimilaridade, cuja escolha depende do objetivo pretendido pelo cálculo. Neste estudo, foi utilizado o índice de dissimilaridade de Duncan & Duncan. Vai de zero (similaridade absoluta) a um (dissimilaridade absoluta).

### **Índice de Gini**

Índice estatístico criado pelo estatístico italiano Conrado Gini em 1912. Permite medir o grau de uniformização, ou a igualdade de distribuição, entre grupos, com relação a uma variável ou característica. Vai de zero (igualdade absoluta) e um (desigualdade absoluta). Muito utilizado para avaliar a distribuição de renda entre países, regiões ou entre grupos distintos.

### **Índice de Palma**

Índice estatístico criado pelo economista chileno José Gabriel Palma. É também denominado índice 10/40, porque mede, acerca da variável pretendida, em geral a renda, a relação que existe entre os 10% melhor situados e os 40% pior aquinhoados da população.

### **IPCA – Índice de Preços ao Consumidor Amplo**

É um índice que mede a variação mensal de preços ao consumidor final. É calculado pelo IBGE. O cálculo é efetuado por pesquisa de preços diretamente no mercado, tomando em conta nove grupos de bens e/ou serviços, aos quais são atribuídos pesos previamente definidos pela metodologia empregada. Permite a avaliação da inflação entre regiões e também, na mesma região, ao longo do tempo.

**PPP – Purchasing power parity data**

É um sistema que equaliza valores, geralmente apresentados em dólares norte-americanos, eliminando diferenças temporais e geográficas, a fim de permitir comparação entre produtos internos brutos de diferentes países, ao longo do tempo. Pode servir também para cálculo e comparação de bens e serviços, em diferentes tempos e regiões, eliminando os inconvenientes das inflações locais.

**RAP ou PAR – Risco atribuível populacional**

É a diferença relativa proporcional entre cada uma das unidades em análise e um valor de referência arbitrado.

**Razão de mortalidade materna vigilância**

É um índice calculado pelo Ministério da Saúde, a partir dos dados brutos de mortalidade materna, aos quais são aplicadas correções, construídas a partir de indicadores da vigilância do óbito de mulheres em idade fértil. Tais correções levam em consideração as causas básicas declaradas de óbito e ainda aquelas que deviam estar contidas nas declarações, caso estas estivessem corretamente preenchidas.

**RT – Razão entre taxas**

É uma medida de risco relativo. Pode ser expressa em valores absolutos ou em percentagem.

**Taxa bruta de mortalidade**

É a razão entre o número total de óbitos de residentes e a população total residente, no ano considerado.

**Taxa bruta de natalidade**

É a razão entre o número total de nascidos vivos de residentes e a população total residente, no ano considerado.

**Taxa de mortalidade materna**

É a razão entre o número de mortes maternas, por 100.000 nascidos vivos, no ano considerado, e o número de nascidos vivos de mães residentes, no mesmo período. Morte materna, segundo a Organização Mundial da Saúde (CID-10) é aquela que ocorre durante a gestação, ou até 42 dias após seu término, desimportando a duração ou a localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com, ou agravada pela gravidez, ou pelas medidas tomadas em relação a ela, e excluídas as causas acidentais ou incidentais.



## VERSÃO COMPACTA

### **A desigualdade na distribuição de acesso à saúde no Brasil e o mínimo razoável: uma análise à luz da teoria da justiça distributiva em saúde**

The inequality in the distribution of access to health in Brazil and the reasonable minimum standard of living: an analysis in light of the theory of distributive justice in health

**Sylvio Roberto Corrêa de Borba<sup>95</sup>**

**RESUMO:** **Introdução** No SUS, há desigualdades comprometendo o acesso à saúde. **Objetivos** Busca-se definir um mínimo no acesso à saúde no Brasil, perquirindo critérios que identifiquem o limite abaixo do qual uma desigualdade deva ser considerada injusta. **Métodos** Efetuou-se levantamento documental e bibliográfico acerca de acesso ao SUS. Utilizam-se dados provenientes do IBGE, do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina relativos a consultas médicas, cirurgias, internações e atenção ao parto. Foram calculados índices próprios a cada conjunto de dados. As técnicas metodológicas foram propostas por André Nunes e outros (2001, p. 33-51) e por Maria Cristina Schneider et al. (2002, p. 1-17). A análise estatística foi realizada com o programa Excel®. A interpretação é feita à luz da teoria da justiça distributiva em saúde. **Resultados** O número de consultas médicas por habitante/ano diminuiu. Todas as regiões contam com um mínimo de 1 UBS:10.000 hab. As internações de caráter geral caíram 27,3% em nove anos. Perderam-se leitos SUS. Há fila de espera de 800.000 cirurgias. A taxa de cesarianas é muitíssimo superior à preconizada pela OMS. A mortalidade materna é elevada. **Discussão** Podem-se dizer injustas desigualdades que impliquem desatendimento de situações emergenciais e de urgência. **Conclusão** Sob perspectiva de ordem pública, sugere-se, ante o direito fundamental de cada ser humano ao gozo do mais elevado standard possível de saúde, o uso, como critério de exigência mínima, da média nacional do serviço num exercício definido. Será

---

<sup>95</sup>Médico. Especialista em Anestesiologia e Tratamento da Dor - UFRGS. Advogado. MBA em Direito da Economia e da Empresa – FGV. Procurador do Município de Porto Alegre. Mestrando em Direito da Saúde - Universidade Santa Cecília, Santos, SP. E-mail: [sylviorborba@gmail.com](mailto:sylviorborba@gmail.com) ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8296-8458>

classificado como injusto o submetimento da população a serviços abaixo deste nível.

**PALAVRAS-CHAVE:** Desigualdade; Justiça distributiva; Mínimo razoável; Reserva do possível.

**ABSTRACT: Introduction** In SUS, there are inequalities compromising access to health. **Objectives** The goal is to define a minimum in the access to health in Brazil, with criteria that identify the limit below which an inequality should be considered unfair. **Methods** A documental and bibliographic survey about access to the SUS was done. Data from IBGE, the Ministry of Health and the Federal Council of Medicine are used for medical consultations, surgeries, hospitalizations and care for childbirth. Own indexes were calculated for each data set. The methodological techniques were proposed by André Nunes et al. (2001, pp. 33-51) and Maria Cristina Schneider et al. (2002, pp. 1-17). Statistical analysis was performed with Excel® software. The interpretation is made in light of the theory of distributive justice in health. **Results** The number of medical consultations per capita / year decreased. All regions have a minimum of 1 UBS:10,000 inhabitants. General admissions fell 27.3% in nine years. SUS beds were lost. There are 800,000 surgeries waiting line. The rate of cesarean delivery is much higher than that recommended by WHO. Maternal mortality is high. **Discussion** Unfair inequalities can be said that imply the neglect of emergency and emergency situations. **Conclusion** From a public order perspective, the use of the national average of the service in a defined exercise, as a minimum requirement criterion, is suggested before the fundamental right of each human being to enjoy the highest possible standard of health. It will be classified as unjust subjecting the population to services below this level.

**KEY WORDS:** Inequality; Distributive justice; Reasonable minimum standard of living; Reserve of the possible.

## 1 Introdução

A igualdade é utópica, teórica. A desigualdade, por sua vez, traz a marca da realidade, respira o ar que a todos envolve. Está relacionada com a situação de vida de cada qual, que é distintamente construída ao longo do tempo e de que resultam as individualidades de que se singulariza. A desigualdade marca o homem desde o nascimento, e por toda sua vida. Nem mesmo na morte o abandona. Num mundo onde água e ventos, ferro e fogo geram sofrimentos, é a desigualdade que a todos vincula.

A partir da Bíblia (especialmente o Evangelho segundo São Mateus, capítulos 5 até 7), o cristianismo pregou, por séculos, que a aceitação da pobreza na vida terrena implicaria a abertura das portas do reino dos céus. No século XIII, porém, São Boaventura (1947, p. 427), professor na Universidade de Paris, fez notar, em sua *Apologia pauperum contra calumniatorem*, mais conhecida como *Apologia dos pobres*, que a pobreza perfeita é aquela eleita pelo religioso, e não aquela que a sorte trouxe àqueles. Pela primeira vez, a Igreja se dirigia aos pobres sem lhes pretender impor a mera aceitação de sua pobreza. A desigualdade não mais devia ser apenas aceita; reservava-se sua admissão, através da assunção da pobreza, a quem livremente a elegeisse (CALVÁRIO, 2009, p. 57-58).

Ainda hoje, porém, se não cessaram de acumular evidências de que é a desigualdade, e só ela, que preside aos fatos do mundo sensível, malgrado aqueles que, sem compreendê-la, a quiseram erradicar. Malthus (1798), embora buscasse a equânime distribuição de riquezas e meios, viu-se atribulado pelas próprias conclusões, que prenunciavam dramaticamente o crescimento da população em proporção geométrica, ao passo que os meios de subsistência cresceriam em escala aritmética. Se tal ocorresse, isto seria uma catástrofe, a derruir todo o progresso social até então produzido no Reino Unido. É bem verdade que seus cálculos não se concretizaram, mas a desigualdade não desapareceu. Para exemplificar, na França, durante a Belle Époque (1870-1914), a concentração de renda era tamanha que o centésimo, e não o décimo, melhor aquinhado da população detinha de 50 a 60% da riqueza nacional (PIKETTY, 2014, p. 331)! Já os Estados Unidos, há um século, eram menos desiguais do que a Europa. Hoje, porém, desde meados de 1960, o centésimo superior da população americana amealha mais de 30% da riqueza total do país (Id., 2014, p. 340-341). No Brasil, os 10% mais ricos possuem, hoje, 36% da renda e da riqueza total do país (BRASIL. SECRETARIA DE POLÍTICA ECONÔMICA, 2016, p. 15). Que será isto, senão o reconhecimento de que o presente, e mesmo a previsão do futuro, a todos, de uma forma ou doutra, reserva a desigualdade?

Nada obstante, houve por bem o constituinte de 1988 instituir, como dever do Estado relativamente à saúde, uma aparente igualdade, inscrita no art. 196 da Constituição Federal (BRASIL. CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988). Mais até do que uma teórica igualdade, esforçou-se o constituinte por trazê-la à concreção, através de um sistema hierarquizado, descentralizado, e de atendimento integral, que inscreveu no art. 198 da Carta. De que igualdade aqui se trata? Daquela que se manifesta na só amplitude do acesso às ações e serviços de saúde, ou daquela que, restringindo embora tais acessos, encontra sua justeza na equilibrada alocação dos recursos disponíveis, de forma a obter os melhores resultados? Mister que se olhe o passado:

Aristóteles (2009, p. 145-176), no século IV a. C., cria haver injustiça nas situações que se afastam da lei, da equidade, ou da igualdade de razões a que denomina proporcionalidade. Séculos depois, Santo Tomás de Aquino, já na Idade Média, (1990, v. 3, p. 511-512) ainda mantém a ideia de que haja justiça distributiva na relação entre os particulares e o Estado e, mesmo, que esta, por si, possa significar a legal instituição de desigualdades. Mais adiante, Rousseau (1754, p. 130), a convite da Academia de Dijon, estudou a desigualdade, concluindo não ser ela apenas espontânea, advinda de distinções próprias da Natureza, mas também artificialmente imposta. E é a desigualdade artificialmente imposta que traz, aos pobres, fracos e escravos, suas maiores agruras e mais severas limitações, porque depende, para sua extinção, da extinção de melhorias, também artificialmente impostas, agregadas à vida de terceiros. Como é sabido, sistema algum caminha mansamente para sua própria destruição.

O homem moderno nunca deixou, contudo, de perseguir a igualdade. Lançou-a à letra da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, pérola do liberalismo iluminista, que jamais deixou de representar, onde quer que seja, os ideais igualitários. Já no século XX, John Rawls (1999), um dos principais filósofos do século XX, estruturou sua teoria da justiça com pauta em um modelo liberal contratualista. Caracterizou a justiça como equidade, traçando uma concepção

político-filosófica onde o razoável depende da cooperação social e da busca racional do bem e do justo. Trata-se de uma abstração, bastante mais elaborada, partida da conhecida teoria do contrato social, presente nos trabalhos de Locke, Rousseau e Kant. Propõe que os homens estabeleçam como hão de ser reguladas as demandas entre si, decidindo o grupo social, antecipadamente, o que deve ser entendido como justo ou como injusto. Esta escolha, feita entre indivíduos racionais, dará origem aos princípios da justiça.

A Constituição Federal vigente remonta a 1988. No campo dos direitos fundamentais sociais, albergou garantias amplas, dentre as quais um igualitário direito à saúde, que fez inscrever como direito de todos e dever do Estado. O Sistema Único de Saúde (SUS) busca atender às diretrizes da Lei Maior. Entretanto, o atendimento universal de saúde que esta preconizou não logrou ser igualmente implementado em todo o país. Há desigualdades de várias ordens, sociais, econômicas, geográficas, demográficas, que comprometem a distribuição do acesso à saúde. No que respeita à distribuição de acesso à saúde, provavelmente mais se farão sentir.

Norman Daniels (2009, p. 79-80), ao fundamentar sua teoria da justiça distributiva em saúde, reflexo direto da obra de Rawls, observa que há relevo em buscar entender estas desigualdades, pois são parte do mundo real e, provavelmente, são insuscetíveis de eliminação, pelo menos a curto prazo. Ademais, se existem, serão elas distintas em cada lugar, na medida dos influxos que cada fator exerça sobre a saúde, de forma geral, em cada qual das sociedades.

## **2 Objetivos**

Se tal é verdade, passa a ser importante buscar definir o que, no que tange à distribuição de acesso à saúde, possa ser considerado como mínimo razoável, no Brasil. Tal permitirá alcançar o principal objetivo deste estudo, que é definir critérios que permitam dizer qual é o limite abaixo do qual uma desigualdade existente deva ser considerada injusta, o que não tem sido objeto de pesquisa, no Brasil.

A saúde não é o único bem social de relevância. Porém é, sem sombra de dúvida, uma das mais importantes necessidades humanas. Sendo assim, em países como o Brasil, será mister que se estabeleçam prioridades, pois se conta com recursos limitados. Como tomar decisões justas nesta área? Quais serão as circunstâncias nas quais decisões restritivas devem ser tidas como legais, além de moralmente justas? Há, ante a presunção de limitação de recursos econômicos, a necessidade de se limitar o atendimento aos casos que dele necessitem, abandonando o atendimento universal? Isto implica um julgamento moral e político acerca da adequação de ambos sistemas (o que provê, ou diz prover, atendimento integral de saúde e o que não o faz, nem mesmo em termos normativos).

Daniels (2009, p. 322-324) advoga a observação do contexto social de saúde em cada país, antes da definição do sistema a ser implantado. Admite a adoção de um nível básico de serviços públicos de saúde, aos quais serão agregados serviços mais elaborados, públicos ou não, dependendo do local onde implantados. Esta visão contempla, consoante o local, a possibilidade de surgimento de confronto entre a igualdade, representada na oferta mínima de um bloco de serviços básicos e eficazes a todos, e a liberdade, que sustenta a conduta daqueles que, melhor aquinhoados, buscam utilizar-se de seus recursos para, também com o seu emprego, melhorar o nível dos serviços de saúde aos quais estão expostos. Na Inglaterra, e nos Estados Unidos, por exemplo, esta última conduta é permitida; na Noruega, não.

### **3 Métodos**

Neste estudo, traça-se abordagem descritiva e explicativa. Descritiva, porque busca saber quais são os fatores que respondem pela desigualdade de acesso à saúde no país. Explicativa, porque pretende definir critérios abaixo dos quais seja possível dizer injusta a uma dada situação.

Efetou-se levantamento documental e bibliográfico de dados acerca de acesso a serviços de saúde. Utilizam-se dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (IBGE. PNAD 2015), bem como da Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE. PNS, 2013), ambas do IBGE. Trazem-se também dados do Ministério da

Saúde e do Conselho Federal de Medicina. São relativos a consultas médicas, cirurgias, tratamento clínico e atenção ao parto. Sumarizam os três níveis de atenção terapêutica do SUS e as três grandes áreas da saúde do adulto: Medicina Interna, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia. Foram calculados índices de desigualdade próprios a cada conjunto de dados. As técnicas metodológicas foram propostas por André Nunes e outros (2001, p. 33-51), bem como por Maria Cristina Schneider et al. (2002, p. 1-17). A análise estatística foi efetuada com o uso do programa Excel®. A interpretação dos dados é feita à luz da teoria da justiça distributiva em saúde, de Norman Daniels.

#### 4 Resultados

Examinados os indicadores utilizados, abaixo descritos, são os seguintes os dados relevantes, relativos ao nível primário do SUS:

- f) Proporção de indivíduos que procuraram atendimento nos últimos doze meses e foram atendidos na primeira vez: média nacional: 95,3% (STOPA et al, 2017, p. 5s).
- g) Proporção de indivíduos que procuraram atendimento nos últimos doze meses e foram atendidos, desimportando o número de vezes em que o buscaram: 97,0% (Id., 2017, p. 6s).
- h) Proporção de indivíduos que obtiveram todos os medicamentos receitados no último atendimento de saúde: 82,5% (Ibid., p. 7s);

Quando o chefe de família tem curso superior completo, seus membros obtêm todos os medicamentos receitados no último atendimento de saúde em 97,7% das vezes.

- i) Número de consultas médicas por habitante por ano:

O número de consultas médicas por habitante por ano está em queda. Em 2015, foi de 1,58 consultas/hab./ano. Seis estados (x) oferecem este serviço em nível inferior a 80% da média nacional ( $x < \mu$ ; RT (razão entre a taxa estadual e a média nacional)  $< 1$ ): SE, CE, PI, AP, PA, RR. Nove estados (y), a este tocante, se encontram entre 80% da média nacional e esta última ( $0,8 \mu \leq y < \mu$ ; RT  $< 1$ ): GO,

RJ, BA, PE, PB, RN, TO, AM, AC. As demais onze unidades da federação ( $z$ ) se encontram na média nacional, ou acima desta ( $z \geq \mu$ ;  $RT \geq 1$ ).

O maior índice é o de Rondônia: 3,46 consultas/hab./ano; o menor corresponde ao Amapá, que alcança 65% da média nacional (pouco mais de 1 consulta/hab./ano).

Quando a distribuição de consultas médicas é estudada por região, o Sudeste desponta como a região em que este serviço ocorre com maior frequência: 3,03 consultas médicas/hab./ano. Houve uma tendência, sem significância estatística para o nível de 5%, de aumento do número de consultas por habitante à medida que cresce a renda domiciliar per capita.

O Risco atribuível populacional (RAP), calculado entre as grandes regiões, relativo à distribuição de consultas médicas, foi de 10,6%. Significa que, se todas as regiões oferecessem acesso a este serviço como o faz a Região Sudeste (a de maior índice), o aumento médio ocorrente nas demais seria de 10,6%.

j) A média do número de unidades básicas de saúde (UBS) por 10.000 habitantes é de 1,98:10.000 hab.

A meta do SUS, de 1 UBS/10.000 hab., foi atingida por todas as unidades da federação. A maior rede é a da Região Nordeste. A menor, em números absolutos, está localizada na Região Centro-Oeste; em números relativos, é a da Região Sudeste.

A região com melhor índice de acesso ( $RT$  – razão entre a taxa regional e a média nacional) é a Região Nordeste:  $RT_{NE} = 1,38$ . O pior índice de acesso foi o da Região Sudeste:  $RT_{SE} = 0,72$ . A razão entre a região com pior índice e a região melhor atendida do país:  $RT_{SE}/RT_{NE} = 0,52$ . Significa que a Região Nordeste tem, aproximadamente, o dobro das UBS existentes na Região Sudeste. Não houve relação entre o número de UBS, em cada qual das entidades federativas, e a respectiva renda média mensal domiciliar per capita.

Trinta e nove por cento (39%) dos pacientes atendidos nas UBS em 2018 estão aguardando realização de consultas adicionais, eventualmente especializadas, exames complementares ou cirurgias. Em 2015, este índice era de 29%.



A população vê o atendimento primário das UBS, UPAs e PS como bom. Os demais serviços, prestados nos níveis superiores do sistema, são vistos como de difícil ou muito difícil acesso por 74% dos usuários.

Quanto ao nível secundário do SUS, foram relevantes os seguintes dados acerca dos indicadores utilizados:

a) Taxa de internações hospitalares de caráter geral no SUS por 100 habitantes: A média nacional, em 2009, era de 5,75 internações:100 hab. Em série histórica, tal taxa se vem reduzindo, ao longo de nove anos, até atingir, em 2018, 4,19 internações:100 hab. A região com maior índice de acesso é a Região Sul, com média, em 2018, de 7,01 internações:100 hab. A pior situada, a tal tocante, a Região Norte, com média de 5,23 internações:100 hab. O índice de dissimilaridade (ID), calculado entre as grandes regiões, aumentou 39% no período de 2009 até 2017. Naquele exercício, chegou a 12,43%. O índice de dissimilaridade absoluto (ID<sub>A</sub>) era, em 2017, superior a 1.380.000 internações hospitalares por ano.

b) Número de leitos hospitalares dedicados ao SUS: Há, atualmente, 330.368 leitos hospitalares SUS existentes no país. Em série histórica, desde 2010 em diante, houve redução de leitos hospitalares SUS da ordem de 10,19% do total. Vinte e um estados, além do Distrito Federal, apresentaram redução no número de seus leitos hospitalares SUS. A maior redução, de 29,26% dos leitos hospitalares SUS instalados, se deu no Rio de Janeiro. As menores reduções ocorreram em Sergipe (19,19% dos leitos hospitalares SUS) e na Paraíba (15,86% dos leitos hospitalares SUS). Apenas cinco unidades da federação não sofreram redução de leitos hospitalares SUS. São elas Amapá, Mato Grosso, Rondônia, Roraima e Tocantins.

c) Número de cirurgias eletivas realizadas no SUS: O número de cirurgias eletivas realizadas no SUS reduziu-se em 8,2%, no período entre 2015 e 2017. Há uma fila de mais de 800.000 procedimentos cirúrgicos aguardando realização, em todo o país. O interior do país é mais severamente comprometido, a tal tocante, do que as capitais e regiões metropolitanas. Nestas, aguardam cerca de 100.000

pacientes. São Paulo está à frente das demais, seguindo-se as regiões metropolitanas de Belo Horizonte e Fortaleza.

Metade, aproximadamente, das cirurgias a serem realizadas se enquadra em um destes cinco procedimentos de pequeno e médio portes: facectomia (com ou sem implante de lente intraocular, para tratamento de catarata), hernioplastia, colecistectomia (extração da vesícula biliar), varizes e amigdalectomia, com ou sem adenoidectomia.

O nível terciário do SUS não foi estudado diretamente nesta dissertação, porque não há acesso ao sistema neste nível. Todo acesso se dá, ou pelo nível primário, ou pelo nível secundário. De se dizer, contudo, que o SUS responde pela quase totalidade dos atendimentos de alta complexidade efetuados no país, aqui incluídas internações em Cardiologia, Transplantes, Cirurgia Oncológica, Químico e Radioterapias. Há 21.168 leitos de UTI em todo o país. Destes, 65,3% são leitos de UTI adulto.

A média dos recursos públicos empregados, de janeiro a outubro de 2017, para satisfazer as internações hospitalares ocorridas no SUS foi de R\$ 1.062,85 (um mil e sessenta e dois reais e oitenta e cinco centavos) por internação.

Existe uma Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), que viabiliza, no SUS, assistência de alta complexidade em outros pontos do país, quando a rede próxima não é capaz de supri-la. Para tanto, há, hoje, uma fila de espera de 1.732 pacientes.

Por fim, no que respeita à atenção dada à gestação e ao parto, são os seguintes os dados relevantes encontrados:

f) Cobertura pré-natal: A cobertura pré-natal é, hoje, de 99,45%, em todo o país, no que toca ao número de consultas. Sua qualidade, contudo, é mais frequentemente má. Apenas 21,6% das mulheres são atendidas em um pré-natal de boa qualidade. Em 15 estados, a incidência de pré-natais classificados como inadequados é superior à média nacional.

g) Escolaridade das gestantes que efetuaram pré-natal: A maioria (59%) das gestantes tem escolaridade que medeia entre 8 a 11 anos de estudo. Em

segundo lugar, com 19% na população, estão aquelas que apresentam 12 ou mais anos de estudo. Apenas 3% das gestantes restam situadas na faixa correspondente ao analfabetismo funcional.

h) Distribuição dos nascimentos segundo o tipo de parto: O término da gestação se faz através de cesariana em 55% dos partos, consoante dados de 2016. Este índice é análogo ao observado em 2014 e 2015, e muitíssimo superior ao propugnado pela Organização Mundial da Saúde, que é de apenas 10%. A efetividade de acesso ao serviço de saúde onde se dará o parto é baixa. As disposições da lei n.º 11.634/2007 não são hábeis a garantir a internação no momento da parturição, o que resulta em peregrinações à busca de vagas. Ser pobre é característica fortemente associada a esta peregrinação, em cidades ou regiões metropolitanas de menor IDHM. Nas regiões mais ricas e mais organizadas, a peregrinação está mais voltada às situações de alto risco obstétrico.

i) Razão de mortalidade materna (RMM): A razão de mortalidade materna brasileira, para o período de 2000 a 2015, é de 57,6 por 100.000 nascidos vivos. Em linhas gerais, este indicador está abaixo do preconizado pela OMS, cujo limite superior é de até 70 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos. O exame da distribuição por estados evidencia, contudo, ampla variação nacional.

j) Razão de mortalidade materna vigilância (RMMV): Trata-se de índice calculado pelo Ministério da Saúde, a partir dos dados brutos de mortalidade materna, aos quais são aplicadas correções, dependentes de indicadores da vigilância do óbito de mulheres em idade fértil. Tais correções levam em consideração as causas básicas declaradas de óbito e ainda aquelas que deviam estar contidas nas declarações, caso estas estivessem corretamente preenchidas. Foi estatisticamente construído, com intervalo de confiança de 95%, para o período 2009-2015, em todo o país. Demonstrando a enorme variabilidade dos cuidados obstétricos no país, em dezoito estados, a taxa de mortalidade materna vigilância se situa acima da média nacional, que é de 62 mortes:100.000 nascidos vivos. Em pelo menos nove estados, a mortalidade materna é superior à máxima admitida pela

OMS. Três deles, Maranhão, Amapá e Piauí, apresentam razões de mortalidade materna superiores a 100 mortes:100.000 nascidos vivos.

Calculou-se a RT (razão entre taxas), tomando-se em conta a maior mortalidade materna registrada no país, a do Estado do Maranhão, e o menor índice nacional, ocorrente no Estado de Santa Catarina:  $RT = TMMV_{MA}/TMMV_{SC} = 3,77$ . Calculou-se ainda a DT (diferença entre taxas), envolvendo a maior e a menor taxas nacionais de mortalidade materna:  $DT = TMMV_{MA} - TMMV_{SC} = 85,6$  mortes:100.000 nascidos vivos. Significa que a mortalidade materna de Santa Catarina é 3,77 vezes menor do que a mortalidade materna do Maranhão e, neste último estado, morrem, por ano, 86 crianças, por grupo de 100.000 habitantes, a mais do que em Santa Catarina.

## 5 Discussão

Neste estudo, foram eleitos indicadores que permitissem avaliar acesso ao sistema de saúde e que, para tanto, fossem facilmente obteníveis, confiáveis e passíveis de serem submetidos a cálculos simples, sem perda de sentido lógico ou de validade. Traçou-se, assim, o panorama atual da distribuição do acesso a serviços de saúde no Brasil, e em face disto, busca-se estabelecer a existência, ou não, de desigualdade na distribuição de acesso a serviços de saúde.

A teoria da justiça distributiva em saúde sustenta que os cuidados de saúde são de importância moral porque protegem oportunidades. Indivíduos doentes perdem oportunidades e, quanto mais, ou mais cronicamente doentes, tantas mais, ou maiores, serão as oportunidades que perderão. Se o Estado tem obrigação moral e jurídica de dar proteção às oportunidades de seus súditos, tem a correlativa obrigação de lhes sustentar a saúde, tanto no que diz com prevenção, quanto no que respeita a tratamento, recuperação da saúde, ou eventual reabilitação. A proteção da saúde dá sustento ao funcionamento normal dos indivíduos. Quando se fala em saúde, se está tratando da obtenção e conservação de um estado de equilíbrio entre o indivíduo e sua realidade. Isto envolve dimensões externas ao sistema singular de saúde, isto é, depende de determinantes sociais dos quais o SUS não trata imediatamente, mas de cujas alterações pode ser forçado a enfrentar as consequências. Desigualdades sociais e de distribuição de bens tais como ar,

água, alimentos, abrigo, saneamento, e até mesmo certo rendimento mensal mínimo apto a satisfazer necessidades básicas, podem dar origem a estados que se afastam do estado de saúde, sejam ou não reconhecidos como doenças. Como é evidente que doenças se podem derivar também de aspectos biopsicofisiológicos próprios de cada indivíduo, resta a igualdade comutativa afastada como suporte do sistema. Assim como não há doenças iguais, nem todos os indivíduos são, por elas, igualmente acometidos, e não é possível associá-las, todas, a injustiças, e nem mesmo a iniquidades. Mas, se a equidade – e a justiça distributiva - forem a pedra de toque do acesso, então será possível a construção de um sistema que assista às necessidades, e aos necessitados, sem distinções outras que não sejam as que se pautem nas circunstâncias e nas características dessas necessidades. Diz-se então, com Aday et al. (1980, p. 26) e com Daniels (2009, p. 249), que existe iniquidade na distribuição de um serviço de saúde quando este se regular, no atendimento aos indivíduos, primariamente por sua condição social, por sua renda, ou por características outras, além da necessidade dos usuários. Deve ser a necessidade dos cidadãos, e não seu nível de educação, ou sua renda, ou outras quaisquer características de que se revistam, que lhes deve presidir o acesso ao sistema.

Demonstrada a existência de grandes desigualdades, regionalmente distribuídas, no que diz com o acesso à saúde no Brasil, a pergunta que se segue naturalmente é como agir para obter sua redução. Direitos sociais – e o direito à saúde é um deles – exigem prestações por parte do Estado, chamado a prover recursos em áreas específicas, no interesse de seus súditos. Buss e Pellegrini Filho (2007) examinaram modelos que vinculam as relações entre os diversos fatores que constituem os determinantes sociais da saúde. É significativo o modelo de Dahlgren e Whitehead, que propugna a disposição dos determinantes sociais em camadas sucessivas, desde uma camada interna, onde estão situados determinantes de caráter individual, até camadas exteriores, onde se alocam os macrodeterminantes de saúde. A disponibilidade de serviços de saúde representa apenas um desses determinantes; os demais, alimentação, educação, trabalho e emprego, habitação, água e esgoto, jogam papéis na determinação total da saúde que devem ser

prontamente reconhecidos. Eles próprios representam também direitos fundamentais. Neste andar, indicadores de saúde podem ser utilizados para auxiliar na definição da faixa de recursos materiais da qual devem dispor os indivíduos para atendimento a suas necessidades básicas, pois relacionam os níveis mais baixos e mais elevados dos parâmetros estudados (renda, escolaridade, por exemplo), permitindo o estabelecimento de médias, de rankings, e de outras diferentes relações.

Direitos fundamentais advêm do princípio da dignidade humana, inscrito no art. 1.º da Carta. Há quem sustente, e não poucos, serem tais direitos corolários do próprio direito à vida e, ainda, do direito à liberdade (ALEXY, 2008, p. 511-518). Nunes (2009, p. 71) sustenta que a Constituição brasileira alberga claramente um standard mínimo de direitos sociais, principalmente em seu art. 3.º, III, ao lançar como objetivo do Estado a erradicação da pobreza e a diminuição das desigualdades sociais. Vê, portanto, na Carta um mínimo razoável. Segue-se ser possível, e até necessário, estabelecer um standard mínimo a ser incondicionadamente suprido pelo Estado, em prol de seus cidadãos. Tem havido larga discussão a este respeito: o mínimo existencial, ou vital, a ver de Novais (2010, p. 195), é a proteção necessária à sobrevivência, uma garantia mínima de existência fisiológica. Numa maior amplitude, o mínimo existencial sociocultural incluiria, além do necessário à subsistência, também as prestações materiais realmente necessárias a uma existência digna, que tenham em conta a disponibilidade do Estado, mas considerem necessidades individuais de desenvolvimento da personalidade, de participação e de integração comunitária. Rafael de Lazari (2016, p. 134) o singulariza, à luz da Carta de 1988, como “a saúde preventiva, a saúde restauradora e a saúde pós-restabelecimento, estas sim, legítimas integrantes do mínimo existencial.”

Praticamente qualquer texto elementar de economia social atual referirá que as necessidades humanas são infinitas, ao passo que as possibilidades do Estado são finitas. Cria-se, assim, a necessidade de fazer opções que, mais do que econômicas, serão fundamentalmente políticas e sociais. E, com isto, surgem

instrumentos restritivos da realização dos direitos sociais, um dos quais, talvez o mais comumente utilizado e mais efetivo, seja a reserva do possível. Isto porque direitos sociais, apesar de inalienáveis e irrenunciáveis, podem sofrer limitações. Há três linhas de pensamento acerca da matéria, no país: a primeira considera inadmissível que, por razões econômico-financeiras, ou meramente políticas, reste um direito constitucional, como o direito à saúde, afastado, como se não se existisse, ao só fundamento da reserva do possível (BRASIL. STF, RE 436996, relator Celso de Mello, 2005; LEITE, 2014, p. 138-144).

A segunda entende ser a reserva do possível um limite contingente, real, à concretude de direitos que exijam prestações da parte do poder público. Direitos sociais, mormente os de segunda geração, necessitam da intervenção ativa, provedora, do Estado, através de ações públicas próprias. Quando as ações estatais se fazem insuficientes para tanto, os cidadãos buscam tais concessões junto à Administração ou ao Poder Judiciário, o que implica destas atividades voltadas à construção criativa de soluções para casos concretos, podendo estabelecer-se limitações, através de decisões administrativas ou judiciais, desde que cuidadosa e amplamente fundamentadas (MORO, 2002, p. 223-224).

A última linha de pensamento pátrio admite a plena submissão do direito à saúde à reserva do possível. É abraçada por Gustavo Amaral e Danielle Melo (2013, p. 97). Consideram estes autores que o direito à saúde é fixado por regra, e não por princípio. Vem daí que a reserva do financeiramente possível constitui um limite imanente a sua efetivação, porque a escassez de recursos não se faz externa ao quadro, nem sequer se estabelece em forma accidental. É um elemento inexorável da própria regra social, fazendo com que o financeiramente possível seja parte da própria regra, tanto quanto o direito que se busca concretizar.

Por fim, atentando para as soluções que, no particular, possam vir a ser dadas pelo administrador, sem recurso ao poder judiciário, é de se considerar que o direito à saúde, no Brasil, tem inequívoca sede constitucional, nos arts. 196 e ss. da Carta. Abriga, como quer Nunes (Op. cit., p. 203), o mínimo existencial, daí derivando que, no atendimento deste(s), ao administrador resta discricionária a definição dos meios,

o que incluirá a temporalidade e, ainda, a gradação de fornecimento. Jamais, entretanto, lhe será dado limitar o próprio direito material pois, se o fizesse, representaria isto substituir a vontade do legislador constitucional por sua própria e discricionária vontade. Ausente a satisfação do direito material, caber-lhe-á envidar esforços para sua satisfação, consoante a lei, é certo, mas tendentes à sua imediata obtenção.

## **6 Conclusão**

Não há sistema de saúde perfeito. Em todos, haver-se-á sempre de ajustar necessidades e possibilidades. Para tanto, escolhas nortearão condutas. E estas, ou serão arbitrárias, ou serão democráticas. Ainda que, em dados momentos, microdecisões, mormente de caráter técnico, sejam deixadas ao só talante dos gestores, no estado democrático de direito as macrodecisões, aquelas que hão de alterar o modo de vida e de prestação de serviços a toda a população, ou a grande parte dela, devem ser tomadas mediante o emprego de sistemática que, de maneira predeterminada, defina critérios que, para tanto, serão empregados. Só assim podem ser obtidos afastamento de discriminações de toda ordem e regionalização de serviços. Oitiva da sociedade civil mediante participação popular deve nortear qualquer política pública de saúde que se possa dizer verdadeiramente justa.

Deve haver critérios para que se diga se os serviços prestados correspondem, ou não, àquilo que se possa admitir como mínimo. No sistema brasileiro, o Estado é, constitucionalmente, prestador de serviços universais e integrais de saúde. Está, pois, obrigado a satisfazê-los, na extensão das necessidades de cada cidadão, o que, de certa maneira, afasta conceitos como mínimo e máximo, já que todos os serviços prestados se hão de enquadrar como necessários.

Contudo, distribuídos os serviços regulares de saúde pelo país, nem todas as regiões serão satisfeitas, no que pertine a acesso, principal objeto deste trabalho, em comparável extensão. Bem verdade é que o deveriam ser, pois os serviços de saúde constitucionalmente estruturados, além de integrais, hão de ser universais e igualitários. Indispensável, assim, a assunção de critérios que permitam dizer do limite abaixo do qual uma desigualdade existente deva ser considerada injusta.



Atente-se, aqui, ao grande critério de Daniels (2008, p. 82), segundo o qual será injusta a desigualdade que dependa de uma injusta distribuição de determinantes sociais de saúde. Não é tudo, porém. Embora mais estudos sejam ainda necessários, à luz do estudo supra, pode-se qualificar como injusta qualquer desigualdade que implique o desatendimento de situações emergenciais, comprometedoras da vida, bem máximo a ser sempre protegido. Também urgências, que impliquem risco de comprometimento ou perda de órgãos, sentidos ou funções, não podem deixar de ser atendidas, em quaisquer circunstâncias.

Quanto aos demais serviços de saúde, se, sob uma perspectiva de ordem pública, tanto as capacidades de Sen quanto as oportunidades de Daniels devem ser protegidas, para toda a população, não há dúvida de que se trata de uma obrigação do Estado. Tomando-se em conta a proibição do retrocesso, e agregando-se ser direito fundamental de cada ser humano o gozo do mais elevado standard possível de saúde (WHO, Constitution of 1946, 2018), não será demasiado exigir, como critério para dizer-se injusta certa distribuição de um serviço de saúde, que deva ela atender, pelo menos, à média nacional de um exercício definido, tomado como parâmetro. Esta será tomada como mínimo a ser atingido pelos estados inferiormente situados, num prazo razoável a lhes ser assinado pela autoridade pública, devendo ser classificado como injusto o submetimento da população a um nível de serviço abaixo de tal mínimo. Não atende ao princípio da diferença de Rawls que uma parcela significativa de habitantes do país, melhor situada, conte com mais e melhores serviços, sem que, disto, decorram, para os estados pior situados neste ranking, quaisquer vantagens. Nem é razoável que haja dois standards, já que, aos estados melhor situados, serviços em extensão superior à média foram também distribuídos.

Desigualdade faz parte da vida. Como demonstrou Scheidel (2017, p. 401), só se reduz significativamente nas guerras, nas grandes revoluções, no colapso do Estado e nas pandemias. Continuará, pois, existindo. É neste ambiente desigual que serviços igualitários, universais e integrais de saúde devem ser providos, no Brasil. Difícil empresa, a depender de um sistema que, aos poucos, se esfacela, deixando

atrás de si largo rastro de insuficiências e dissimilaridades. O mínimo, neste ambiente, sobrepõe.

Ante a desigualdade sempiterna, o mínimo razoável não pode ser encarado como um longo verbete nos dicionários jurídicos e de geopolítica, mas como um instrumento de solução de graves problemas sociais e de saúde. Caudatário da realidade, o direito não socorre utopias; garante que ideias que um dia o foram, hoje sustentem, com o apoio do Estado, aqueles que mais vulneráveis se apresentem.

## REFERÊNCIAS

ADAY, Lu Ann; ANDERSEN, Ronald. **A framework for the study of access to medical care**. Health Services Research, inverno 1974, p. 208-220.

ALEXY, Robert. **Teoria dos direitos fundamentais**. 5. ed. São Paulo: Malheiros, 2008.

AMARAL, Gustavo; MELO, Danielle. **Há direitos acima dos orçamentos?** In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti. Direitos fundamentais; orçamento e “reserva do possível”. 2 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2013, p. 79-99.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. 3. ed. Bauru: Edipro, 2009. V, p. 145-176.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. 2.<sup>a</sup> Turma. **Recurso extraordinário n.º 436.996**. Relator Celso de Mello. J. 22/11/2005. Diário da Justiça da União, 03 fev. 2006.

BRASIL. Secretaria de Política Econômica. **Relatório da distribuição pessoal da renda e da riqueza da população brasileira**. Brasília, mai. 2016, p. 15. Disponível em <http://www.fazenda.gov.br/centrais-de-conteudos/publicacoes/transparencia-fiscal/distribuicao-renda-e-riqueza/relatorio-distribuicao-da-renda-2016-05-09.pdf> Acesso em 25 out. 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de outubro de 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm) Acesso em 18 out. 2017.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais**. Physis, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, jan./abr. 2007. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=pt&tlng=pt) Acesso em 24 out. 2018.

CALVÁRIO, Patrícia Joana do Nascimento. **Filosofia e pobreza em Boaventura de Bagnoregio**. 2009. p. 57-58. Dissertação de Mestrado em Filosofia Medieval, Universidade do Porto, Porto, Portugal. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20359/2/mestpatriciacalvariofilosofia000085186.pdf> Acesso em 15 nov. 2017.

DANIELS, Norman. **Just health**. Meeting health needs fairly. New York: Cambridge University; 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde 2013**. Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Utilização de serviço de saúde. 1.<sup>a</sup> Ed. Rio de Janeiro: IBGE; 2015 v.2 p. 35-53. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/24/PNS-Volume-2-completo.pdf>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostras de domicílios**. Síntese de indicadores. 2<sup>a</sup> Ed. Rio de Janeiro: IBGE; 2015 Disponível em <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94414.pdf>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**. Síntese de indicadores. Rio de Janeiro: IBGE. 2015. Edição digital. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98887.pdf> Acesso em 1.<sup>o</sup> fev. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios. Síntese de indicadores 2014**. Rio de Janeiro: IBGE. 2015. Edição digital. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94935.pdf> Acesso em 03 fev. 2019.

LAZARI, Rafael de. **Reserva do possível e mínimo existencial**: a pretensão de eficácia da norma constitucional em face da realidade. 2. ed. Curitiba: Juruá, 2016.

LEITE, Carlos Alexandre Amorim. **Direito fundamental à saúde**: efetividade, reserva do possível e o mínimo existencial. Curitiba: Juruá, 2014.

MALTHUS, Thomas. **An essay on the principle of population**. London: J. Johnson, 1798. pp. 3, 6 e 26. Disponível em <http://www.esp.org/books/malthus/population/malthus.pdf> Acesso em 23 out. 2017.

MORO, Sergio Fernando. **Jurisdição constitucional como democracia**. 2002. Tese de Doutorado em Direito. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil. Disponível em

<https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/43165/Tese%20Moro.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em 22 jan. 2019.

NOVAIS, Jorge Reis. **Direitos sociais**: teoria jurídica dos direitos sociais enquanto direitos fundamentais. Coimbra: Wolters Kluwer & Coimbra Editora, 2010.

NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **A cidadania social na Constituição de 1988**: estratégias de positivação e exigibilidade judicial dos direitos sociais. São Paulo: Verbatim, 2009.

NUNES, André et al. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil**. Uma proposta de monitoramento. 1.<sup>a</sup> Ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS/OMS 2001 cap. 5, p. 33-51. Disponível em <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Medindo-as-Desigualdades-em-Sa%C3%BAdade-no-Brasil.pdf> Acesso em 25 out. 2017.

PIKETTY, Thomas. **O capital no século XXI**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2014. p. 15.

RAWLS, John. **A theory of justice**. Cambridge: Harvard University, 1999.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **Discurso sobre a origem da desigualdade**. Ridendo castigat mores, 1754. Parte 1, p. 89. [edição eletrônica] Disponível em <http://www.pgcult.ufma.br/wp-content/uploads/2017/06/Jean-Jacques-Rousseau.pdf> Acessos em 18 e 19 out. 2017.

SAN BUENAVENTURA. **Obras de San Buenaventura**. Vida perfecta para religiosas. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos, 1947. Cap. 3, p. 427. Disponível em [https://kupdf.com/download/san-buenaventura-1947-obras-completas-tomo-iv\\_58c05ca0e12e895236add375\\_pdf](https://kupdf.com/download/san-buenaventura-1947-obras-completas-tomo-iv_58c05ca0e12e895236add375_pdf) Acesso em 15 nov. 2017.

SANTO TOMÁS DE AQUINO. **Suma de Teología**. Parte II-II, c.61 a.1 Madrid: Biblioteca de autores cristianos; 1990. v.3 p.511 Disponível em <https://sumateologica.files.wordpress.com/2009/09/sumadeteologia3.pdf> Acesso em 03 nov. 2016.

SCHEIDEL, Walter. **The great leveller**: violence and the history of inequality from the stone age to the twenty-first century. Princeton; Oxford: Princeton University Press, 2017.

SCHNEIDER MC, CASTILLO-SALGADO C, BACALLAO J, LOYOLA E, MUJICA OJ, VIDAURRE M, et al. **Métodos de mensuração das desigualdades em saúde**. Rev Panam Salud Publica. 2002;12(6), p. 1-17. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892002001200006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002001200006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt) Acesso em 25 out. 2017.

STOPA, Sheila Rizzato et al. **Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Rev Saúde Pública São Paulo, v.

51, Suplemento 1 DCNT e Inquéritos, 2017, p. 1s-11s. Disponível em <http://doi.org/10.1590/S1518-8787.2015051000074> Acesso em 11 nov. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of WHO:** principles. 2018. Disponível em <https://www.who.int/about/mission/en/> Acesso em 31 jan. 2018.