

DIREITO E SAÚDE NO BRASIL: AVANÇOS E LIMITES À LUZ DA LITERATURA

Law and health in Brazil: advances and limits in light of the literature

Wallison Pereira dos Santos¹, Gigliola Marcos Bernardo de Lima²,
Gisele Dias Dantas³, Silvia Tainá Barroso Guedes⁴, Myldrad Soares Marques Rolim⁵

RESUMO

A saúde no Brasil é resultado de diversas lutas, disputas e reivindicações populares. Por meio da lei de número 8.080, de 19 de setembro de 1990, foi criado o Sistema Único de Saúde com princípios e diretrizes, que garantem à população o acesso gratuito aos serviços de saúde. A pesquisa é do tipo revisão integrativa realizada em bases de dados virtuais. Tem como objetivo realizar um levantamento dos avanços e limites que as políticas públicas de saúde sofreram nos últimos dez anos. Foram encontrados 103 artigos, porém, após aplicação dos critérios de exclusão e inclusão, restaram 48 artigos no total. Ficou evidente que o Sistema Único de Saúde sofreu modificações positivas e negativas, como a judicialização do direito ao acesso aos serviços de saúde, a participação e controle social, a disseminação de conhecimentos e a dificuldade na efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde, respectivamente. Portanto, após determinar tais circunstâncias, é possível dizer que a saúde do Brasil encontra-se limitada, devendo-se atentar para uma qualificação e incentivo aos profissionais, um maior investimento na saúde pública e na reeducação dos usuários, para que dessa forma os limites possam ser superados.

PALAVRAS-CHAVE: Direito à Saúde; Saúde Pública; Políticas Públicas.

ABSTRACT

Health in Brazil is the result of various struggles, disputes, and popular demands. Through Law No. 8.080 of September 19, 1990 the Unified Health System was created with the principles and guidelines that guarantee the public free access to health services. This research is an integrative review carried out using virtual databases. Its aim is to conduct a survey of advances and limits that public health policies have undergone in the last ten years. Initially, 103 articles were found, but after application of inclusion and exclusion criteria, a total of 48 items remained. It was evident that the Unified Health System has undergone positive and negative changes, such as the legalization of the right to access to health services, social participation and control, the spread of knowledge, and the difficulty in implementing the principles of the Unified Health System, respectively. So after determining these circumstances, it is possible to say that health in Brazil is limited and requires attention to qualification and incentives for professionals, greater investment in public health, and the re-education of users, so that its limits can thus be overcome.

KEYWORDS: Right to Health; Public Health; Public Policy.

¹ Discente do Curso de Bacharelado em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande, Campus-Cuité-PB. Bolsista do Programa de Bolsas de Extensão-PROBEX/PROPEX. E-mail: wallisons852@gmail.com.

² Prof^a Unidade Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB.

³ Discente do Curso de Bacharelado em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande, Campus-Cuité/PB.

⁴ Discente do Curso de Bacharelado em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande, Campus-Cuité/PB.

⁵ Enfermeira pela Universidade Federal de Campina Grande, Campus-Cuité/PB.

INTRODUÇÃO

A história da formação do campo da saúde no Brasil foi feita de incontáveis disputas. Em 1988, a Assembleia Constituinte, no rastro do processo de redemocratização do país, foi a principal arena desses embates, cujo resultado, lavrado na Carta Magna, apontava finalmente para a transformação das políticas sociais no Brasil. Obtivemos o direito de cidadania como estatuto essencial de nossa nacionalidade, e o direito à saúde como princípio de cidadania.¹

Mas a saúde, além de ser um direito, é também um dever. O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 instituiu, de um lado, o direito, “A saúde é direito [...]”, e o titular desse direito, “[...] de todos [...]”, ou seja, todos os brasileiros e estrangeiros residentes no Brasil. Em seguida, nomeia a quem corresponde essa obrigação: “[...] e dever do Estado”. A garantia da efetivação desse direito vem com a assertativa “[...] mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos [...]”. Assim, se essas políticas não forem desenvolvidas incorrerá o Poder Público em omissão constitucional.²

O acesso aos serviços de saúde no Brasil ainda é crítico por várias razões, inclusive econômicas ou geográficas. O padrão de acesso aos serviços públicos de saúde é fortemente influenciado pela condição social das pessoas e pela disponibilidade de acesso à saúde complementar. A demora no atendimento, o excesso de encaminhamentos a outros serviços, a falta de médicos e as deficiências na estrutura física são aspectos apontados pelos usuários como desfavoráveis à utilização do sistema de saúde público.²

Do mesmo modo, a incapacidade administrativa, financeira e o descumprimento da lei e das propostas do Ministério da Saúde são pontos fortes nas barreiras que impedem o avanço da saúde. As premissas constitucionais fundamentam-se na cidadania e na dignidade da pessoa humana, e trata da promoção do bem de todos e da tentativa de erradicar quaisquer formas de discriminação ou de distinção de qualquer natureza. Para tanto, atribui aos cidadãos direitos, a saber: os direitos à vida, cidadania, liberdade, dignidade, alimentação, saúde, trabalho, cultura, educação, lazer, esporte e convivência familiar e comunitária.³

Partindo do pressuposto das limitações existentes e dos avanços alcançados, no que diz respeito ao direito à saúde, é necessário que se elenque quais são os avanços conquistados e o que impede de haver novas modificações, as limitações encontradas durante todo esse período

de implementação do Sistema Único de Saúde. Para responder o questionamento levantado, foi traçado o seguinte objetivo: realizar um resgate na literatura sobre os avanços e limites das políticas Públicas de Saúde nos últimos dez anos.

DESENVOLVIMENTO

Estudo de abordagem quanti-qualitativa do tipo revisão integrativa da literatura, a partir de dados da *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e na biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online (SCIELO)*.

Foram utilizados como estratégia de busca os termos Direto à Saúde, Saúde Pública e Políticas Públicas. Como critérios de inclusão, foram delimitados os artigos disponíveis na íntegra, no período de 10 anos (2005-2015), nos idiomas, inglês, português e espanhol. A amostra foi constituída ao final da busca por 103 artigos.

A coleta do material foi realizada por meio de um instrumento para condensação dos achados do levantamento bibliográfico. O instrumento foi composto por três frações, objetivando a descrição dos artigos filtrados, a saber: título, objetivo e principais resultados. A coleta de dados ocorreu no período do mês de dezembro de 2015, utilizando a estratégia de busca sob o uso do indicador booleano AND.

O material coletado foi analisado com base no enfoque do método quanti-qualitativo, a partir de dados contidos no instrumento de coleta. Em seguida, os dados foram agrupados e discutidos, de acordo com a literatura pertinente à temática.

Após a fase de seleção dos artigos, foram incluídos na revisão integrativa 103 (cento e três) artigos. Destes, 55 (cinquenta e cinco) artigos não se encontravam disponibilizados, pois 14 (quatorze) artigos estavam disponíveis apenas mediante pagamento, 21 (vinte e um) artigos não se relacionavam com a temática, 1 (um) artigo estava incompleto e 19 (dezenove) artigos apresentavam-se repetidos por constar em mais de uma base de dados. Nesse sentido, perfazemos ao final um total de 48 (quarenta e oito) artigos. Estes foram organizados e dispostos a seguir na tabela 1.

Tabela 1 - Descrição dos artigos conforme ano de publicação, idioma, base de dados e *Qualis*.

Nº	ANO DE PUBLICAÇÃO	IDIOMA	PERIÓDICOS	QUALIS
Art1	2005	Português	Trabalho, Educação e Saúde	B2
Art2	2006	Espanhol	ETHOS GUBERNAMENTAL	A2
Art3	2007	Português	Cad. Saúde Pública	A2
Art4	2007	Português	Cad. Saúde Pública	A2
Art5	2007	Português	Rev. Ciência & Saúde Coletiva	B1
Art6	2008	Português	Physis	B1
Art7	2009	Português	Physis	B1
Art8	2009	Português	Physis	B1
Art9	2009	Português	Revista de Direito Sanitário	B1
Art 10	2009	Português	Revista Internacional de Direitos Humanos	A2
Art 11	2009	Inglês	Rev. Saúde Pública	A2
Art 12	2010	Português	Physis Revista de Saúde Coletiva	B3
Art 13	2010	Português	Rev. Saúde Soc.	B2
Art 14	2010	Português	Cad. Cedes Campinas	A1
Art 15	2010	Português	Rev. Panam. Salud. Publica	A2
Art 16	2010	Português	Pensar a Prática	B3
Art 17	2010	Português	O Mundo da Saúde	B2
Art 18	2010	Português	Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo	B3
Art 19	2011	Português	Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo	B3
Art 20	2011	Português	Revista APS	B2
Art 21	2011	Português	RECOM	B3
Art 22	2011	Português	Rev. Latino-Am.	B1
Art 23	2011	Português	Rev. Bras. Enferm	B2
Art 24	2011	Português	Rev. CEFAC	B2
Art 25	2012	Português	Rev. Saúde Soc.	B2
Art 26	2012	Inglês	Rev. Salud Publica de México	B2
Art 27	2012	Português	Rev. Saúde Soc.	B2
Art 28	2012	Português	Rev. Ciência & Saúde Coletiva	B1
Art 29	2012	Espanhol	Rev. Peru Med. Exp. Salud. Publica.	B1

Nº	ANO DE PUBLICAÇÃO	IDIOMA	PERIÓDICOS	QUALIS
Art 30	2012	Português	Revista Bioética	B3
Art 31	2012	Português	Rev. Bras. Promoção à Saúde	B3
Art 31	2012	Português	Rev. Disan	B1
Art 33	2012	Português	Rev. Salud Publica	A2
Art 34	2012	Português	Ciência & Saúde Coletiva	B1
Art 35	2013	Português	Rev. Comunicação, Saúde e Educação.	B1
Art 36	2013	Português	Rev. Peru Med. Exp. Salud Publica.	B1
Art 37	2013	Português	Rev. Saúde Soc.	B2
Art 38	2013	Português	Rev. Psicologia: Ciência e Profissão	B1
Art 39	2014	Português	Rev. Saúde Debate	B2
Art 40	2014	Português	Revista de Saúde Coletiva	B1
Art 41	2014	Português	Rev. Dir. Sanit.	B1
Art 42	2014	Português	Rev. Adm. Pública	A2
Art 43	2014	Português	Rev Saúde Pública	A2
Art 44	2014	Português	Rev. Dir. Sanit.	B1
Art 45	2014	Português	Rev. Dir. Sanit.	B1
Art 46	2014	Português	Rev. Dir. Sanit.	B1
Art 47	2015	Português	Interface	A2
Art 48	2015	Português	Cad. Saúde Pública	A2

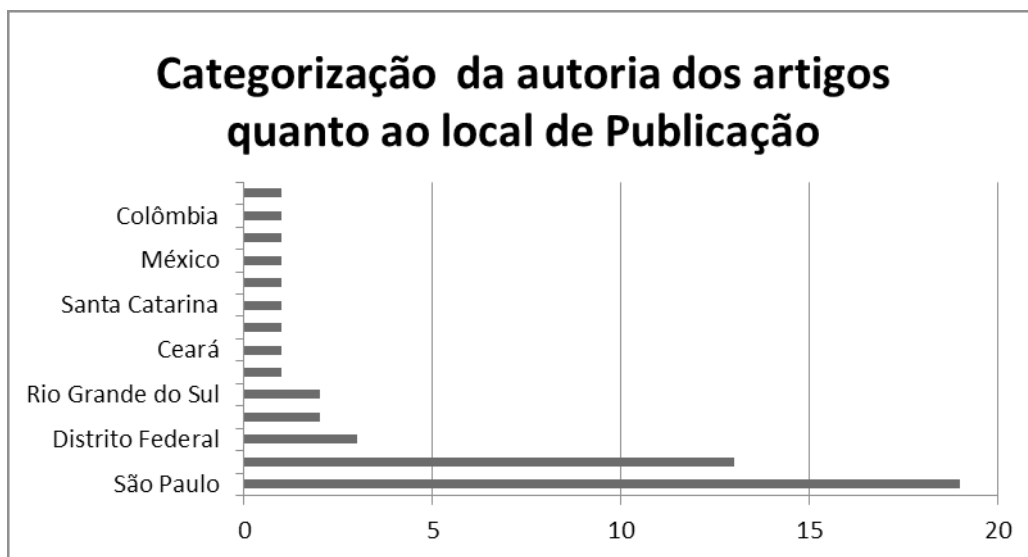
Fonte: Dados da pesquisa (2016).

A tabela 1 apresenta os artigos, segundo ano de publicação, idioma, periódico e Qualis. O Qualis é o conjunto de procedimentos utilizados pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), Ministério da Educação (MEC), para estratificação da qualidade da produção intelectual dos programas de pós-graduação. A estratificação da qualidade dessa produção é realizada de forma indireta. Dessa forma, o Qualis afere a qualidade dos artigos e de outros tipos de produção, a partir da análise da qualidade dos veículos de divulgação, ou seja, periódicos científicos e anais de eventos.⁴

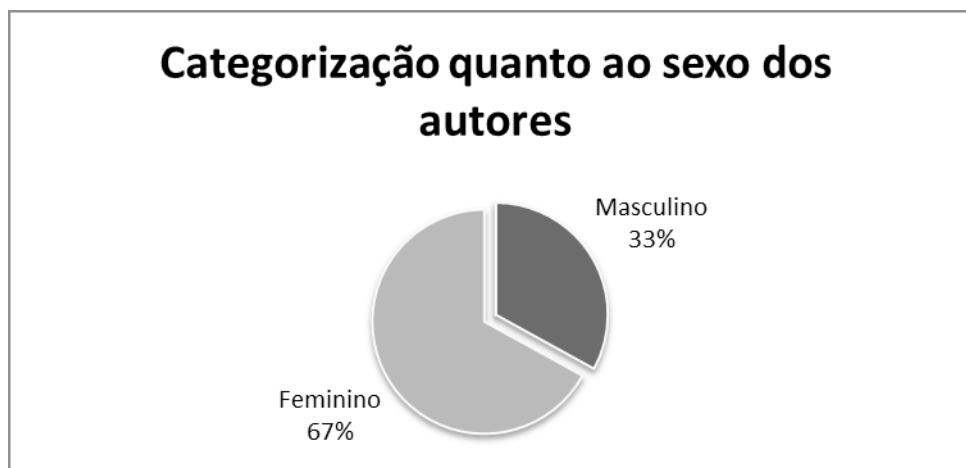
Neste estudo, os artigos, que tratam de direito à saúde, saúde pública e políticas públicas, variaram de Qualis A-1 a B-3, o que mostra a existência de artigos muito bem

classificados, que tratam do assunto pesquisado. As bases de dados indexadas mais presentes foram o LILACS e SCIELO.

Os resultados apresentados na categorização no gráfico 1, em relação à autoria dos artigos quanto ao local de publicação corroboram com estudo apresentado por Aquino,⁵ que identificou uma tendência geral da atividade científica no Brasil para a região Sudeste, perfazendo 56,6% da análise, quase todos no eixo Rio de Janeiro-São Paulo; 22,6% estão na região Nordeste e 17,0% na região Sul. Isso se deu pelo início da criação de grupos de gênero e saúde na área de saúde coletiva nos anos 90, principalmente no Sudeste e Nordeste que perderam atualmente.⁵

Gráfico 1 - Categorização da autoria dos artigos quanto ao local de Publicação.

Fonte: dados da pesquisa (2016).

Gráfico 2 - Categorização da autoria dos artigos quanto ao sexo dos autores.

Fonte: dados da pesquisa (2016).

O gráfico evidencia o gênero feminino como maior interessado na temática, demonstrado pelo número de publicações, pesquisas e participações em artigos produzidos por esse público; porém o gênero masculino tem ganhado um considerável espaço nesse meio, que se mostra maciçamente feminino, uma vez que a enfermagem é predominantemente feminina, entretanto, uma nova tendência de inclusão do gênero masculino é registrada ao longo do tempo e pode ser percebida, quando comparada ao passado. Esse fato é associado à própria socialização dos homens, em que o cuidado não é visto como uma prática masculina.⁶

Dentre os achados da revisão da literatura, foram encontradas algumas temáticas prevalentes nos escritos. Diante disso, chegamos a três eixos categóricos, os quais serão apresentados a seguir.

Eixo I: judicialização do direito à saúde

O direito à saúde não é apenas a garantia do acesso aos serviços, vai muito além desse conceito, é necessário um leque de determinantes para uma vida saudável, dessa maneira, o departamento constitucional determina que o estado possa fornecer medidas de garantia, que esse acesso seja universal e igualitário, por meio de políticas públicas.²

Existem duas faces para a crescente demanda judicial, em busca do direito à saúde, por um lado apresenta a efetivação do exercício da cidadania, por parte da população brasileira; por outro lado, representa um ponto de tensão perante os elaboradores e executores das políticas públicas no Brasil, que precisam conciliar os poucos recursos com a garantia de direitos e ainda com a crescente demanda judicial.⁷

Os usuários têm o direito aos serviços de saúde que deveriam ser ofertados de forma igualitária, sem discriminação e que atendam as necessidades exigidas, no aspecto de totalidade do ser humano, porém na pesquisa fica evidente a introdução do poder judiciário para a obtenção de tais direitos. É cada vez maior o número de processos judiciais relacionados à defesa do usuário do SUS, visando à obtenção de tratamentos complementares, distribuição de medicamentos, terapias, entre outros serviços.

Em contrapartida, observa-se que não acontece o repasse financeiro adequado para a demanda atendida, gerando, assim, um ciclo negativo de saldo, uma quebra de princípios, ficando a saúde à mercê de uma decisão judicial e não da necessidade apresentada pelos usuários. A procura pelos direitos à saúde faz com que a população passe a conhecer melhor quais são os direitos e deveres dentro do Sistema Único de Saúde, desenvolvendo, assim, um conhecimento coletivo entre usuário, profissional e

gestores.

Eixo II: participação e controle social como avanço na saúde pública

A participação e o controle social são discutidos nos artigos do estudo e ganham destaque na discussão sobre os avanços na saúde pública. Esses estudos reintegram a ideia de que a participação social tem a capacidade de tornar efetiva as ações governamentais e o controle destas. Conforme colocado por Sousa,⁸ a gestão participativa do SUS configura-se como processo de mediação entre as demandas dos distintos grupos sociais e a intervenção do Estado, voltada à definição e à execução de estratégias para atender as necessidades apresentadas. Para que essa forma de gestão se efetive, torna-se necessário o fortalecimento do processo de controle social que, por sua vez, requer a crescente organização dos grupos sociais e o desenvolvimento de diversas formas de participação popular.

A lei 8.142 consolida a garantia desse espaço público no controle das ações executadas pelos governantes, que tangem as políticas públicas por meio dos conselhos e das conferências de saúde. A participação e controle social e sua efetiva ação na saúde pública têm trazido grandes avanços, garantindo que a população, através das entidades representativas participe do contexto de criação das políticas públicas de saúde, fazendo com que a comunidade se torne participativa no controle social.

Numa perspectiva, que avalia os direitos dos indivíduos, as políticas públicas promovem uma visão de desenvolvimento institucional focada em pessoas como sujeitos sociais que por vezes não têm seus direitos reconhecidos. É nesse contexto que o controle social se insere e ganha importância.⁹

Houve avanços relacionados com a lei de descentralização administrativa, a criação, articulações e fortalecimento do modelo de cuidados de saúde reajustados, bem como assumir compromissos de gestão, quando se trata da segurança social. Ainda, as desigualdades sociais são muito evidentes, levando à concepção de que a equidade é garantida, a partir do aperfeiçoamento das informações disponíveis e do incentivo da participação dos setores sociais excluídos, para a avaliação dos serviços de saúde que recebem.⁹

É percebido um avanço na evolução do controle burocrático para o controle social. No entanto, nos países pobres, existe uma grande dificuldade de se alcançar a justiça social, fato que está diretamente relacionado ao desinteresse dos governantes e à desorganização da sociedade civil. Dessa forma, a participação da sociedade civil como uma ferramenta indispensável de controle, de vigilância e

de acompanhamento e fiscalização não apenas das despesas na área da saúde, mas também dos resultados esperados, da melhoria da qualidade de vida e de saúde da população é de total importância.⁶

A participação popular constitui uma força social capaz de elencar prioridades e influir nos serviços públicos de saúde, impulsionando a formulação de políticas para a promoção da saúde como um direito, de forma equânime, democrática e participativa. Essa participação, segundo o referido documento, deve ocorrer, por meio dos conselhos de saúde, que constituem instâncias de ação política, que articulam no interior do campo da saúde as ações do Estado e da cidadania, com a finalidade de ampliar o Controle Social na gestão do SUS.¹⁰

Dessa maneira, implantar um método de construção de conselho com negociação e ampla participação social tem se tornado desafiador, necessitando o permanente estímulo da atuação dos cidadãos no processo de tomada de decisão e de controle das ações. Nessa concepção, o controle social mesmo com algumas fragilidades, que são características do SUS, demonstra-se como importante mecanismo para a melhoria da assistência à saúde, traduzindo-se como avanço nesse processo.¹⁰

Eixo III: dificuldades na efetivação dos princípios do SUS

Apesar de tudo ser assegurado pelo Ministério da Saúde e pelo poder público, ainda há dificuldades na garantia dos direitos dos usuários, devido à falta de informação da população e também da falta de qualificação dos profissionais. Fica claro na pesquisa que, muitas vezes, a Estratégia Saúde da Família, que foi criada para ser a porta de entrada, acaba não sendo, pois pela falta de educação em saúde, a população procura os serviços hospitalares, principalmente a emergência, quando já estão com o processo de doença instalado.

Frenz¹¹ retrata a importância da equidade e a dificuldade de garantir esse princípio, pois é muito difícil financiar, conceber, implementar, avaliar e acompanhar as políticas, tendo como principal solução a criação de políticas que invistam em promoção da saúde. A construção conjunta de saúde entre profissionais de saúde, agentes comunitários e famílias pode ser alcançada apenas com a participação ativa da comunidade, família e indivíduos, por meio da negociação e da capacitação no exercício dos direitos.

Muitos dos direitos à saúde não são exercidos devido ao não conhecimento desses direitos pela população, estando aí outra dificuldade encontrada na efetivação dos princípios do SUS. Alguns usuários acabam por vezes utilizando os seus direitos sem a consciência de que é um

direito seu, ou apenas não utilizam esses direitos por não conhecerem. O estabelecimento de comunicação eficaz entre os usuários e os profissionais dos serviços de saúde é extremamente importante para o conhecimento desses direitos e princípios que o SUS oferece aos usuários.

CONCLUSÃO

Apesar de existir princípios e diretrizes no Sistema Único de Saúde e políticas públicas que garantam o direito à saúde aos usuários do SUS, ainda existem muitos obstáculos a serem ultrapassados, como o financiamento do sistema, profissionais qualificados, desvios orçamentários e, com isso, a fragilidade da garantia dos direitos aumenta cada vez mais. No entanto, em meio a essas limitações, ocorre o surgimento de avanços importantes na participação popular e controle social, que são evidenciados pela tendência atual da população de se envolver e de se preocupar com seus direitos e lutar por eles.

Nessa perspectiva, fica claro que houve um significativo aprimoramento nos últimos dez anos com o direito à saúde no Brasil, principalmente no aumento da participação social, da procura pelo conhecimento, pela disseminação de informações inerentes aos direitos e deveres no Sistema Único de Saúde. A participação da população na construção de políticas públicas vem sendo observada em um número expressivamente maior, quando comparado a dez anos atrás, uma vez que os usuários estão buscando essa participação, por meio de conselhos municipais de saúde, presença em atos orçamentários, cobrando de gestores e profissionais, cada vez mais, a informação, como cobrar seus direitos e como contribuir para uma saúde de qualidade.

Para que haja uma continuidade desses avanços na saúde e até mesmo uma melhoria nos serviços, é fundamental garantir os princípios e diretrizes, por meio de uma assistência prestada com qualidade, educação popular em saúde, promoção da saúde e disseminar informações corretas, que são estratégias importantes e eficazes para a garantia dos direitos dos usuários do SUS. Agindo dessa forma, será possível diminuir a demanda em emergências de hospitais, solucionando grande parte de ocorrências simples na unidade básica de saúde e também “desafogando” os processos de judicialização para a garantia de acesso aos serviços de saúde no âmbito do SUS. A informação coerente é a melhor arma de que a comunidade deve fazer uso e dela ser munida.

REFERÊNCIAS

1. Asensi, DF. Judicialização ou Juridicização? As institui-

ções jurídicas e suas estratégias na saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2010; 20 (1):33-55.

2. Pandolfo M, Delduque CM, Amaral GR. Aspectos jurídicos e sanitários condicionantes para o uso da via judicial no acesso aos medicamentos no Brasil. *Revista de Salud Publica*. 2012 abr.; 14(2):23-34.

3. Batista MPP, Almeida MHM, Lancman S. Políticas públicas para a população idosa: uma revisão com ênfase nas ações de saúde. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 2011; 22(3):200-207.

4. Brasil. Coordenação de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior (CAPES). Classificação da produção intelectual [Internet] Fundação Capes; 2014. [Citado 2016 abr. 15]. Disponível em: <<http://www.capes.gov.br/avaliacao/instrumentos-de-apoio/classificacao-da-producao-intelectual>>.

5. Aquino EML. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(1):121-132.

6. Pessalacia JDR, Albano EAO, Guimarães EAA. Equidade de assistência à saúde no Brasil: uma análise segundo o princípio bioético da justiça. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. 2011; 12(2):11-23.

7. Silva CCR, Pedroso CM, Zucchi P. Ouvidorias públicas de saúde: estudo de caso em ouvidoria municipal de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48(1):134-141.

8. Sousa FR. Educação popular em saúde e participação de prostitutas: contribuições para a gestão participativa do SUS. *Revista Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2014; 18(1):1568-1568.

9. Madrigal SEM. A responsabilidade dos governos mundiais perante a saúde pública de suas populações. *Rev Ethos Gubernamental*. 2007; 21(2):356-367.

10. Cruz PJSC. Desafios para a participação popular em saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB. *Rev Saúde Soc*. 2012; 21(4):1087-1100.

11. Frenz P, Titelman D. Equidad en salud en la región más desigual del mundo: un reto de políticas públicas en América Latina. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 2013; 30(4):665-670.

Submissão: julho de 2016

Aprovação: abril de 2017
