



SAÚDE E DETERMINANTES SOCIAIS: UMA SITUAÇÃO PARADOXAL

SANDRA REGINA MARTINI VIAL*

SUMÁRIO: Introdução. – 1. Contexto sociojurídico da formação da sociedade brasileira. - 2. A constitucionalização do direito à saúde. – 3. Direito à Saúde a partir da Constituição Cidadã. – 4. Determinantes sociais em Saúde. – 5. Análise dos gráficos dos determinantes sociais em saúde. – Conclusões.

*Introdução: Se un diritto fondamentale è rivendicato da taluni, allora esso è rivendicato per tutti. È sulla base di questa solidarietà, conseguente all'universalità e all'indivisibilità dei diritti fondamentali, che si sviluppano l'amor proprio, cioè il senso della propria identità di persona e di cittadine, insieme, il riconoscimento degli altri come uguali.*¹

A evolução do direito a ter direitos no Brasil nos faz ver que temos muito a avançar, porém alguns aspectos históricos nos permitem perceber o quanto lentamente evoluiu o direito e, portanto a cidadania e as formas de solidariedade. Os direitos fundamentais ainda estão distantes de um modelo minimamente digno, reconhecer o outro como um igual é muito difícil em uma realidade onde temos um grande abismo entre ricos e pobres, entre alfabetizados e não alfabetizados, embora o Brasil seja a 8 economia do mundo ainda ocupamos o 11º lugar em desigualdade social em termos de distribuição de renda.

* Possui graduação em Ciências Sociais pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (1983), mestrado em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (1997) e doutorado em Evoluzione dei Sistemi Giuridici e Nuovi Diritti pela Università Degli Studi di Lecce (2001). Atualmente é professora titular da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, da Fundação do Ministério Público, da Scuola Dottorale Internazionale Tullio Ascarelli e professora visitante da Università Degli Studi Di Salerno. Além disso, é diretora da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, membro do Conselho Superior da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) e coordenadora de projeto na UNESCO (Brasil). Ainda, faz parte do conselho editorial da Revista Brasileira de Direito (Passo Fundo) e da revista Estudo & Debate (Lajeado). É avaliadora do basis do Ministério da Educação e Cultura e do basis do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Tem experiência na área de Direito, com ênfase em sociologia jurídica, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde pública, políticas públicas, sociologia jurídica e sociedade.

¹FERRAJOLI, Luigi. **Principia iuris**. Teoria del diritto e della democrazia. Teoria della democrazia. v. 2. Editori Laterza: Roma- Bari, 2007. p. 64 " Se um direito fundamental é reivindicado para alguns, então esse é reivindicado para todos. E com base nesta solidariedade, conseguinte a universalidade e a indivisibilidade dos direitos fundamentais, que se desenvolvem através do amor próprio, isto é o sentido da própria identidade dos cidadãos, junto ao reconhecimento dos outros como iguais". Tradução livre.



Mesmos assim, não é difícil identificar que, nesta sociedade, todos temos muito mais direitos do que podemos efetivamente gozar. A era da inclusão universal já existe, mas sua existência está fundada em situações paradoxais nas quais, muitas vezes, a inclusão se dá pela exclusão; a possibilidade de acesso ao direito de ter direito à saúde se dá, muitas vezes, não através do sistema de saúde, mas pelo sistema judiciário, ou, ainda pior, por favores políticos ou de *amizade*. Assim a efetivação do direito a ter direito ainda está longe de ser concretizado, embora seja fundamental reconhecer que já se avançou.

Para compreender o atual estado da arte do direito à saúde é preciso compreender o contexto histórico cultural da sociedade brasileira, não faremos uma longa retrospectiva, somente o que consideremos essencial para este estudo. Tentaremos mostrar com a formação da nossa sociedade ainda está presente no modo de perceber e efetivar os direitos sociais. A situação paradoxal de pobreza e riqueza se fará sempre presente, uma vez saúde ultrapassa os limites da ausência de doença.

1. [...] *la salute costituisce ormai da tempo uno dei temi più ampiamente discussi dagli studiosi delle scienze giuridiche e sociali, trovandosi contemporaneamente sempre al centro del dibattito istituzionale tra i mutevoli orientamenti politico-ideologici nei confronti dello stato sociale.*²

A sociedade brasileira é formada por um conjunto de etnias e culturas. É sem dúvida uma sociedade emergente. Para entendermos a evolução do direito à saúde é fundamental destacarmos alguns aspectos históricos, os quais estão diretamente conectados com o modelo de saúde que temos hoje e com aquele que pretendemos construir. Não temos dúvidas que o modelo atual é teoricamente o melhor, o grande problema é como efetivá-lo. Retomando as palavras de Ferrajoli vemos que quando um direito é assegurado a uma pessoa deverá ser assegurado a todos os cidadãos, contrariamente não podemos falar em direito à saúde como um direito fundamental e, conseqüentemente não poderemos falar em democracia.

Em outros termos: a saúde de fato constitui-se em um tema amplamente discutido, mas pouco efetivado, pois requer a existência de um Estado social para sua efetivação, este Estado deverá ser necessariamente um Estado de Bem Estar Social.

Não será exatamente um estado de bem estar social que vamos observar neste breve contexto de formação da sociedade brasileira. Não somente no que diz respeito ao sistema da saúde, mas também nos mais diversos sistemas sociais. Faremos uma

²BOMPIANI, Adriano. **Considerazioni in merito alla politica di sicurezza sociale nel settore dell'assistenza e della sanità**. Rimini: Maggioli, 1996. p. 04: "A saúde constitui-se já há tempo um dos temas mais amplamente discutidos pelos estudiosos das ciências jurídicas e sociais, encontrando-se contemporaneamente sempre ao centro dos debates institucionais entre as mutáveis orientações político-ideológicas nos confrontos do estado social." Tradução Livre.



retrospectiva histórico sanitária justamente para situar os leitores que não vivem no Brasil e nem sempre tem acesso a informações resumidas do contexto brasileiro.

Como marco histórico inicial podemos indicar o Tratado de Toledo, celebrado em 6 de março de 1480 entre Portugal e Espanha, determinava que Portugal detinha o poder sobre as águas e terras ao sul das Canárias. Sendo assim, Portugal já dominava, mesmo que formalmente, o território brasileiro, ainda antes da viagem de Cristóvão Colombo. Nesse momento, nota-se que o direito, tem uma forte ligação com a demarcação de terras e do próprio mar. Sobre isto, se ocupou Carl Schmitt no texto “Terra e Mar”. Pode-se dizer, então, que o Tratado de Toledo foi o primeiro marco divisório das terras brasileiras.

Em 07 de junho de 1494 foi assinado o Tratado de Tordesilhas. Este Tratado foi elaborado porque Portugal pretendia tomar posse das terras (conhecidas e/ou desconhecidas) de todo o Atlântico Sul. Nota-se que o Brasil “nasce” vinculado ao “poder divino” e ao “poder do Rei”, a descrição do referido Tratado é interessante neste aspecto.

“Aquilo” que mais tarde vai se efetivar como colônia de Portugal, foi “descoberto” em 22 de abril de 1500. Em termos jurídicos, este marco não foi tão importante quanto o Tratado de Tordesilhas, já que as terras brasileiras já eram conhecidas na Europa, embora a história oficial, ainda nos dias de hoje, apresente este fato como duvidoso. Sabe-se que somente por meio deste marco é que o que havia sido definido no Tratado passa a ser conquistado³.

No período do Brasil Colônia, pouco se conhece da atenção a saúde a população, de modo geral, se sabe todo a atendimento á saúde era realizado pela própria população que *se organizava como era possível*, os indígenas tradicionalmente se curavam sozinhas, o grande problema eram as doenças levadas pelos ocidentais, estes por sua vez tinham a possibilidade de se tratar com uma maior facilidade, mesmo que utilizando e servindo-se da sabedoria da população nativa. Mais tarde a Igreja é quem *cuida* da saúde da população. A preocupação no Brasil Colônia não era com direitos sociais, mas sim tirar tudo aquilo que a terra lhe oferecia de modo gratuito. Como podemos ver na seguinte reflexão:

[...] colonização portuguesa nos séculos XVI e XVII deixou marcas nas práticas médicas populares do Brasil. A medicina era exercida por físicos, cirurgiões, boticários e barbeiros, que eram poucos, de condições humildes e pouca instrução, permitindo assim, a proliferação do curandeirismo. Praticavam uma medicina impregnada de espírito de religiosidade, marcada pela fé cristã, tal como era

³ Sobre a conquista do “novo mundo”, ver Francisco de Vitória, *in Relecciones Sobre los Índios Y el Derecho de Guerra*. 3 ed. Madrid : Espasa – Calpe, S.A., 1975, entre outros.



em Portugal e em outros países da Europa medieval, quando a medicina era ensinada nos conventos e onde, também, os livros médicos eram escritos. (SANTOS⁴)

Além destes aspectos outros fatos são interessantes a serem observados, pois vemos que velhos problemas continuam ainda sem solução. Para este estudo destaco os seguintes aspectos: poder central e municipalismo, determinantes sociais em saúde, medicina curativa e preventiva. No período colônia temos uma constante alteração de quem deverá cuidar da Higiene Pública, ora é função do poder central ora das Câmaras municipais. No Império segue a mesma discussão. Conforme GALVÃO:

Outra questão que nos é bastante atual é a polêmica entre Medicina Preventiva e Curativa. Essa questão vem ganhando corpo desde o Brasil-Colônia e se impondo como discussão dominante, à medida que se começou a vislumbrar uma idéia mais concreta de Medicina Social no País. Isso fica mais evidente principalmente a partir do século XIX, com a importação das idéias européias sobre a Polícia Médica. (GALVÃO: 06)

Se aos pobres era destinado o atendimento á saúde por barbeiros, benzedeiros e outras formas alternativas, com o advento a Polícia Médica a população mais controlada ou *policitada* exatamente esta, neste período tivemos o retorno de algumas doenças contagiosas e naquele contexto a atuação deste tipo de ação foi muito desenvolvida e tinha uma justificativa científica.

A Coroa Portuguesa que entendia o Brasil como a *extensão do seu jardim* entendia que a forma de não contaminação era através de uma política de controle e fiscalização – ainda hoje temos alguns setores do sistema da saúde que tem uma atuação muito mais voltada para a fiscalização do que para a promoção da saúde. Um exemplo desta situação foi a criação da Fisicatura que era um órgão que tratava as questões de saúde como questão de polícia, onde os infratores deveriam ser punidos.

⁴ SANTOS, Vivianne. **Medicina no Brasil-colônia** - A medicina no Brasil, nos séculos XVI e XVII, era exercida por físicos, cirurgiões, boticários e barbeiros, que eram poucos, de condições humildes e pouca instrução, permitindo a proliferação do curandeirismo. Disponível em: <http://www.hebron.com.br/Revista/n27/materia3.htm>. Acesso em 25/04/2010.



Os doentes que poderiam representar riscos para a saúde da população eram isolados, basta ver onde foram construídos os hospitais que se ocupavam de hanseníase, todos distantes dos centros das cidades, e não eram cuidados por trabalhadores da saúde, mas na grande maioria dos casos, por religiosos ou por pessoas que faziam esta atividade como caridade.

Ainda no século XVIII a preocupação fundamental era com a limpeza dos portos e das cidades, pois era o período das exportações, onde além da higiene das cidades também se deveria fazer um controle dos alimentos comercializados. Neste período ainda não se pensava na saúde, mas nas doenças e nas possibilidades de contaminação para a classe mais elevada. Não é diferente o que ocorrerá mais tarde com relação aos escravos, a preocupação era somente para mantê-los trabalhando. A mesma postura se repetirá com relação aos trabalhadores das grandes empresas que vão se instalando no Brasil.

Com a criação dos hospitais e leprosários, além de *cuidar* destas pessoas também reforça a questão da segmentação social, conforme observa GALVÃO:

[...] o Estado português, representado pelos Vice-Reis, se atribui a tarefa de conhecer as causas das doenças do Rio de Janeiro, visando o uma intervenção na cidade. O negro e o leproso são então circunscritos – como portadores de um perigo a ser evitado. Os armazéns de desembarque de escravos são transferidos para locais afastados, objetivando separar os escravos sadios e doentes, e mesmo evitando contato imediato dos recém-chegados com a população. (GALVÃO: 11)

Reforçamos aqui, a idéia originária, não apenas a segmentação, mas também a forma como os escravos eram tratados, ou destratados! Eram mercadorias que chegavam nos portos e devia-se examinar a qualidade desta mesma mercadoria, para assim identificar os preços e locais onde estas mercadorias poderiam se depositadas. Neste momento histórico os médicos eram funcionários das Câmaras e deviam se ocupar de várias questões ligadas à saúde, é neste sentido que dissemos anteriormente da relação entre saúde de determinantes sociais, embora naquele século não se tinha esta denominação, era evidente a preocupação com fatores relacionados com a saúde. Hoje quando falamos dos determinantes sociais tratamos dos mesmos temas, mas com enfoque na saúde pública, o enfoque dado naquele período era eminentemente econômico. No mesmo artigo citado acima, Galvão, observa que no sec. XVIII a preocupação com a doença estava relacionada com: *ociosidade, trabalho, desordem social e a*



doença da população na perspectiva de criação e fortalecimento de segurança e conseqüente manutenção do Brasil como colônia. (GALVÃO: 12)

Mudanças neste setor somente com a chegada da Família Real, em 1808. Como descrevemos acima, o cuidado com a transmissão das doenças era fundamental e envolvia diversos setores, também nesta época os médicos tinham agregado a sua função também questões de política sanitária. Ou seja, não tínhamos uma diferenciação entre política, direito, economia. Mas é um período em que se passa a pensar na necessidade de formação dos médicos, cria-se assim a ensino cirúrgico e a Provedoria de Saúde. Mesmo com todos os problemas para o estabelecimento destes cursos, foi a primeira vez que a saúde passa a ser preocupação do poder central. A função destas Provedorias era controlar desde o saneamento das cidades até os matadouros. Neste novo cenário a *Polícia Médica* – herança do modelo europeu- se desenvolve rapidamente.

Desde o *descobrimento* do Brasil a preocupação com saúde é objeto de preocupação de benzedeiros, curandeiros, religiosos e profissionais de saúde. Embora no Brasil Colônia pouco se conheça sobre as demandas de saúde da população. O curioso é que, em função do ecletismo da formação cultural brasileira, temos ainda hoje uma forma particular de cuidar das doenças, com freqüência antes ou depois de procurarmos um serviço de saúde passamos pela Igreja e terreiro (local de culto das religiões afro-brasileiras). Até chegarem as escolas médicas no Brasil, que se ocupava das doenças eram religiosos que faziam como assistência aos pobres.

Com o crescimento das exportações brasileiras foi necessário o cuidados com os portos, a exportação está em risco na medida em que nossos portos são locais insalubres.

No início dos anos 1900 vemos uma crescimento das cidades de modo desordenado, sem saneamento, o que permite – junto com outras questões, especialmente a pobreza- o aparecimento de algumas epidemias, como da varíola, febre amarela e outras pestes. Estas doenças eram tratadas como questão de *polícia* e não como questão de saúde. O que gerou a famosa Revolta da Vacina.

Anteriormente com o advento das migrações, metade e final do sec. XIX e o processo de industrialização foi necessária uma atenção a saúde desta população, porém esta *atenção* era apenas no sentido de permitir que estes *nem tão cidadãos* pudessem continuar trabalhando, produzindo para o crescimento da Nação! Note-se que no início do sec. XX a preocupação com a saúde dos trabalhadores urbanos torne-se mais forte em função das greves dos trabalhadores, então se cria um modelo de atenção para esta população. Desde sempre tivemos no Brasil esta diferenciação entre o atendimento para pobres e ricos, os sistema de saúde se construiu não com a lógica publica, mas privada, ou melhor, as categorias de trabalhadores mais organizados tinham melhor acesso a saúde, ou seja, quem pode pagar tem acesso a melhor atenção a sua saúde, quem não tem condições deve buscar outras alternativas. Este modelo terá suas bases um pouco abaladas com a Constituição de 1988.



Temos em 1923 a criação da lei Elói Chaves, que cria as caixas de aposentadoria e pensão, fazendo com que várias categorias passam a se organizar com o modelo de saúde privada, ou de grupo, não atingindo desempregados e trabalhadores rurais e nem mesmo categorias de trabalhadores *inferiores*. Note-se que somente em 1963 os trabalhadores rurais tiveram o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural.

Em 1930, no Governo Vargas, teremos a criação do ministério da Educação e Saúde. Neste período a função exercida pelo ministério era o combate as endemias.

Até a Lei Orgânica da Previdência Social de 1960 não tínhamos a unificação dos Institutos de Pensão e Aposentadoria. Em 1967 tivemos a criação do Instituto Nacional de Previdência Social, em 1978 a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. No período da ditadura militar tivemos um crescimento da iniciativa privada bem como o modelo de atenção hospitalocêntrico, ou seja, cada Instituto criava seu hospital próprio financiado muitas vezes também com dinheiro público.

Nos anos 80 o movimento sanitário sai do silêncio e começa a denuncia várias irregularidades no sistema da saúde e da previdência. Neste contexto também se desenvolve muito a saúde suplementar, onde a iniciativa privada se fortalece.

Como já destacamos, somente a constituição de 88 modifica esta situação, pois define que todos tem direito à saúde. Hoje o SUS teoricamente é universal, mas ainda convivemos com forte influência da medicina de grupo, porém toda a atenção de alta complexidade depende do SUS. Desde a Lei 8.080/90 lutamos cotidianamente para a efetivação do direito a ter direito à saúde, mas é muito complexo falar em Sistema Único quando convivemos com vários modelos, desde o assistencialismo, a filantropia e a iniciativa privada.

2. O direito à saúde nem sempre foi reconhecido como um direito fundamental. Esse “status de direito fundamental” somente foi dado à saúde na Carta Magna de 1988, que foi além de reconhecê-lo como tal, mas sim, estabeleceu as bases para o Sistema Único de Saúde – SUS.

A primeira carta constitucional a reconhecer o direito à saúde foi a Constituição Italiana, fulcro artigo 32⁵, reconhecendo o direito à saúde como direito do indivíduo e de interesse da coletividade. Em seguida, Portugal, Espanha e Guatemala seguiram o mesmo caminho. Todas essas cartas constitucionais relacionaram o direito à saúde

⁵ Redação do artigo 32 da Constituição Italiana: “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana. Disponível em: <<http://www.governo.it/Governo/Costituzione/principi.html>>. Acesso em: 10 fev. 2009.



com a seguridade social, o que denota claramente que o reconhecimento, por si só, não basta, é necessário que haja preocupação com a sua implementação⁶.

No âmbito constitucional, o direito à saúde passou por uma longa trajetória de descaso, as Constituições de 1824 e 1891 não tratavam de tal temática, entretanto, o cunho social do texto constitucional de 1934 expressou preocupação com a questão do direito sanitário, eis que fez previsão de medidas legislativas e administrativas referentes à diminuição da mortalidade infantil, além de higiene social⁷.

Entretanto, a preocupação do texto constitucional de 1934 não era com a saúde propriamente dita, enquanto direito fundamental, mas sim com o combate às doenças, visto que isso poderia causar prejuízos aos negócios de exportação do Brasil. A referida constituição também incumbiu a União, os Estados e os Municípios de adotarem medidas protetivas, tendentes a impedir a propagação de doenças transmissíveis e a cuidar da higiene mental, incentivando a luta contra os venenos sociais⁸.

As Constituições posteriores (1937 e 1946) não fizeram qualquer alusão ao tema, tornando-se nítido o descaso com essa temática. A carta promulgada por Vargas, em 1937, disciplinou, no artigo 16, a competência da União para legislar sobre normas de defesa da saúde, com ênfase na saúde das crianças. Estabeleceu também a possibilidade, via delegação, de os Estados-Membros legislarem sobre a referida matéria⁹. É notável a característica de paradoxalidade, bem como de complexidade do Governo Vargas, pois “realizou” o reconhecimento desse direito, mas em contrapartida, não fez alusão alguma aos meios de implementação.

No texto constitucional de 1967 encontrou-se menção à saúde por meio dos planos nacionais de educação e saúde, e manteve como garantia dos trabalhadores a higiene e a segurança no trabalho, bem como a assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva. Em 1968, a carta inovou no sentido de prever que os municípios deveriam aplicar 6% (seis por cento) do valor que lhes era creditado em decorrência do Fundo de Participação dos Municípios nos Programas de Saúde. Em que pesem as mudanças, as políticas públicas em saúde continuaram focadas no tratamento de doenças e não na promoção da saúde como um todo.

⁶ SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. São Paulo, SP: Malheiros, 2006. p. 309.

⁷ DALLARI, Sueli Gandolfi. O Direito à Saúde. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, n. 22, p. 57-63, 1988.

⁸ REZENDE, Conceição Aparecida Pereira; TRINDADE, Jorge. **Direito Sanitário e Saúde Pública**. Manual de Atuação Jurídica em Saúde Pública e Coletânea de Leis e Julgados em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, p. 13-8, 2003.

⁹ *Ibid.*, p. 19-21.



3. Desde a promulgação da Constituição de 1988 e especialmente a partir da década de 90 do século XX, vivemos, no Brasil, um novo momento, no qual a implementação de políticas públicas visa a efetivação de vários direitos sociais, entre eles o direito à saúde. No Rio Grande do Sul, em particular, este processo foi marcante tanto na área de saúde como na área judicial, uma vez que os primeiros casos de judicialização de saúde foram neste Estado. Naquele momento nem sistema da saúde nem sistema do direito estavam preparados para tais demandas, mas tiveram que enfrentá-las. Este enfrentamento se deu se a discussão entre os mais diversos atores, tivemos no naquele período uma disputa entre atores, onde, muitas vezes o que prevaleceu foi a voz do mais forte – portanto do sistema judiciário – onde os magistrados permitiam que algumas demandas que poderiam ser atendidas no Brasil fossem efetuadas em outros países, especialmente nos EUA, onde o Estado deveria arcar com todos os custos que envolvem o transporte dos pacientes e acompanhadores.

A história do direito à saúde no Brasil, obviamente, não inicia com a Constituição de 1988¹⁰, mas é a partir dela que temos um documento para a luta diária por este direito. Mais que isso: tal constituição representa muito dos anseios e lutas anteriores dos movimentos sociais pela saúde e, assim, este marco é fundamental para entendermos os processos atuais de judicialização. Antes de 88, poucos eram os documentos que nos permitiam buscar, através do judiciário, um atendimento em saúde, mas hoje temos uma crescente percepção dos cidadãos sobre seu direito a ter direitos à saúde. Também se destaca a ampliação que o conceito tradicional de saúde passa a ter. No momento atual vemos um grande avanço na relação entre sistema da saúde e sistema do direito, onde os mais diversos atores conseguem dialogar e pactuar sobre o encaminhamento das demandas que chegam no Judiciário. Mais do que isso, ambos operadores vêm as implicações futuras das decisões tomadas.

Este é um novo olhar para a saúde, sobre a forma de operar o direito a ter direito a saúde, onde o conceito de saúde é ampliado. De mera ausência de doença, passa a ser vista como algo relacionado com várias outras condições, especialmente com o bem-estar completo da pessoa, ou seja, não há dúvidas de que, para este bem-estar, não basta apenas medicamentos ou hospitais bem equipados, é preciso uma prevenção adequada, reabilitação, segurança alimentar, tutela do ambiente, água e ar limpos, entre outros.

Outra dificuldade que precisamos enfrentar é a forma como os serviços públicos deverão se adequar a esta nova realidade: o direito à saúde na sua plenitude. Assim, o direito deixa de ser somente o direito da pessoa e passa a ser um bem da

¹⁰Sobre este aspecto, consultar as seguintes obras: NICZ, Luiz F. Previdência social no Brasil. In: GONÇALVES, Ernesto L. **Administração de saúde no Brasil**. São Paulo: Pioneira, 1988, cap. 3, p.163-197. POSSAS, Cristina A. **Saúde e trabalho** – a crise da previdência social. Rio de Janeiro, Graal, 1981. OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo & TEIXEIRA, Sônia M. F. Teixeira. **(Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1985, por exemplo.



comunidade, um direito reconhecido para todos. Ao estudarmos a evolução deste direito, vemos que a relação necessidades e recursos nem sempre é harmônica, mesmo em países mais desenvolvidos como a Itália¹¹.

No estágio atual, no qual a saúde é reconhecida - apesar das dificuldades - como um direito fundamental, ainda cabe questionar como se tutela este bem fundamental, se realmente é possível termos um sistema único, equitativo, universal. O nosso Sistema Único de Saúde (SUS) é criado em 1990, pela lei 8.080, e essa, por sua vez, está estruturada em três princípios constitucionais e em três organizativos. O primeiro grupo garante a universalização da assistência – permite a todos o acesso –, a integralidade da atenção – todas as ações necessárias à promoção, à prevenção, ao tratamento e à reabilitação – e a equidade – serviços e bens segundo as necessidades. Já os princípios organizativos são a descentralização da gestão com a participação das esferas federal, estadual e municipal, a regionalização e hierarquização das redes de serviços e a participação da comunidade na gestão do sistema.

Estes são princípios que deveriam nortear todos os administradores e gestores do sistema de saúde, mas nem sempre isto é possível. Quando o sistema da saúde não responde às demandas da população em geral, o sistema do direito é chamado para dar respostas, ou melhor, o sistema do direito é obrigado a decidir. As decisões, algumas vezes, são simples e, outras vezes, extremamente complexas. Isso faz com que os operadores do direito, que ao longo de sua formação nunca tiveram uma disciplina sobre direito sanitário, busquem constantemente informações em outros setores.

A atual constituição nos dá elementos para inverter a lógica ao estipular programas e metas para a saúde, que passou a ser um estado que se garante a todos, “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 a sua promoção, proteção e recuperação”¹². Nesse sentido, nos termos de TOJAL (TOJAL, 2003:38.), o Estado obrigou-se juridicamente a exercer ações e serviços de saúde visando à construção de uma nova ordem social cujos objetivos são o bem-estar e a

¹¹Veja-se o que Rosy Bindi observa: *Tra risorse e bisogni, modelli sociali e modelli di sviluppo c'è un rapporto dialettico in continua evoluzione, la politica è chiamata a interpretare correttamente la realtà e a governare questa dialettica. Il suo compito è ridisegnare le priorità, interrogandosi sulle scelte che favoriscono il bene comune e una crescita più giusta della società.* Entre recursos e necessidades, os modelos sociais e os modelos de desenvolvimento há um relacionamento dialético em contínua evolução, a política é chamada para interpretar corretamente a realidade e governar essa dialética. Seu trabalho é estabelecer prioridades, saber quais são as opções que favorecem o bem comum da sociedade e o crescimento mais equitativo. Tradução livre. BINDI, Rosy. **La Salute Impaziente**. Milano: Jaca Book, 2005. p. 15.

¹²Art. 196 da Constituição Federal/1988. PINTO, Antonio Luiz de Toledo; WINDT, Márcia Cristina Vaz dos Santos; CÉSPEDES, Livia (Orgs). **Código penal, Código de processo penal, Constituição Federal**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2007. (Mini 3 em 1).



justiça social. Na verdade, a efetivação dos direitos sociais é extremamente complexa, como refere FERRAJOLI¹³:

Il vero problema dei diritti sociali – sicuramente il più grave e difficile- è che le loro garanzie primarie positive richiedono comunque una legislazione di attuazione, cioè l'introduzione, appunto, delle istituzioni e delle funzioni di garanzia deputate alla loro soddisfazione: il sistema scolastico, il servizio sanitario, gli apparati deputati all'assistenza e alla previdenza sociale. (FERRAJOLI, 2007:400.)

É preciso garantir um patamar mínimo de vida para todos os seres humanos da sociedade brasileira, cabendo ao Estado o dever de proteger os direitos sociais¹⁴ (FARIA, 2008:102), principalmente da parcela da população¹⁵ que não tem acesso a esses direitos. Para isso, é necessário que os sistemas de saúde iniciem reformas de peso no sentido de privilegiar a atenção básica, expandir a oferta de serviços públicos e promover a integração entre os diferentes níveis de assistência de forma a gerar a formação de sistemas integrados e começar a trabalhar com a ideia de saúde como direito, isto é, responsabilidade coletiva e não responsabilidade individual.

¹³FERRAJOLI, Luigi. *Op. cit.*, p. 400. *O verdadeiro problema dos direitos sociais – certamente o mais grave e difícil – é que a sua garantia primária positiva requer, de qualquer modo, uma legislação de atuação, ou seja, a introdução de instituições e de funções de garantia para a sua satisfação: o sistema da educação, o serviço sanitário, os aparelhos colocados à disposição da assistência e da prevenção social.* Tradução Livre.

¹⁴José Eduardo Faria também trata da dificuldade atual dos direitos sociais: [...] *é de aumento no ritmo da regressão tanto dos direitos sociais quanto dos direitos humanos consagrados ou tutelados pelo próprio direito positivo. [...] uma vez que o enxugamento do Estado-nação e a retração da esfera pública reduzem sua cobertura legal e judicial, o alcance jurídico-positivo dos direitos humanos acaba sendo igualmente diminuído, o que implica, por consequência, uma redução ou um rebaixamento qualitativo da própria cidadania. O mesmo acontece com os direitos sociais, cuja eficácia depende de orçamento em volume suficiente para financiar as políticas públicas necessárias à sua implementação.* FARIA, José Eduardo. **Sociologia Jurídica: direito e conjuntura.** São Paulo: Saraiva, 2008. p. 102.

¹⁵Interessante observar que a Constituição Italiana refere no Art. 32 – *La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana,* o qual fala da atenção especial aos indigentes. Diferente da nossa atual constituição, que diz que a saúde é um direito de todos, aqui está claro o princípio da universalidade, o que paradoxalmente não ocorre, enquanto que na realidade italiana ainda podemos observar o acesso universal de fato, embora nos tempos atuais tenham ocorrido algumas modificações ou, conforme nota anterior, uma regressão dos direitos sociais, tema amplamente discutido em: BINDI, Rosy. *Op cit.* p. 52.



Decidir sobre temas ligados à saúde significa decidir sobre a vida, sobre o bem viver em sociedade. Não temos dúvidas sobre a importância da participação do judiciário na efetivação do direito à saúde; entretanto, é preciso levar em conta o forte processo de judicialização da saúde. Este fato é novo no Brasil, mas tomou proporções inesperadas. O que inicialmente eram apenas demandas individuais, hoje apresentam-se como demandas coletivas; se inicialmente, o grande problema que batia às portas do judiciário era a questão de cirurgias no exterior, hoje temos demandas que vão desde medicamentos até o direito de morrer com dignidade. Demandas, essas, asseguradas constitucionalmente.

As mudanças da atual sociedade fazem com que o judiciário tenha questões muito complexas para decidir e, paradoxalmente, nem sempre os “decidores” estão preparados para estas decisões. Importante registrar que a disciplina Direito Sanitário ainda é muito recente e não consta no rol das disciplinas obrigatórias nem na área do direito, nem na área da saúde, sendo ministrada, hoje, nos cursos de pós-graduação. A pesquisa ainda é insuficiente, apesar dos esforços de consolidação da área. Embora o direito à saúde possa ser estudado desde a antiguidade, FERRAJOLI observa:

[...] il diritto alla salute compare solo nelle carte costituzionali del Novecento, mentre avrebbe avuto poco senso in quelle ottocentesche[...] Il diritto alla salute si configura peraltro come un diritto tipicamente molecolare. Esso include da un lato un diritto negativo di immunità, garantito dal divieto di lesioni: che l'aria e l'acqua non vengano inquinate, che non si mettano in commercio cibi adulterati, in breve che non si rechino danni alla salute; dall'altro, esso include un diritto positivo, tipicamente sociale, all'erogazione di prestazioni sanitarie¹⁶ (FERRAJOLI, 2007:409).

Entender o direito à saúde como um direito positivo(MORAIS, 2008:53) e negativo(MORAIS, 2008:53) significa contextualizar a complexidade do mundo em que vivemos; não gratuito o alerta da Organização Mundial de Saúde sobre os efeitos

¹⁶FERRAJOLI, Luigi. *Op cit.*, p. 409. O direito à saúde aparece nas cartas constitucionais dos anos noventa; teria tido pouco sentido nas constituições dos anos oitenta. O direito à saúde se configura como um direito tipicamente molecular. Este inclui de um lado um direito negativo de imunidade, garantindo a proibição de lesões: que o ar e a água não sejam poluídos, que não se coloque no comércio alimentos adulterados, rapidamente que não se causem danos a saúde; de outro, este inclui um direito positivo, tipicamente social, a prestação sanitária. Tradução Livre.



da mundialização¹⁷, que enfatiza os impactos sobre os sistemas e as políticas de saúde, bem como os efeitos que recaem sobre o setor. Diante de uma economia nacional fragilizada e das condições difíceis de vida de grande parte da população, torna-se imperativo unir e articular esforços para implementar uma eficiente rede de proteção sanitária que inclui, necessariamente, processos de formação e capacitação que envolvam investimentos centrados nas demandas do SUS.

4. Ao verificarmos os determinantes sociais da saúde e, portanto, o direito a ter direito a uma saúde digna, observamos que a efetivação deste direito fundamental só pode se dar na nossa sociedade através dela própria, ou seja, por mecanismos capazes de implementá-lo como o direito à informação, ainda que não possam se limitar a ele.

Um determinante social da saúde, cuja importância nem sempre é reconhecida com o destaque que merece é o acesso à informação. De fato, o acesso a fontes e fluxos de informação em saúde aumenta o conhecimento e a capacidade de ação, permitindo a adoção de comportamentos saudáveis e a mobilização social para a melhoria das condições de vida. Por outro lado, a falta de acesso de grandes setores da população ao conhecimento e à informação diminui seriamente sua capacidade de decidir e atuar em favor de sua saúde e da coletividade. (CDNSS, 2008)

Não podemos falar em direito à saúde se não considerarmos os mais variados fatores, por exemplo o acesso à informação. Logicamente, não basta tê-lo e não saber como utilizá-lo; por isso, é importante diferenciar informação de conhecimento. Outro aspecto relevante é a relação entre saber e poder, bem explorada por Michel Foucault, especialmente no texto *Microfísica do Poder*.

¹⁷A "mundialização" é um conjunto de processos culturais, de informação, sociais, econômicos e políticos "globalizados". Trata-se de tudo que é: i) divulgado em escala mundial, independentemente das barreiras de origem nacionais, geográficas, tecnológicas, lingüísticas, etc.; ii) colocado à disposição das pessoas de todas as origens, culturas e países: idéias, conteúdos, serviços e produtos semelhantes e, finalmente, iii) capaz de ter um impacto "mundial" nas atividades humanas, qualquer que seja a forma. Disponível em: <<http://www.mondialisations.org/php/public/art.php?id=14433&lan=PO>>, acesso em 22/06/2007.



Só poderemos falar em respeito aos direitos fundamentais se a população tiver conhecimento, estiver empoderada de suas condições de vida e de seu direito a ter direitos. Assim, ao mesmo tempo em que vivemos na *Era da Informação* e na *Era da Inclusão Universal*, conhecemos pouco sobre nossas condições de vida, dos efeitos dos agrotóxicos nos nossos alimentos, dos efeitos da poluição... é a *tal* inclusão que muitas vezes se dá pela exclusão.

Os processos de exclusão se fortalecem quando a população não tem acesso à informação, conhecimento e educação. Novamente, podemos nos reportar ao Relatório, que informa que níveis baixos de educação e falta de saúde andam em conjunto. Além disso, outro dado deve ser considerado quando pensamos na análise do direito à saúde a partir do direito fraterno: trata-se das diferenças referentes à cor da pele. Sabe-se que a maior parte dos analfabetos brasileiros é negra, que o número de anos frequentado nas escolas é maior entre os brancos do que entre os negros e que a taxa de analfabetismo no Nordeste é quatro vezes maior do que no Sul.

Para que todos tenham direito à saúde, é necessário efetivar o pacto pela vida, a defesa do sistema único de saúde e a gestão deste mesmo sistema. Ora, sem compartilhar com o outro como um outro-eu, é impossível pensar na vida, até porque é difícil definir seu início ou seu fim, vide, como exemplo, as grandes discussões atuais a respeito da célula-tronco. Além desta discussão, retornando a RODOTÀ (2006: 72), outras questões ainda podem ser apresentadas:

Di chi è il corpo? Della persona interessata, della sua cerchia familiare, di un Dio che l'há donato, di una natura che lo vuole inviolabile, di un potere sociale che in mille modi se ne impadronisce, di un medico o di un magistrato che ne stabiliscono il destino? E di quale corpo stiamo parlando?

Queste domande rimandano ad antichi intrecci, che tuttavia continuamente si rinnovano, com soggetti vecchi e nuovi che di quel corpo quasi si contendono le spoglie. Intanto l'oggetto della contesta si moltiplica e si compone, cerca unità e conosce divisioni. In vertiginosi giochi di specchi si fronteggiano corpo fisico e corpo elettronico, corpo materiale e corpo virtuale, corpo biologico e corpo politico. Um corpo sempre più inteso come insieme di parti separate ripropone l'ipotesi dell'homme machine.¹⁴

¹⁴ De quem é o corpo? Da pessoa interessada ou da sua família, de um Deus que o doou, de uma natureza que o quer inviolável, de um poder social que de mil formas se padroniza, de um médico



As novas políticas de saúde não podem ignorar este tipo de questionamento. É preciso apresentar respostas para estas novas-velhas questões: de quem é corpo?; quem cuida deste corpo?, ou teremos de pensar na hipótese discutida com profundidade por A. Puni sobre o Homem Máquina¹⁵. Ora, se vejo o outro através de mim, temos novos pactos a fazer pela saúde e não poderemos mais aceitar que os níveis de saúde sejam diferentes conforme a renda ou escolaridade, por exemplo. É o que nos alerta o relatório da CNDSS (2008):

A Região Nordeste, como esperado, apresenta as maiores taxas de mortalidade na infância em todos os quintis de renda, particularmente no primeiro quinto, embora a tendência histórica seja também de queda no decorrer dos anos. Se, em 1990, a taxa era de 95,7%, declina para 64% em 2000 e 56,4%, em 2005. Importante destacar que, quando esse estrato é comparado com o das demais regiões do Centro-Sul, constata-se diminuição nos diferenciais, no decorrer dos anos.

Diante disso, podemos retornar com os questionamentos apontados por Rodotà, quais sejam: a quem pertence o *corpo* das crianças nascidas *nos nordestes do mundo*? De que modo consideraremos estas crianças desde a perspectiva do pressuposto da fraternidade, da solidariedade? Que regras mínimas de conviência estamos estabelecendo? Que juramentos conjuntos fazemos? Estas respostas certamente podem e devem ser dadas pelas políticas sociais, que de algum modo devem ter em conta populações – *como esperado* - tradicionalmente mais vulneráveis. O direito fraterno nos faz ver a necessidade não mais de um soberano que explora, mas de um soberano que, perdendo sua posição superior, é um irmão, um outro-eu. Ainda seguindo as reflexões de Rodotà, podemos pensar na questão da morte¹⁶, da

ou de um magistrado que estabelece o destino? E de que corpo estamos falando? Estas perguntas remetem a antigos questionamentos que continuamente renovam-se com sujeitos velhos e novos que daquele corpo quase se contêm ao espoliar. No entanto, o objetivo da cortesia se multiplica e se compõe, procura unidade e conhece divisões. Em vertiginosos jogos de espelhos se confrontam corpo físico e eletrônico, corpo material e virtual, corpo biológico e político. Um corpo sempre mais entendido. Como agrupamento de partes separadas, repropõe a hipótese "homem máquina".

¹⁵ Sobre isso ver: PUNZI A. *L'ordine giuridici delle macchine*. Gianppichelli, Torino, 2003.

¹⁶ "La dignità del morire rimanda così a dinamiche sociali sempre più intricate, e rivela una ormai ineliminabile radici tecnologica." p. 249 " Chi muore? Questa è una domanda che impone una riflessione sul mondo e sul modo in cui viviamo, che può produrre morte anche là dove sarebbe evitabile." p. 266



apropriação do corpo, na *cura* das doenças. Quando observamos diferenças tão significativas com relação à mortalidade infantil, vemos que os determinantes sociais, aliados à ineficácia das políticas públicas, agravam a situação. “A dignidade de morrer remete a dinâmicas sociais sempre mais intrincadas, e revela uma inalienável raiz tecnológica. “Quem morre? Essa é uma reflexão sobre mundo em que vivemos, que pode produzir morte mesmo onde seria evitável.”¹⁶ (RODOTÀ, 2006:249)

Para efetivar uma política de saúde adequada, é necessário que os atores envolvidos nela participem do processo desde sua gestão até sua implementação. É neste sentido que o direito à saúde pode ser resgatado e efetivado, pois não basta dizer que saúde é um direito do cidadão e um dever do estado, é preciso criar condições para que este direito seja efetivado, e isso se dará somente através de políticas públicas que respeitem as diferenças loco-regionais, mas que apresentem uma estrutura global, pois os problemas de saúde não são territorialmente limitados.

Entretanto, entender o direito à saúde como inclusão sem limites significa retomar as observações do Relatório da CNDSS (2008):

A situação de saúde do país é analisada a partir de dados, informações e conhecimentos disponíveis sobre as relações entre os DSS e a situação de saúde dos diversos grupos populacionais, com destaque para as relações entre estes determinantes e as iniquidades em saúde. Utilizaram-se como fontes de informação diversos sistemas de abrangência nacional e a literatura científica produzida por autores nacionais e internacionais nos últimos cinco anos.

Cabe ainda destacar outros dados do referido relatório. Por exemplo, as mulheres que recebem até um quarto do salário mínimo, tem uma taxa de fecundidade quatro vezes maior do que as mulheres com melhor renda. A relação entre renda e fecundidade revela a paradoxalidade da situação social no Brasil, que embora seja a 8 economia do mundo ainda temos um número significativo de analfabetos – 14 milhões de pessoas - , sendo que no Nordeste temos um indicador de 22,10% de analfabetos enquanto que no Sul temos 7,6%. Em termos de educação outro indicador chama atenção: as diferenças de escolaridade aparecem também

“A dignidade de morrer remete a dinâmicas sociais sempre mais intrincadas, e revela uma inalienável raiz tecnológica. Quem morre? Essa é uma reflexão sobre mundo em que vivemos, que pode produzir morte mesmo onde seria evitável.”



conforme a cor da pele, segundo o PNAD 2006 a taxa de analfabetismo e analfabetismo funcional de pretos e pardos é o dobro dos brancos.

A distribuição da renda ainda é um grande problema, segundo o senso de 2000, aproximadamente um terço da população (30%) tinha uma renda familiar per capita menor que meio salário mínimo e 3% da população uma renda per capita superior a 10 salários mínimos.

É neste contexto que a violência deve ser entendida também como um problema de saúde pública, uma grande e preocupante epidemia, basta ver os dados do Rio Grande do Sul, conforme refere MARTA CONTE:

Pobreza não é sinônimo de violência e prova disso é que, se fosse o caso, os estados, as cidades e os bairros brasileiros mais pobres estariam em pé de guerra e quase metade da população viveria em estado de revolta contra os mais ricos. Isso não acontece. No entanto, estudiosos do assunto revelam que o principal fator produtor de violência é a desigualdade social. (CONTE, 200)¹⁸.

A relação entre violência e saúde caracteriza-se como um fenômeno complexo, tem exigido a análise de suas múltiplas facetas que interferem em todas as dimensões da vida social, “configurando-se como um aspecto representativo e problemático da atual organização da vida social”. Assim, a violência tem se apresentado como um dos mais graves problemas de saúde pública, e mesmo que não conduza necessariamente à morte, quando ela ocorre, isto revela por si, a violência levada a seu grau extremo (WAISELFISZ, 2004: 15).

Alguns gráficos e tabelas apresentados no Relatório de Determinantes Sociais – são importantes de serem observados:

¹⁸ Ainda não está finalizada a pesquisa, está-se, ainda, na coleta de dados, publicar-se-á um artigo sobre metodologia, dois artigos com as equipes dos ambulatórios e um conclusivo de 20 laudas exigido pelo CNPO, a ser enviado na prestação de contas em dezembro de 2010.



Tabela 9. Pessoas de 15 anos ou mais de idade, analfabetas, total e taxa de analfabetismo, por classes de rendimento mensal familiar *per capita*, segundo as grandes regiões – Brasil – 2006

GRANDES REGIÕES	PESSOAS DE 15 ANOS OU MAIS DE IDADE, ANALFABETAS					
	TOTAL (1 000 PESSOAS)	TAXA DE ANALFABETISMO, POR CLASSES DE RENDIMENTO FAMILIAR PER CAPITA (SALÁRIOS MÍNIMOS) (%)				
		TOTAL	ATÉ 1/2	MAIS DE 1/2 A 1	MAIS DE 1 A 2	MAIS DE 2
Brasil	14 391	10,4	17,9	13,7	6,5	1,3
Norte	1 142	11,3	15,1	13,1	6,8	2,4
Nordeste	7 595	20,8	24,9	23,7	13,5	1,9
Sudeste	3 667	6,0	10,1	9,5	5,1	1,2
Sul	1 179	5,7	10,4	8,8	4,6	1,1
Centro-Oeste	808	8,3	12,7	11,7	6,6	1,4

Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2006. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

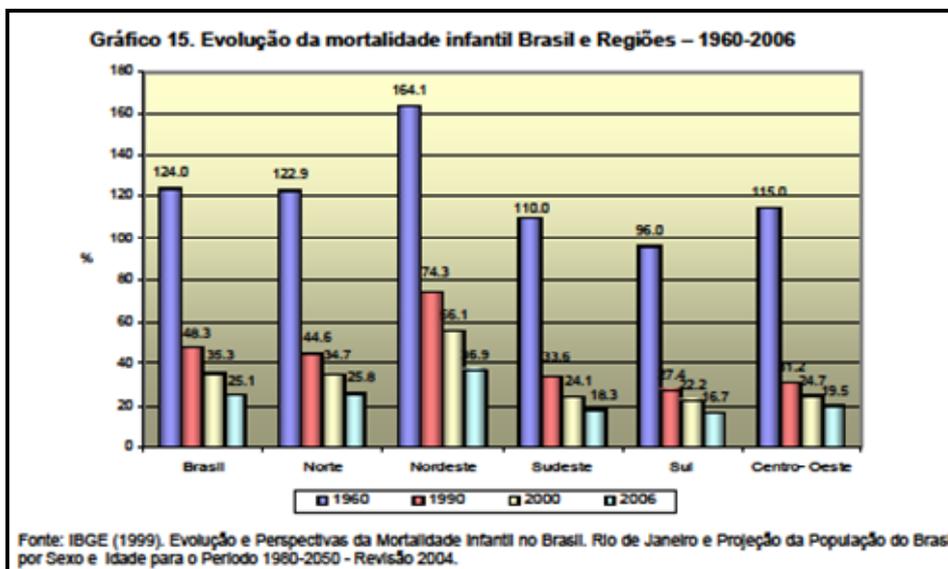
Nesta tabela podemos observar o fato das causas externas serem tão altas em todas as regiões do País. Esta situação está diretamente relacionada a violência como um problema de saúde. Nas causas externas de morte vemos muitos jovens estão morrendo, o que reforça a tese de Rodotà quando questiona de quem é o corpo? Parece que o corpo dos cidadãos entre 18 e 25 anos pertence aos atos e ações violentas. Nota-se que em todas regiões brasileiras as causas externas são significativas. Este é um dos principais indicadores para a relação saúde e violência. Também é importante observar a evolução que temos em dez anos das causas de mortalidade, destaca-se ainda que nos últimos 10 anos o direito a saúde vem se consolidando, mas mesmo assim ainda temos evidentes diferenças entre as regiões, por exemplo, na região Norte e Nordeste a morte por causas mal definidas é três vezes maior do que na região Sul.

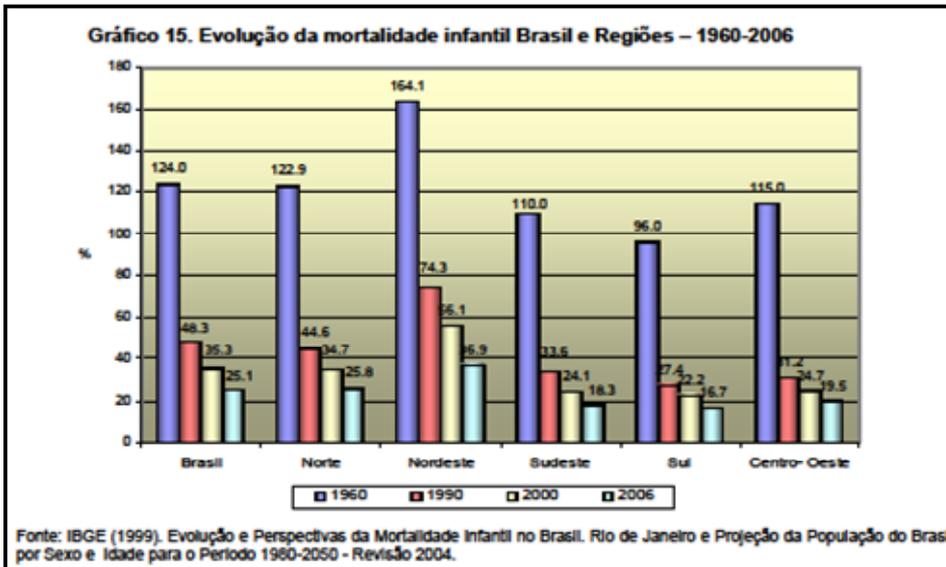
5. Mesmo que o número de analfabetos esteja em declínio ainda temos aproximadamente 14 milhões de analfabetos. O fato mais grave é que podemos fazer uma conexão direta entre pobreza, analfabetismos e algumas doenças. Segundo o Relatório final da CNDSS (2008),



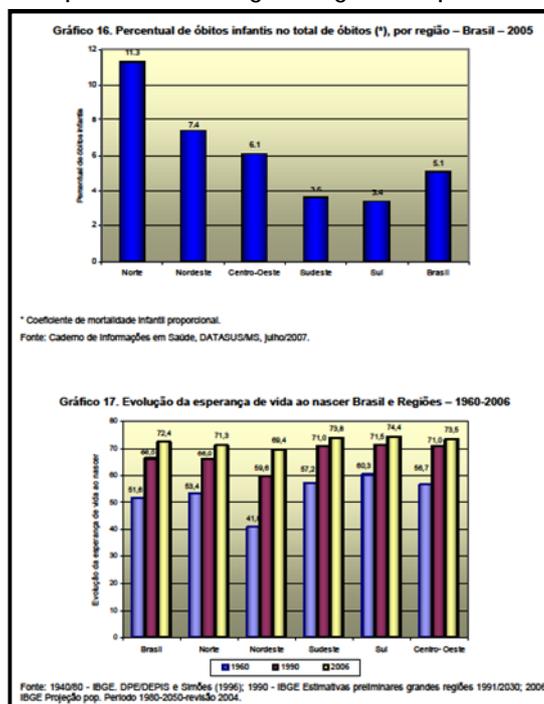
[...] de acordo como o relatório da UNICEF de 2006 [...] os filhos de mulheres brasileiras com até um ano de escolaridade tem uma probabilidade 23 vezes maior de chegarem analfabetos á adolescência se comparado com os filhos de mulheres com 11 anos ou mais de estudo.

A mortalidade infantil é um dos mais importantes indicadores para percebermos o nível de saúde de uma dada população, o que observamos no gráfico 15 reforça a idéia de que quem tem mais condições morre menos, aqui novamente podemos retomar o questionamento apresentado por Rodotà: de quem é o corpo? Quem morre na nossa sociedade?

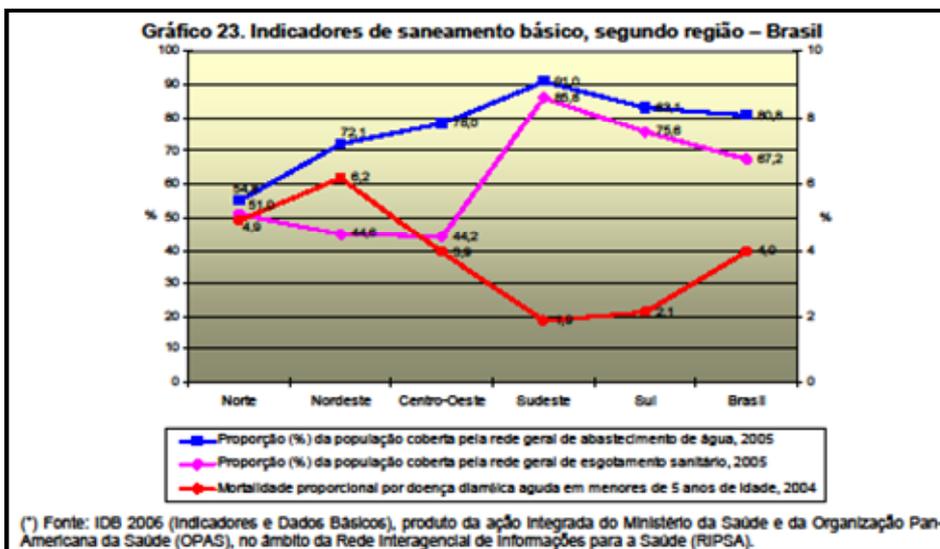




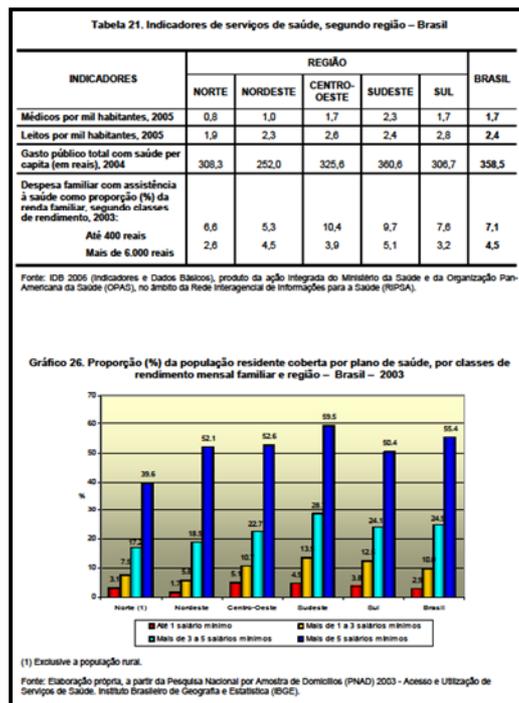
Outro dado importante é o seguinte gráfico que reforça o que foi dito anteriormente



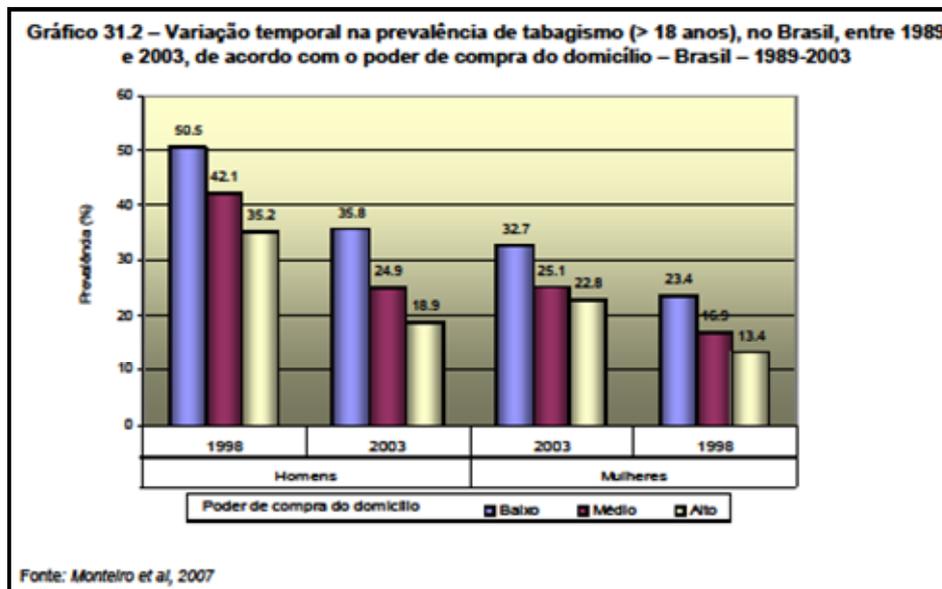
A questão do saneamento é fundamental, porém o gráfico abaixo demonstra novamente a diferença que existe entre as regiões:



A distribuição dos serviços de saúde no Brasil se apresenta do seguinte modo;



A situação do tabagismo é interessante, pois a partir de várias políticas públicas nota-se uma redução significativa no consumo do tabaco, porém também este dado mostra as desigualdades sociais.



Conclusões. A possibilidade de efetivar os direitos em uma sociedade inflacionada de direitos se dá através de políticas sociais inclusivas. Pensar em saúde significa pensar no que determina a saúde, ou seja, nos *determinantes sociais da saúde*. Como afirmamos no início do artigo, vivemos em uma sociedade *strapiena di diritto*; portanto, não nos faltam instrumentos legais para a efetivação do direito a ter direitos.

Entender o direito à saúde como direito fundamental implica em pactos, acordos, co-divisões; mais do que isso, é preciso retomar as reflexões de Montesquieu, no *Espírito das Leis*, no qual ele afirma que não basta dar esmolas para um homem nu que encontramos na rua, pois esse ato não exime o Estado de suas obrigações com as políticas sociais, uma vez que é sua função assegurar a todos os cidadãos as condições mínimas de sobrevivência. Montesquieu também assevera que o Estado deve garantir um modo de vida que não contraste com a sua saúde, o que significa dizer que os determinantes sociais já eram motivo de preocupação desde o século XVIII. A importância da discussão atual sobre os determinantes sociais em saúde é oportuna, embora já venha com alguns séculos de atraso.

Nesta sociedade, em que temos acesso a todos os bens e serviços, na qual todos somos universalmente incluídos, temos ainda que refletir, seguindo as sugestões do RODOTA: quem morre?, pois esta pergunta impõe novas-velhas reflexões, sobre como



vivemos esta artificial inclusão, que pode promover a morte (nas suas várias acepções) também onde poderia ser evitada.