

DAS PATOLOGIAS SOCIAIS AOS DÉFICITS ESTRUTURAIS: ANÁLISE DA CRISE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) BRASILEIRO A PARTIR DO DIREITO FRATERNAL

*FROM SOCIAL PATHOLOGIES TO STRUCTURAL DEFICITS: AN ANALYSIS OF THE
CRISIS IN THE BRAZILIAN SINGLE HEALTH SYSTEM (SUS) FROM THE FRATERNAL
RIGHT*

Gabrielle Scola Dutra¹
UNIJUÍ

Janaína Machado Sturza²
UNIJUÍ

RESUMO

A temática da presente pesquisa alicerça-se em pôr em evidência o Sistema Único de Saúde (SUS) e o horizonte problemático que o circunda. O objetivo geral da investigação é analisar a crise no SUS brasileiro advinda das patologias sociais e déficits estruturais que corroem sua dinâmica sanitária. Os objetivos específicos são: 1) Analisar a gênese do SUS e a complexidade do direito à saúde; e 2) Abordar a efetivação do direito à saúde como um bem comum da humanidade no Brasil. No plano metodológico, a pesquisa é desenvolvida por intermédio do método dedutivo, instruída por uma análise bibliográfica e documental. A base teórica escolhida para arquitetar a fundamentação da temática é de cunho biopolítico a partir da Teoria do Direito Fraternal, desenvolvida pelo jurista italiano Eligio Resta e, materializada na obra *Il Diritto Fraternal*. Diante da operacionalização de patologias sociais e déficits estruturais no campo sanitário brasileiro, questiona-se: é possível analisar a crise no SUS a partir do Direito Fraternal? Constata-se que a fraternidade apresenta-se enquanto um mecanismo capaz de ser incorporado no campo da saúde pública em prol do enfrentamento às mazelas que corroem a funcionalidade do SUS brasileiro e, por consequência, do acesso e efetivação do direito à saúde.

Palavras-chave: Déficit Estruturais; Direito à Saúde; Direito Fraternal; Patologias Sociais; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The theme of this research is based on highlighting the Unified Health System (SUS) and the problematic horizon that surrounds it. The general objective of the investigation is to analyze the crisis in the Brazilian SUS arising from social pathologies and structural deficits that corrode its health dynamics. The specific objectives are: 1) Analyze the genesis of the SUS and the complexity of the right to health; and 2) Address the realization of the right to health as a common good for humanity in Brazil. At the methodological level, the research is developed using the deductive method, guided by a bibliographic and documentary analysis. The theoretical basis chosen to devise the basis of the theme is of a biopolitical nature based on the Theory of Fraternal Law, developed by the Italian jurist Eligio Resta and materialized in the work *Il Diritto Fraternal*. Given the operationalization of social pathologies and structural deficits in the Brazilian health field, the question arises: is it possible to analyze the crisis in the SUS based on Fraternal Law? It appears that fraternity presents itself as a mechanism capable of being incorporated into the field of public health in order to combat the problems that undermine the functionality of the Brazilian SUS and, consequently, access and realization of the right to health.

Keywords: Structural Deficits; Right to health; Fraternal Law; Social Pathologies; Health Unic System.

1 Doutora em Direito pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ.

2 Pós doutora em Direito pela Universidade de Roma Tor Vergata - Itália (2024). Pós doutora em Direito pelo Programa de Pós Graduação em Direito da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS (2016). Doutora em Direito pela Universidade de Roma Tre - Itália (Diploma Revalidado pela Universidade Federal do Paraná).



1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Na sociedade atual, uma série de mazelas assombra o campo da saúde pública, tais como: políticas de austeridade sobre os sistemas de saúde, desvalorização dos profissionais de saúde, discursos anti-ciência, potencial de destruição de existências humanas provocados pela emergência ao poder de líderes messiânicos, em que os interesses eleitorais acabam se sobrepondo à tutela da saúde pública e às demandas coletivas, a fabricação de lógicas biopolíticas de desenvolvimento econômico que fortalecem a (re)emergência de patologias biológicas devido à Era do Antropoceno, à produção exploratória de alimentos de origem animal que são criados em situações insalubres e propícios à ascensão de mutações de patógenos que desencadeiam doenças zoonóticas, entre tantas outras enfermidades biológicas e sociais do tempo presente.

Nesse universo hostil, o reconhecimento da saúde como um direito humano fundamental e bem comum da humanidade instiga a imprescindibilidade de concebê-la em sua dimensão ampla e transdisciplinar, à medida em que se apresenta como um desafio, uma aposta e também, uma possibilidade de (re)pensá-la no âmbito sociojurídico para que todos os seres humanos tenham acesso a esse *locus* comum e contemplem uma vida digna de ser vivida. A Constituição Federal brasileira promulgada em 1988 (CF/88) consagrou no cenário jurídico-positivo, o Estado Democrático de Direito, incorporando em seu teor, direitos fundamentais que abarcam todas as suas dimensões. No campo da saúde, o avanço civilizatório a ser alcançado pela democracia brasileira encontra percalços quando um discurso biopolítico é entoado para que um Estado Mínimo (direitos mínimos e deveres máximos) adquira potencialidade de ser instaurado, razão pela qual percebe-se o sucateamento da estrutura estatal, especificamente, das políticas públicas de dimensões sociais.

Imediatamente, políticas governamentais neoliberais projetam um “Estado de Coisas Inconstitucional” que fabrica um horizonte de violações generalizadas de direitos humanos fundamentais e desencadeia um panorama de retrocessos sociais. A especificidade da superdiversidade humana se depara com cenários problemáticos que incorporam uma cota de complexidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), à medida que fabricam obstaculizações para a efetivação e o acesso ao direito à saúde da



população, provocando a codificação inclusão/exclusão³. Dessa forma, o Brasil é um país caracterizado pela dinâmica de patologias sociais (desigualdade, miséria, exclusão, pobreza, etc.) e marcado por déficits estruturais em seus sistemas públicos de gestão, os quais intensificam e estimulam a ascensão de crises sanitárias e humanitárias que produzem vítimas. São as mazelas biopolíticas que se manifestam e encontram no arranjo patológico brasileiro, mais precisamente, no campo do sistema público de saúde, um terreno fértil para expressarem todas as suas perversidades inumanas.

Nesse enredo, a temática da presente pesquisa alicerça-se em pôr em evidência o Sistema Único de Saúde (SUS) e o horizonte problemático que o circunda. O objetivo geral da investigação é analisar a crise no SUS brasileiro advinda das patologias sociais e déficits estruturais que corroem sua dinâmica sanitária. Os objetivos específicos são: 1) Analisar a gênese do SUS e a complexidade do direito à saúde; e 2) Abordar a efetivação do direito à saúde como um bem comum da humanidade no Brasil. No plano metodológico, a pesquisa é desenvolvida por intermédio do método dedutivo, instruída por uma análise bibliográfica e documental. A base teórica escolhida para arquitetar a fundamentação crítica da temática é a Teoria do Direito Fraternal, desenvolvida pelo jurista italiano Eligio Resta e materializada na obra *Il Diritto Fraternal*, publicada pela Editora italiana Laterza. Diante da operacionalização de patologias sociais e déficits estruturais no campo sanitário brasileiro, questiona-se: é possível analisar a crise no SUS a partir do Direito Fraternal? Esse é o questionamento que norteia o desenvolvimento e a fundamentação teórica a seguir.

2. A GÊNESE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO BRASIL: A COMPLEXIDADE DO DIREITO À SAÚDE

Sabe-se que foi no ano de 1986, durante a 8ª Conferência Nacional da Saúde realizada em Brasília, capital brasileira, que houve a consolidação do direito universal à saúde no plano nacional, ampliando a perspectiva para que todas as pessoas em território nacional pudessem ser atendidas por um sistema público de saúde de qualidade que

³ O código inclusão/exclusão é atrelado a ideia de que “no nexo comunicacional, seres humanos são *identificados*, ou seja, considerados como relevantes. Também se pode dizer, ligado a um sentido tradicional do termo: o modo pelo qual eles são tratados como “pessoas””. Por isso, as formas de diferenciação que cada sociedade estabelece para engendrar sua estrutura revela como o código inclusão/exclusão se impõe, bem como confere determinado reconhecimento (ou a ausência dele) sob a existencialidade e identificação dos seres humanos integrantes de certa sociedade. LUHMANN, Niklas. Inclusão e Exclusão. In: DUTRA, Roberto. BACHUR, João Paulo (Orgs.). In: DOSSIÊ NIKLAS LUHMANN. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2013. (p. 15-50). p. 19.



contemplasse todas as demandas da população e a complexidade de suas especificidades humanas. Desde a década de 80, as discussões no campo da saúde pública giram em torno da necessidade de evidenciá-la enquanto ponte para a efetivação dos direitos humanos fundamentais, bem como de estimular a sensibilidade dos gestores no que se refere à relevância da saúde como um bem comum da humanidade e de seus determinantes sociais.

Assim, “ter direito a um direito fundamental significa desde assegurar a vida até o direito a morrer. Viver e morrer em condições dignas são direitos” de cada pessoa humana⁴. O percurso histórico constitucional revela que no período pré-promulgação da Constituição Federal brasileira de 1988, a saúde estava atrelada ao sistema social de seguro e era somente reconhecida enquanto benefício complementar vinculado à previdência social. Logo, apenas os trabalhadores formais que contribuíam continuamente com a previdência possuíam acesso ao sistema sanitário. Portanto, a assistência à saúde estava relacionada com dinâmicas previdenciárias, à medida em que “o caráter contributivo do sistema existente gerava uma divisão da população brasileira em dois grandes grupos (além da pequena parcela da população que podia pagar os serviços de saúde por sua própria conta): previdenciários e não-previdenciários”⁵.

Essa estruturação das atividades de atenção e assistência à saúde era terreno fértil para a produção de vidas precárias e processos de vulnerabilidade social, tendo em vista que “além das evidentes discriminações dela decorrentes, determinava uma lógica de divisão de papéis e competências dos diversos órgãos públicos envolvidos com a questão de saúde”⁶. Nos moldes da estruturação das atividades de atenção e assistência à saúde da época, a sistemática ocorria da seguinte maneira:

O Ministério da Saúde (MS) e as Secretarias de Saúde dos Estados e municípios desenvolviam, fundamentalmente, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias. A atuação desses entes públicos na prestação de assistência à saúde era bastante limitada, restringindo-se às ações desenvolvidas por alguns poucos hospitais próprios e pela Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) e dirigidas à população não-previdenciária – os chamados indigentes. Estes

⁴ MARTINI, Sandra Regina; KÖLLING, Gabrielle. As Dificuldades E Os Avanços Na Efetivação Do Direito À Saúde: Um Estudo Da Decisão Conselho Regional De Medicina Do Estado Do Rio Grande Do Sul X Município De Giruá. In: Boletim Saúde | Porto Alegre | v. 24 | n. 2 | p. 13-24 | jul./dez. 2010. p. 16.

⁵ BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003. s.p.

⁶ BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003.



indigentes tinham ainda, por uma atividade caritativa, acesso a serviços assistenciais de saúde prestados por instituições de caráter filantrópico como as chamadas Santas Casas. Já na assistência à saúde, a grande atuação do poder público se dava pela Previdência Social – inicialmente pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e depois do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social. As ações desenvolvidas pelo INAMPS – que tinham caráter contributivo – beneficiavam apenas os trabalhadores da economia formal, com “carteira assinada”, e seus dependentes, os chamados previdenciários. Não havia, portanto, caráter universal na atuação desta autarquia. O INAMPS aplicava nos Estados, por intermédio de suas Superintendências Regionais, recursos para a assistência à saúde de modo mais ou menos proporcional ao volume de 14 introdução conass. progestores beneficiários existente e a assistência prestada se dava por meio de serviços próprios (Postos de Assistência Médica e Hospitais próprios) e uma vasta rede de serviços, ambulatoriais e hospitalares, contratados para a prestação de serviços⁷.

Em razão de tal atmosfera de potencialização de vulnerabilidade social e fabricação de vidas precárias provenientes da desarticulação dos serviços de saúde e as obstaculizações à efetivação do direito humano fundamental à saúde percebidas no modelo vigente à época, movimentos comunitários e de profissionais da saúde, de sanitaristas e da sociedade começaram a emergir, com o objetivo de fundamentar tanto a necessidade de uma reforma sanitária quanto a mudança de paradigmas relacionados ao sistema de saúde que operava na época. Atendendo esses conjuntos de reivindicações, o INAMPS tomou um arranjo de articulações que estreitaram movimentos em prol de uma cobertura universal de acesso à saúde, como por exemplo, o término da existência da carteira do INAMPS para atendimento de saúde. Impulsionado por tais medidas, houve a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), executado por intermédio da pactuação de convênios entre o INAMPS e os Governos Estaduais, no entanto, a participação das Secretarias estaduais de saúde e do Governo do Estado ainda era facultativa⁸.

Paradoxalmente, de uma forma tal celebração de convênio denota uma contribuição muito relevante, especificamente, “pelo fato de iniciar um sistema de saúde de caráter universal, por outra, parece ter criado uma certa confusão entre SUDS e SUS, que viria logo a seguir, e de entendimento sobre as verdadeiras regras legais que constituem o SUS”⁹. Com a promulgação da CF/88 o SUS deu início à consolidação de seus objetivos, princípios¹⁰ e diretrizes com o cunho de que a totalidade das demandas em saúde fossem

⁷ BRASIL. 2003. op. cit.

⁸ BRASIL. 2003. op. cit.

⁹ BRASIL. 2003. op. cit.

¹⁰ Os princípios do SUS são universalização, equidade e integralidade. Dessa forma, tais princípios são fundamentados nas seguintes compreensões: “Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas



contempladas de forma adequada e de maneira integral, articulações que estavam em conformidade com os processos de reivindicações incorporados no cerne do Movimento da Reforma Sanitária. Em síntese, tais dinâmicas no campo da saúde brasileira culminaram na criação do SUS, ou seja, a Lei nº 8.080 do ano de 1990 instituiu o Sistema Único de Saúde no Brasil. A Lei do SUS “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”¹¹.

Sobre isso, o artigo 5º do referido diploma legal estabelece os objetivos que norteiam a operacionalização do SUS em território brasileiro, quais sejam:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei; III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): I - a execução de ações: a) de vigilância sanitária; b) de vigilância epidemiológica; c) de saúde do trabalhador; e d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar; V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho; VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção; VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde; VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano; IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico; XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados¹².

as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos” MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema Único de Saúde (SUS). 2023.

¹¹ BRASIL. Lei Nº 8.080, De 19 De Setembro De 1990: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.

¹² BRASIL. Lei Nº 8.080, De 19 De Setembro De 1990: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.



A proposta do SUS vem de encontro com as diretrizes¹³ estabelecidas no art. 198, incisos I, II e III da CF/88: “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”¹⁴. Inclusive, o artigo 2º da Lei nº 8.080/90 refere sobre a responsabilidade compartilhada entre Estado, pessoas, arranjos familiares, empresas e sociedade em geral para a promoção de condições indispensáveis em benefício do completo exercício do direito à saúde. Outrossim, o aludido diploma legal, em seu artigo 2º, parágrafo 1º, evidencia o papel estatal na garantia da saúde a partir da constituição “e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”¹⁵.

É cediço que pactos comuns compartilhados são pugnados para que a saúde seja perfectibilizada em toda a sua dimensão valorativa. Destarte, “o modelo sanitário brasileiro reconhece a responsabilidade compartilhada do Poder Público, em níveis local, regional e nacional, de forma a garantir o acesso amplo e igualitário a todos”¹⁶. Outrossim, a Lei

¹³ De acordo com o artigo 7º da Lei nº 8.080/90, “as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013” BRASIL, 1990. Op. cit.

¹⁴ BRASIL. Constituição Da República Federativa Do Brasil De 1988. 1988.

¹⁵ BRASIL. 1990. Op. cit.

¹⁶ GIMENEZ, Charlise Paula Colet; MARTINI, Sandra Regina. Limites E Possibilidades Da Mediação Sanitária Como Política Pública Em Tempos De Transpandemia COVID-19. In: Formas consensuais de solução de conflitos [Recurso eletrônico on-line]. Organização CONPEDI Coordenadores: Adriana Silva Maillart; Valter Moura do Carmo – Florianópolis: CONPEDI, 2021. p. 124.



8.142/1990 é um importante arsenal jurídico que fundamenta a estrutura do SUS e “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde”¹⁷. Ademais, o SUS é reconhecido globalmente como um dos maiores e melhores sistemas de saúde pública do mundo.

Com a implementação do SUS, a concepção a respeito da saúde foi (res)significada, ao passo que transcendeu a noção saúde-doença e ingressou na dimensão ampla sobre saúde ao contemplar a perspectiva de que os níveis de saúde e as condições de vida do ser humano são influenciados por processos de complexidade que se concentram em multifacetadas eixos de determinantes sociais, econômicos, culturais, ambientais, políticas, entre outros. No mesmo sentido, o artigo 3º da Lei do SUS corrobora a visão ampla e transdisciplinar sobre a saúde ao estabelecer que os níveis de saúde são vislumbrados a partir da organização social e econômica, “tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”¹⁸.

A importância do Sistema Único de Saúde brasileiro é tanta que sua estrutura contempla o atendimento de mais de 190 milhões de pessoas, “o equivalente a 80% delas dependem, exclusivamente, dos serviços públicos para qualquer atendimento. Todos podem usar o SUS, gratuitamente. Dessa forma, pode-se dizer que 100% dos brasileiros utiliza, utilizou ou utilizará os serviços do sistema”¹⁹. A título conceitual, o SUS é uma “instituição-organismo de Direito Público que reúne os instrumentos necessários para que o Estado brasileiro desenvolva as atividades necessárias para a garantia do Direito à saúde no Brasil”²⁰. Igualmente, o Sistema Único de Saúde “representa a mais importante instituição jurídica do Direito Sanitário brasileiro na medida em que integra e organiza

¹⁷ BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990a.

¹⁸ BRASIL. 1990. Op. cit.

¹⁹ UNA-SUS. Maior sistema público de saúde do mundo, SUS completa 31 anos. 2021.

²⁰ AITH, Fernando Mussa Abujamra. Manual de direito sanitário com enfoque em vigilância em saúde. Brasília, DF: CONASEMS, 2019. p. 49.



diversas outras instituições jurídicas”²¹. A ideia do SUS é dispor de uma inclusão universal, fato que corrobora a ideia da saúde como um bem comum da humanidade.

De acordo com Sandra Regina Martini e Gabrielle Kölling, o caráter transdisciplinar da saúde é produto de uma perspectiva constitucional vinculada com a necessidade de defesa e potencialização do SUS frente às incongruências estruturais enfrentadas pelo sistema público sanitário brasileiro:

Esse próprio caráter transdisciplinar pode ser concebido como fruto de uma leitura constitucional responsável, pois se a saúde é um direito fundamental e a própria Constituição faz alusão ao Sistema Único de Saúde como sendo a grande política pública de saúde, há que se impelir todos os esforços para que essa política seja realmente eficaz. Todavia, é ingênuo demais se pensar que o direito por si só dá conta dessa concretude, ele apenas fornecerá os instrumentos, mas é justamente essa junção de conhecimento transdisciplinar na gestão do SUS que pode fazê-lo dar certo!²².

Além disso, o artigo 4º da Lei do SUS estabelece que a constituição do SUS se dá a partir de um “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”²³. Com efeito, os parágrafos 1º e 2º do mesmo dispositivo legal aduzem, respectivamente, que “estão incluídas as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde” e, por fim, que “a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar”²⁴. Entretanto, a participação da iniciativa privada²⁵ é um forte indício e “porta de entrada” para a incorporação de um projeto de desmantelamento ardilosamente

²¹ AITH, Fernando Mussa Abujamra. Manual de direito sanitário com enfoque em vigilância em saúde. Brasília, DF: CONASEMS, 2019. p. 49.

²² MARTINI, Sandra Regina; KÖLLING, Gabrielle. As Dificuldades E Os Avanços Na Efetivação Do Direito À Saúde: Um Estudo Da Decisão Conselho Regional De Medicina Do Estado Do Rio Grande Do Sul X Município De Giruá. In: Boletim Saúde | Porto Alegre | v. 24 | n. 2 | p. 13-24 | jul./dez. 2010. p. 15.

²³ BRASIL. 1990. Op. cit.

²⁴ BRASIL. 1990. Op. cit.

²⁵ De acordo com o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), “São vários os componentes do mercado privado de saúde no Brasil, destacando-se os seguintes: 1) o principal é o mercado de seguros de saúde; 2) prestadores de serviços de saúde do setor suplementar; 3) prestadores de serviços de saúde para o SUS; 4) gestores privados de serviços públicos de saúde. Os dois primeiros se beneficiam do incentivo fiscal que permite aos seus clientes descontar 100% dos seus gastos em saúde dos valores devidos ao Imposto de Renda. Além desses quatro componentes do setor privado, não se pode esquecer que todos os principais fornecedores de equipamentos, medicamentos e insumos biomédicos são privados e se beneficiam do fato de o SUS constituir um dos maiores mercados compradores dos seus produtos em todo o mundo” (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, 2014, p. 08).



arquitetado por mecanismos biopolíticos neoliberais que introjetam lógicas de privatização em detrimento do sistema público sanitário brasileiro.

3. DESAFIOS PARA O CULTIVO DOS CANTEIROS DE FRATERNIDADE: O RECONHECIMENTO DO DIREITO À SAÚDE COMO UM BEM COMUM DA HUMANIDADE NO CONTEXTO BRASILEIRO

Em que pese exista a operacionalização de um arsenal jurídico relacionado às condições de acesso e à efetivação do direito humano fundamental à saúde, constata-se que uma zona de penumbra assola a principal política pública de saúde (o SUS) e interfere na (in)efetivação e no (não)acesso a tal direito. Desde a sua gênese, percebem-se avanços e retrocessos no que diz respeito à saúde no contexto brasileiro, em razão de que as lógicas biopolíticas neoliberais tensionam as estruturas do sistema sanitário sob o jugo de processos de privatização em operacionalização. Fato que fragmenta a narrativa da saúde como um bem comum da humanidade e provoca um panorama de violações generalizadas desse direito humano fundamental. Vislumbra-se que as implicações dessa estrutura podem ser percebidas nas lógicas de privatização incutidas nos serviços de saúde, em que pese agora a saúde seja considerada um direito humano fundamental constitucionalmente perfectibilizado²⁶.

A respeito da atuação da iniciativa privada nas dimensões suplementar e complementar, Fernando Aith explica:

A atuação da iniciativa privada na área da saúde pode ser suplementar ou complementar. Será suplementar quando for desenvolvida exclusivamente na esfera privada, sem que suas ações guardem relação com o Sistema Único de Saúde. Será complementar quando for desenvolvida nos termos do art. 199 da CF, que prevê que as instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. A atuação da iniciativa privada na área da saúde deu origem a algumas instituições de direito privado, tais como os Hospitais privados, os planos e seguros de saúde, as Clínicas e laboratórios privados de saúde²⁷.

Essas “decisões”/“escolhas” pela participação da iniciativa privada no âmbito do SUS podem “irritar” o sistema da saúde com lógicas de privatização se não forem obedecidos os critérios da suplementação e complementariedade. Em síntese,

²⁶ MARTINI; KÖLLING. 2010. Op. cit.

²⁷ AITH. 2019. p. 49-50. Op. cit.



dependendo da gestão governamental, discursos²⁸ estratégicos podem orientar narrativas neoliberais de fragmentação e privatização do SUS. No que se refere à gestão do SUS, o artigo 9º da Lei nº 8.080/90 preceitua que “a direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo”²⁹. Portanto, todos os entes federados exercem gestão compartilhada³⁰ do SUS, ou seja, “no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente”³¹.

Em decorrência disso, entra em emergência um conflito alicerçado entre a responsabilidade do Estado em efetivar e garantir o acesso ao direito à saúde para todos e a escassez de recursos para efetivá-lo e possibilitar o seu acesso em toda a sua plenitude,

²⁸ Por meio do espaço temporal que compreende os anos de 1990 a 2020, período de governo democrático no Brasil, é conciso perceber os discursos dos Ministros de Saúde ao longo de tal período e a presença/ausência da fraternidade em prol/em detrimento da saúde pública. Ver o artigo DUTRA, Gabrielle Scola; GIMENEZ, Charlise Paula Colet; MARTINI, Sandra Regina. Fraternidade E Saúde Pública No Brasil: Os Discursos Dos Ministros De Saúde. In: Revista da Faculdade de Direito do Sul de Minas. V. 38. Nº 2. 2022. Acesso em: 25 jul. 2023.

²⁹ BRASIL. 1990. Op. cit.

³⁰ De acordo com a Lei do SUS, o artigo 15 refere sobre as competências e atribuições dos entes federados: “A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições: I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde; II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde; III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais; IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde; V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde; VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador; VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente; VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde; IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde; X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde; XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública; XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal; XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização; XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados; XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente; XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde; XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde; XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde; XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde; XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária; XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial” BRASIL. 1990. Op. cit.

³¹ BRASIL. 1990. Op. cit.



sob pena de incorrer em grave retrocesso social. O princípio da vedação do retrocesso social inaugura a noção de que os direitos previstos na esfera constitucional não podem ser violados pelo Poder Público, tendo em vista que tal princípio provém da lógica do Estado Democrático e Social de Direito, do “princípio da dignidade da pessoa humana, do princípio da máxima eficácia e efetividade das normas definidoras dos direitos fundamentais, do princípio da proteção da confiança e da própria noção do mínimo existencial”³². Ademais, sabe-se que o princípio da vedação do retrocesso social configura-se em um dispositivo teórico-prático utilizado para proteger a concretude dos direitos humanos fundamentais no plano do mundo real.

Nesse panorama trágico e nocivo à vida humana, percebe-se a presença do fenômeno da erosão constitucional, terminologia criada pelo filósofo alemão Karl Loewenstein em sua obra *“Teoría de la Constitución”*. Tal fenômeno é pautado na desvalorização funcional do conteúdo preceituado na Constituição, em razão da violação generalizada de seus preceitos fundamentais, ou seja, a maciça violação dos direitos humanos fundamentais corrói o caráter axiológico abarcado na Constituição Federal e reflete em uma série de comportamentos inconstitucionais por parte do Poder Público. A erosão constitucional se fundamenta no instante em que a Constituição de determinado país sofre tensionamentos em sua força normativa e em sua potencialidade de transformação do mundo real³³.

Em consonância com tal constatação, percebe-se que a inefetivação do direito humano fundamental à saúde pelo fenômeno da erosão da consciência constitucional produz um horizonte patológico e não só revela o colapso do sistema da saúde, como também um conflito entre o sistema do direito e da política perante a desestabilização do Estado Democrático de Direito³⁴. A premissa que reconhece a existência dos déficits estruturais enquanto potencializadores da crise no SUS no contexto brasileiro traz justamente à tona um necessário (re)pensar sobre os limites e as possibilidades de se efetivar o que está previsto na CF/88, no sentido de ser necessário consolidar uma gestão robusta do SUS que preze pelo investimento dos recursos públicos em prol da efetivação e do acesso ao direito humano fundamental à saúde, sem que se precise realizar “escolhas

³² BARROSO, Luís Roberto. O direito constitucional e a efetividade de suas normas. 5ª edição. Rio de Janeiro: Editora Renovar, 2001. p. 158.

³³ LOEWENSTEIN, Karl. *Teoría de la Constitución*. Barcelona: Editora Ariel. 1983.

³⁴ LOEWENSTEIN, Karl. *Teoría de la Constitución*. Barcelona: Editora Ariel. 1983.



*trágicas*³⁵ e, por consequência, promover uma gestão dos recursos públicos em benefício de uma existência humana pautada no enfrentamento das condições de precariedade e vulnerabilidade existencial humana.

Acontece que “com o intuito de evitar a guerra entre irmãos (particular) ou a guerra entre Estados (pública) instituiu-se a figura de um poder soberano que rege as relações, impõe castigos quando ocorrem infrações e faz a guerra em busca da paz”³⁶. Produto dessa “irritação” é um Estado de Coisas Inconstitucional na seara da saúde pública brasileira. Sob essa ótica, o Superior Tribunal Federal (STF) por intermédio do informativo nº 582/2010 já entendeu a respeito do direito à saúde no contexto das “escolhas trágicas”:

O direito à saúde - além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas representa consequência constitucional indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional³⁷.

O *locus* da saúde deve ser encarado como espaço comum de efetivação e acesso a direitos humanos fundamentais, bem como de reconhecimento de tal direito enquanto um bem comum da humanidade. Para que haja esse reconhecimento, o SUS precisa ser defendido e protegido de lógicas corrosivas! Então, a partir de tal proposta, no ano de 2018, a Organização Pan-Americana em Saúde (OPAS) desenvolveu o Relatório “30 anos de

³⁵ O conceito de escolhas trágicas foi desenvolvido por Guido Calabresi e Philip Bobbitt na obra *Tragic Choices*. O termo parte da premissa do equilíbrio das decisões possíveis de serem consolidadas com os recursos públicos existentes, no sentido de que o sistema do direito conduz decisões no campo da saúde para o contexto das “escolhas trágicas”, à medida em que a Administração Pública não detém recursos satisfatórios para atender todas as demandas pleiteadas CALABRESI, Guido. BOBBITT, Philip. *Tragic Choices*, The conflicts Society confronts in the allocation of tragic scarce resources. New York: Norton & Company, 1978. O conflito entre o sistema do direito e o sistema da política no âmbito da saúde potencializam o fenômeno da judicialização da saúde, o qual conduz decisões que se projetam enquanto “escolhas trágicas”. Nessa conjuntura, deve-se apostar em mecanismos de tratamento de conflitos sanitários que se configurem enquanto respostas ecológicas aos conflitos sociojurídicos e instrumentos de efetivação do direito humano fundamental à saúde no Brasil, como a mediação sanitária. Aqui, a fraternidade detém potencialidade para ser incorporada nas práticas mediativas no campo da saúde. A mediação sanitária se personifica em mediação fraterna sanitária a partir da constituição de uma atmosfera comum compartilhada que escolhe o diálogo pelo entendimento entre os envolvidos no liame conflitivo. Por isso, “a aposta na mediação como política pública de saúde pública é uma aposta em comum, uma ação cooperativa, pois as pessoas transformam-se juntas dentro de seus próprios conflitos, na construção e defesa do bem comum” GIMENEZ, Charlise Paula Colet; MARTINI, Sandra Regina. Limites E Possibilidades Da Mediação Sanitária Como Política Pública Em Tempos De Transpandemia COVID-19. In: Formas consensuais de solução de conflitos [Recurso eletrônico on-line]. Organização CONPEDI Coordenadores: Adriana Silva Maillart; Valter Moura do Carmo – Florianópolis: CONPEDI, 2021. p. 128

³⁶ SPENGLER, Fabiana Marion. Uma Nova Abordagem Dos Conflitos Sociojurídicos Por Meio Do Direito Fraterno. In: Revista Direito em Debate. A no X IV nº 26, ju I./ dez. 2006. p. 35.

³⁷ SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). Informativo nº 582 de 12 a 16 de abril de 2010. 2010.



SUS”, com o intuito de produzir um conjunto de recomendações, estratégias e metas a serem perseguidas a partir de uma Agenda de cooperação técnica até o ano de 2030. O relatório aponta a imprescindibilidade do enfrentamento de incoerências estruturais que acometem o sistema público de saúde brasileiro, quais sejam: o subfinanciamento e a fragmentação do SUS por lógicas de privatização, as incongruências desiguais na distribuição de profissionais, o déficit entre a formação profissional e as demandas registradas dos serviços e atendimentos à saúde, a desumanização no atendimento, entre tantas outras que acometem patologicamente o sistema³⁸.

Do mesmo modo, tal documento constitui discussões orientadas a partir da necessidade da construção de diálogos entre Governo e Sociedade, com o objetivo de produzir reflexões sobre a urgência do fortalecimento, da manutenção e da sustentabilidade do SUS, bem como adotar uma sistemática fraterna que seja capaz de superar as incongruências percebidas na operacionalização do sistema sanitário brasileiro. Considerando um horizonte sanitário composto por conquistas, experiências, limitações, desafios e possíveis tendências atualmente percebidas, no contexto geracional de passado, do presente e para o futuro, o relatório pretendeu desenvolver perspectivas³⁹ que

³⁸ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?. 2018.

³⁹ Diante disso, recomendações foram produzidas e apresentadas no aludido relatório, tendo em vista sua importância em prol da concretização da Agenda 2030: “1 O subfinanciamento crônico do SUS, agravado pela crise econômica e pela austeridade fiscal, como obstáculo para que o país alcance as metas de ODS. 2 A necessidade de reduzir a fragmentação do SUS, com o aperfeiçoamento dos arranjos interfederativos, na busca de soluções que preservem a autonomia dos municípios, e, também facilitem a regionalização dos serviços e a efetiva coordenação do cuidado. 3 Destaca-se a importância de estender a cobertura com o modelo de atenção baseada na APS. 4 A necessidade de expansão e consolidação de uma APS Forte, que ordena as redes de atenção à saúde e as integra aos sistemas de vigilância em saúde. A importância de se reforçar o enfoque da Medicina de Família e Comunidade, assim como as ações concretas sobre os determinantes da saúde, para melhorar a equidade e a resolutividade dos serviços de saúde do SUS. 5 O aperfeiçoamento do marco jurídico para garantia do princípio da integralidade, de maneira a evitar o fenômeno da excessiva judicialização no SUS. Da mesma forma, os instrumentos de regulação assistencial precisam ser aperfeiçoados para garantia da equidade e da segurança da atenção. 6 A garantia de recursos humanos preparados, motivados e com vínculo empregatício mais estável em todo o Sistema. Persistem os problemas de equidade na distribuição de pessoal e descompasso entre a formação profissional e as necessidades dos serviços de saúde. Esforços importantes como o Programa Mais Médicos, à luz dos resultados registrados na ampliação da cobertura e do acesso aos serviços e na redução das desigualdades, precisam ser mantidos e consolidados. 7 A necessidade de fortalecimento da vigilância em saúde e dos laboratórios de saúde pública foi identificada diante das experiências nas últimas epidemias. Para isto, faz-se necessário a qualificação de pessoal, ações intersetoriais e incorporação de novas tecnologias que tenham evidências de ser eficazes. 8 O aperfeiçoamento das estratégias e mecanismos de participação social no SUS é uma outra área que requer atenção. Entende-se favorável a realização do diálogo entre o Estado brasileiro e a sociedade em geral, com vistas a refletir sobre os direitos previstos na Constituição Federal de 1988 com a manutenção e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018, p. 06-07).



auxiliassem no alcance das metas estabelecidas pelos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), mais precisamente o ODS nº 3: “Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar de todos”. Sobretudo, “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 sociais, principalmente da parcela da população que não tem acesso a esses direitos”⁴⁰.

Logo, constata-se a imprescindibilidade do SUS responder satisfatoriamente às demandas de complexidade crescentes que permeiam a sua existência, no sentido de intensificar estratégias que possibilitem uma potencialização da área de atenção básica, ampliar o oferecimento de serviços públicos, “promover a integração entre os diferentes níveis de assistência, de maneira 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”⁴¹. Essas apostas fundamentam uma retomada de consciência comunitária que reconhece que o Sistema Único de Saúde é resultado de um percurso histórico de reivindicações e lutas pela consolidação de sua estrutura. Do mesmo modo, “as mazelas acerca da gestão que assolam o SUS são inegáveis, mas o mais inegável é que, se liquidarmos com esse sistema, estaremos cada vez mais distantes de concretizar o artigo 196 de Constituição, pois, para tal, o SUS é condição de possibilidade”⁴².

Diante das múltiplas nuances que orientam as fragilidades do Sistema Único de Saúde, apresenta-se a Teoria do Direito Fraternal, desenvolvida pelo jurista italiano Eligio Resta. Resta lança uma premissa paradoxal que orienta a articulação de uma base teórica que vive de apostas, mas que promete o desvelamento dos paradoxos incutidos na esfera dos Direitos Humanos: “os Direitos Humanos são aqueles direitos que somente podem ser ameaçados pela própria humanidade, mas que não podem encontrar vigor, também aqui, senão graças à própria humanidade”⁴³. Nessa perspectiva teórica, a fraternidade insere-se nesse “mundo sanitário” como uma aposta de “alternativa partilhada e convencionada que

⁴⁰ MARTINI, Sandra Regina; KÖLLING, Gabrielle. 2010. p. 19. Op. Cit.

⁴¹ MARTINI, Sandra Regina; KÖLLING, Gabrielle. 2010. p. 19. Op. cit.

⁴² MARTINI, Sandra Regina; KÖLLING, Gabrielle. 2010. p. 22. Op. Cit.

⁴³ RESTA, Eligio. O direito fraterno [recurso eletrônico]. 2ª Edição. Tradução de: Bernardo Baccon Gehlen, Fabiana Marion Spengler e Sandra Regina Martini. Santa Cruz do Sul: Essere nel Mondo, 2020. p. 13.



tem por base o Direito fraterno, inclusivo, que pode não só aplicar o remédio, mas também observar a doença, buscando sua profilaxia”⁴⁴.

Para Resta, o paradoxo da humanidade precisa ser desvelado por meio de uma relação comunicacional e comunitária de dimensões ecológicas⁴⁵ que pulsa no ritmo de pactos de fraternidade:

A humanidade é igual à ecologia: não é feita apenas de rios incontaminados e ar despoluído, mas também de seus opostos; a humanidade, dizia-se, pode ameaçar somente a si mesma. Seu paradoxo está todo nessa dimensão ecológica; assim, os direitos “invioláveis” da humanidade não podem ser ameaçados senão pela humanidade e não podem ser tutelados senão pela própria humanidade⁴⁶.

A fraternidade é sinônimo de autorresponsabilidade pela humanidade, também é pacto ético e compartilhado que desvela paradoxos e configura-se como mecanismo que potencializa processos de reconhecimento que se emancipam “da rivalidade destrutiva típica do modelo dos “irmãos inimigos”. É fato que a identificação do “inimigo” está sempre voltada à manutenção dos confins territoriais e identitários”⁴⁷. A abertura de novos horizontes pela fraternidade, é a aposta em um modelo não vencedor, mas possível de ser posto em prática no mundo real. A partir do binômio Direito e fraternidade, “retorna um modelo convencional de Direito, “jurado conjuntamente” entre irmãos, e não imposto, como se diz, pelo “pai senhor da guerra”. Jurado conjuntamente, mas não produto de um “conluio”⁴⁸”.

Devido à produção de complexidade, percebe-se que as tensões no campo da saúde pública no Brasil são transversais, pautam-se em arranjos problemáticos que provêm de questões internas e externas, à medida que se disseminam dentro e fora das fronteiras do Estado-nação. Entretanto, com a articulação exitosa do SUS, pelas mãos da fraternidade, o Brasil deve ser reconhecido como protagonista em saúde global no plano concreto⁴⁹.

⁴⁴ SPENGLER, Fabiana Marion. Uma Nova Abordagem Dos Conflitos Sociojurídicos Por Meio Do Direito Fraterno. In: Revista Direito em Debate. A no X IV nº 26, ju I./ dez. 2006. p. 55.

⁴⁵ Sob a dimensão ecológica da perspectiva de Eligio Resta, “La mirada ecológica que hay que esforzarse por conquistar es la opuesta a esa “entparadoxierung” que se esconde en fronteras disciplinarias, por la que se mira al todo siendo una parte del todo” (RESTA, 2022, p. 380-381).

⁴⁶ RESTA, Eligio. O direito fraterno [recurso eletrônico]. 2ª Edição. Tradução de: Bernardo Baccon Gehlen, Fabiana Marion Spengler e Sandra Regina Martini. Santa Cruz do Sul: Essere nel Mondo, 2020. p. 20.

⁴⁷ RESTA, Eligio. 2020. p. 20. Op. Cit.

⁴⁸ RESTA, Eligio. 2020. p. 30. Op. Cit.

⁴⁹ No pensamento de Deisy Ventura, “a expressão “saúde internacional” vem gradativamente sendo substituída pelo polêmico e polissêmico termo “saúde global”. Enquanto o primeiro é geralmente utilizado para



Dessa forma, o SUS deve ser encarado enquanto um projeto central da democracia brasileira porque sua importância orienta o eixo de resposta do país à complexidade da saúde humana que se sofisticava no decorrer do percurso civilizacional⁵⁰. Retoma-se novamente as duas estrelas fixas entoadas na sociedade mundo, quais sejam: “mundo” e “humanidade, no sentido de que o SUS deve ser uma estrutura que comporte a saúde como um bem comum da humanidade. A partir dessa significação, essa “humanidade” (sobre)vivente nesse “mundo” produz um arranjo de multifacetadas necessidades e demandas por saúde que precisam ser supridas por um modelo de saúde pública que seja capaz de enfrentar a amálgama de complexidades que atravessam a existência humana. Para isso, o SUS deve estruturar-se de forma coerente com seus princípios de funcionamento (universalização, equidade e integralidade).

Aqui, um horizonte de biografias e cartografias de superdiversidade e pluralidade humana precisam ser consideradas, tendo em vista que o SUS compromete-se em realizar um atendimento humanizado e promover um acesso universal às ações e serviços para todas as pessoas que dele necessitam. Então, é uma proposta concreta de inclusão universal, onde a fraternidade está em consonância com sua potencialidade biopolítica e desveladora de paradoxos (que são biopolíticos, por excelência!). O Brasil é um país que concentra um significativo número de pessoas que restam em condições de precariedade e são acometidas por processos de vulnerabilidade, motivo pelo qual a sistemática do SUS deve vislumbrar a atenção especial à saúde dessa população.

Ademais, para que o acesso à saúde e a efetivação de tal direito humano fundamental sejam plenos na dimensão da dignidade humana, o Sistema Único de Saúde deve considerar, de forma fraterna, a interseccionalidade das especificidades humanas e a diversidade territorial no âmbito brasileiro. Tal noção também enfatiza a percepção de que alguns locais do país (municípios, estados, regiões, etc.) precisam de mais atenção dos gestores públicos sanitários do que outros, no momento da operacionalização do sistema sanitário em prol da facilitação do acesso às ações e aos serviços de saúde no SUS.

se referir a acordos e projetos de cooperação entre Estados, o segundo abrange novos atores e temas inovadores. Há também uso mais difundido da expressão “diplomacia da saúde global”, que consiste em negociações de saúde pública além das fronteiras e em fóruns de saúde e outras áreas afins, governança de saúde global, política externa e saúde e desenvolvimento de estratégias de saúde nacionais e globais” (VENTURA, 2013).

⁵⁰ VENTURA, Deisy. “A retomada do SUS como projeto central da democracia brasileira deve ser prioridade em 2023”. In: CENTRO DE ESTUDOS ESTRATÉGICOS DA FIOCRUZ (Antônio Ivo de Carvalho). 2022.



Destarte, “no Brasil, país com dimensões continentais, a diversidade geográfica, econômica, social e cultural da população é de grande relevância e impacta fortemente as necessidades de saúde de cada região”⁵¹.

Por isso, “as políticas públicas de saúde organizadas pelo Estado vêm trabalhando fortemente com o conceito de grupos em condição de vulnerabilidade”⁵². Afinal, a própria compreensão sobre a saúde apenas pode ser estabelecida quando se conceber o plano concreto da sociedade, em que os seres humanos tanto atuam como protagonistas da constituição de “seus contornos gerais, quanto do controle de sua fixação em cada caso particular”⁵³. O direito à saúde detém peculiaridades para ser efetivado em contextos de precariedade de vida e vulnerabilidade. Nessa narrativa, “o conceito de vulnerabilidade está relacionado a grupos sociais marginalizados, excluídos dos benefícios e direitos que deveriam ser comuns a todos”⁵⁴.

A codificação inclusão/exclusão nesse arranjo patológico adquire um engendramento potente porque empurra aquelas pessoas mais atingidas por tais processos forjadores em direção às bordas das formas de vida. As formas de vida humana em condições de precariedade e acometidas por processos de vulnerabilidade social “possuem necessidades específicas de saúde que diversificam as necessidades e tornam, assim, mais complexas as dificuldades de organizar a rede pública de assistência à saúde da população que vive” em contextos problemáticos⁵⁵. O debate no cenário brasileiro sobre as vulnerabilidades e precariedades existenciais humanas na seara da saúde é orientado por discussões sobre “as iniquidades de saúde que atingem principalmente os grupos em condição de vulnerabilidades socioeconômico-culturais”⁵⁶.

Em consonância com o pensamento de Fernando Aith e Nayara Scalco, há dois tipos de vulnerabilidade no campo da saúde que acentuam as iniquidades:

Quando se trata de pessoas em condição de vulnerabilidade na área da saúde, pode-se identificar claramente dois tipos: vulnerabilidade por condições de saúde,

⁵¹ AITH, Fernando Mussa Abujamra; SCALCO, Nayara. Direito à saúde de pessoas em condição de vulnerabilidade em centros urbanos. In: Revista USP. São Paulo. Nº 107. p. 43-54. outubro/novembro/dezembro. 2015. p. 48.

⁵² AITH, Fernando Mussa Abujamra; SCALCO, Nayara. Direito à saúde de pessoas em condição de vulnerabilidade em centros urbanos. In: Revista USP. São Paulo. Nº 107. p. 43-54. outubro/novembro/dezembro. 2015. p. 48.

⁵³ AITH, Fernando Mussa Abujamra; SCALCO, Nayara. 2015. p. 46. Op. Cit.

⁵⁴ AITH, Fernando Mussa Abujamra; SCALCO, Nayara. 2015. p. 49. Op. Cit.

⁵⁵ AITH, Fernando Mussa Abujamra; SCALCO, Nayara. 2015. p. 48. Op. Cit.

⁵⁶ AITH, Fernando Mussa Abujamra; SCALCO, Nayara. 2015. p. 46. Op. Cit.



que afeta aqueles que, por alguma condição biológica ou do ciclo de vida, necessitam de cuidado mais específico; e vulnerabilidades socioeconômico-culturais oriundas da condição de vida de determinado grupo e/ou indivíduo, que o torna mais fragilizado socialmente e dependente de tratamento diferenciado a ser dado pelo sistema público de saúde.⁵⁷

A respeito de tal distinção, os processos de vulnerabilidade e precariedade de vida são produto de iniquidades sociais de dimensões interseccionais (renda, raça, classe, gênero, moradia, nacionalidade, local, etc.), ou seja, “os desafios do sistema de saúde brasileiro envolvem a necessidade de superar as dificuldades provocadas por essas iniquidades”⁵⁸. Em decorrência desse panorama sanitário, “é preciso que o SUS esteja estruturado adequadamente, já que grande parte das ações e dos serviços de saúde voltados aos grupos em condições de vulnerabilidade específicos é prestada no âmbito da rede de serviço geral do SUS”⁵⁹. Sendo assim, “encontrar o equilíbrio entre os serviços gerais do SUS e os serviços especiais a serem oferecidos para os grupos em condições de vulnerabilidade é fundamental”⁶⁰.

Outrossim, a política pública do SUS precisa ser articulada e executada de maneira intersetorial, cumulando “diferentes conhecimentos técnicos e, principalmente, de forma participativa, de modo que a população se envolva na elaboração, no controle e na avaliação das políticas públicas de saúde em seus territórios”⁶¹. Sobre a intersetorialidade, como prática e mecanismo de gestão no campo da saúde a partir de serviços sanitários gerais e especiais, sabe-se que comporta a constituição de espaços comuns compartilhados “de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção da saúde e na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a população”⁶². Nessa proposta, a fraternidade pode cultivar “canteiros de fraternidade” que (res)signifiquem o *locus* da saúde pública brasileira como espaços de inclusão plena, ou seja, nesses espaços sanitários, a vida precária acometida por processos de vulnerabilidade pode ser humanizada, vista, vislumbrada e assim, tratada com dignidade, reconhecida em todas as suas nuances de superdiversidade.

⁵⁷ AITH, Fernando Mussa Abujamra; SCALCO, Nayara. 2015. p. 49. Op. Cit.

⁵⁸ AITH, Fernando Mussa Abujamra; SCALCO, Nayara. 2015. p. 50. Op. Cit.

⁵⁹ AITH, Fernando Mussa Abujamra; SCALCO, Nayara. 2015. p. 52. Op. Cit.

⁶⁰ AITH, Fernando Mussa Abujamra; SCALCO, Nayara. 2015. p. 52. Op. Cit.

⁶¹ AITH, Fernando Mussa Abujamra; SCALCO, Nayara. 2015. p. 52. Op. Cit.

⁶² MACHADO, Lourdes. Construindo a Intersetorialidade. In: Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina. 2020. p. 06.



Nessa significação, Lourdes Machado refere sobre a importância de se potencializar a intersetorialidade na seara do SUS, tendo em vista que tal dimensão:

Permite considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas em saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores como educação, trabalho, emprego, habitação, cultura, segurança e outros. Remete também ao conceito de rede, cuja prática requer articulações, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações. O contexto da intersetorialidade estimula e requer mecanismos de envolvimento da sociedade. Demanda a participação dos movimentos sociais nos processos decisórios sobre qualidade de vida e saúde de que dispõem⁶³.

Assim, a intersetorialidade é um processo que precisa ser construído, em razão de que “entender a intersetorialidade como estratégia democratizadora, onde se compartilham saberes e poderes diversos, para enfrentar problemas diversos e dar uma resposta a uma necessidade ou situação”⁶⁴. Nesse escopo, a fraternidade apresenta-se como um mecanismo biopolítico de conexão entre o acesso e a efetivação do direito à saúde no território brasileiro, pois converte-se em uma desveladora dos paradoxos incutidos no *locus* da saúde pública no Brasil. É preciso torná-la regra e incorporar sua presencialidade na dinâmica do SUS para que seja possível enfrentar as iniquidades na área da saúde e outras mazelas que comprometem a funcionalidade do Sistema Único de Saúde, já que “como sistema universal, o SUS está organizado para atender a todos os que estiverem em território nacional”⁶⁵.

Logo, a fraternidade perfectibiliza-se enquanto ponte para se alcançar a plenitude existencial humana porque se articula enquanto dispositivo que catalisa liames problemáticos e produz uma atmosfera de harmonização estrutural no âmbito do SUS a partir da desobstrução de suas vias de acesso e efetivação do direito à saúde, enfrentando os tensionamentos estruturais provocados pela vulnerabilidade e pela precariedade humana presentes nas iniquidades. Na contramão dos fluxos biopolíticos neoliberais, o anacronismo da fraternidade estimula a abertura para horizontes fraternos como projeto civilizatório de transformação do mundo real no campo da saúde pública brasileira. A

⁶³ MACHADO, Lourdes. Construindo a Intersetorialidade. In: Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina. 2020. p. 06.

⁶⁴ MACHADO, Lourdes. 2020. p. 07. Op. Cit.

⁶⁵ AITH, Fernando Mussa Abujamra; SCALCO, Nayara. Direito à saúde de pessoas em condição de vulnerabilidade em centros urbanos. In: Revista USP. São Paulo. Nº 107. p. 43-54. outubro/novembro/dezembro. 2015. p. 50.



fraternidade é contratempo, “na exata acepção de “andar contra o tempo”, no sentido de remar contra a corrente ou, quem sabe, interromper a linearidade que vai do início ao fim”⁶⁶.

O fortalecimento e a manutenção do SUS enquanto principal política pública sanitária brasileira passa, necessariamente, pela superação dos processos de privatização (modelo *pater*) e ingressa na trama da potencialização de espaços comuns compartilhados (aposta *frater*) de efetivação de direitos humanos fundamentais, como a saúde pública por intermédio do SUS. Assim, a fraternidade é aquele mecanismo que rompe o conluio dos “lobos artificiais” que impõem competições e rivalidades, à medida que a lógica no conluio denota “o crime cometido em conjunto”⁶⁷. O Direito forjado pela fraternidade converte-se em “um projeto simbólico nascido com a modernidade, aquele do abatimento de um Direito paterno, existente desde sempre, dado por Deus, da tradição, da natureza, ou seja, daqueles legados que obstaculizavam o imperativo de transformação”⁶⁸.

Oscilações semânticas apontam para a ideia de que o sacrifício da esfera *pater* precisa ser feito, à medida em que o campo da saúde pública brasileira é um espaço em que a fraternidade encontra seus limites e possibilidades de incorporação, centra-se “na criação de regras de compartilhamento e de convivência mútua”⁶⁹. Deve ser um espaço onde o Estado e a população convivem em comunhão de pactos “jurados em conjunto”. É preciso resgatar a fraternidade das masmorras revolucionárias, redimensioná-la em relação à igualdade e à liberdade. Em outras palavras, quando retomada, a fraternidade possibilita o rompimento de fronteiras/barreiras atreladas à inefetivação e a obstaculização do acesso aos direitos humanos fundamentais. No entanto, sob a égide da sociedade atual, para que esse projeto civilizatório seja concreto no *locus* da saúde, a fraternidade requer “a condição de dependência de tudo e de todos”⁷⁰.

A produção de pactos pela inclusão universal é imperiosa. Portanto, “a fraternidade está fundada na lei da amizade, no compartilhar, no pactuar. Talvez por isso ela tenha ficado escondida nas masmorras da Revolução Francesa, mas é preciso resgatá-la; e a saúde é,

⁶⁶ SPENGLER, Fabiana Marion. 2006. p. 43. Op. Cit.

⁶⁷ SPENGLER, Fabiana Marion. 2006. p. 45. Op. Cit..

⁶⁸ SPENGLER, Fabiana Marion. 2006. p. 44. Op. Cit.

⁶⁹ SPENGLER, Fabiana Marion. 2006. p. 52. Op. Cit.

⁷⁰ MARTINI, Sandra Regina. STURZA, Janaína Machado. A Produção Do Direito Através De Um Espaço De Todos E Para Todos: O Direito À Saúde Da População Migrante. In: Novos Estudos Jurídicos. 23(3), 1010-1040. 2018. p. 1012.



sem dúvida, um bom lugar para desvelar este pressuposto”⁷¹. Trazer à tona a fraternidade diante do seu esquecimento/lembrança ao considerar a tríade revolucionária “Liberdade, Igualdade e Fraternidade”, é constatar que por muito tempo houveram tentativas inexitosas de sua substituição. Talvez o medo do novo, do risco e da aposta na fraternidade, tomou conta da humanidade e ela acabou sendo escorraçada em direção às bordas da trama histórica. Concretamente, seu lugar nunca foi preenchido, ficou vago, porque somente ela tem potencialidade para (re)codificar e (re)dimensionar sua própria tríade. É a “chave-mestra” que recoloca em questão a humanidade como lugar comum, “agora retorna com força, já que os demais pressupostos da revolução iluminista não conseguiram efetivar políticas públicas capazes de incluir sem excluir”⁷².

Conforme Sandra Regina Martini e Janaína Machado Sturza sobre o paradoxo da inclusão/exclusão no contexto da saúde:

O paradoxo da inclusão/exclusão, na realidade dos fatos, depara-se com lógicas de um mercado que não observa o indivíduo e se distancia de qualquer possibilidade solidária e fraterna. O sentido da fraternidade que inclui desaparece nos meandros dos interesses de mercado que muitas vezes esquecem e ignoram as pessoas. A saúde, neste contexto, pode ser considerada como um tema indicativo de como a dimensão da inclusão, sempre proclamada, pode naufragar nas dificuldades econômicas ou mesmo nas questões normativas. A dialética exclusão/inclusão, a prova dos fatos se encontra com a lógica de um mercado que não olha para a pessoa e se afasta da dimensão solidária.⁷³

Nesse contexto de codificação inclusão/exclusão, as autoras exemplificam a operacionalização de tal código através da observação dos fenômenos sociais contemporâneos. A partir de tal ponto de observação, nota-se o enclausuramento da “cidadania” nas lógicas sanitárias porque ainda limitadas a ideia de Estado-nação e os seus limites soberanos, ao passo que se convive com “diversos medos de entender o processo de integração, diferentes contextos culturais impõem mais de um obstáculo à realização de uma fraternidade, que se liberando dos vínculos da cidadania, coloque em “jogo um novo modelo de comunidade política”⁷⁴. O Direito Fraterno é fundamentado na ideia de um direito que transcende os confins fechados da cidadania e amplia os horizontes da humanidade

⁷¹ MARTINI, Sandra Regina. STURZA, Janaína Machado. A Produção Do Direito Através De Um Espaço De Todos E Para Todos: O Direito À Saúde Da População Migrante. In: Novos Estudos Jurídicos. 23(3), 1010-1040. 2018. p. 1013.

⁷² MARTINI, Sandra Regina. STURZA, Janaína Machado. 2018. p. 1013. Op. Cit.

⁷³ MARTINI, Sandra Regina. STURZA, Janaína Machado. 2018. p. 1034. Op. Cit.

⁷⁴ MARTINI, Sandra Regina. STURZA, Janaína Machado. 2018. p. 1027. Op. Cit.



rumo a uma nova forma de observação dos fenômenos sociojurídicos, inclui sem excluir, aposta sem impor, logo, é uma forma de inclusão universal, estimula o fortalecimento da “comunidade das comunidades” que é a própria humanidade em si mesma.

Destarte, é preciso abandonar a totalização do conceito de “cidadania”⁷⁵ e contemplar a dimensão fraterna da “humanidade”. A proposta da fraternidade é o nascimento de uma nova ordem jurídica (e justa) “de níveis múltiplos”. Em outras palavras, “esta nova forma de observar não é a mercadológica, mas é centrada na afirmação da inderrogabilidade universal dos direitos humanos”⁷⁶. A sociedade que performatiza na complexidade atual “é também o *logos* da ambivalência, vemos que, por meio da busca da saúde – como bem da humanidade – esta ambivalência pode refletir-se na cooperação entre estados e povos”⁷⁷. Acrescenta-se que pondo em evidência a existência do paradoxo da ambivalência contido no conteúdo valorativo da fraternidade “que nos damos conta de que a oportunidade de regular o mundo só é possível estando no próprio mundo, ou, ainda, cada determinação de mundo apenas pode ser realizada na sociedade e só por meio desta”⁷⁸.

Em que pese a saúde seja um bem comum da humanidade e um direito humano fundamental, ela ainda precisa ser preenchida pela performatividade da fraternidade, porque “o mundo vem sendo delimitado, medido, dividido e apropriado. Esta história pode ser alterada; é preciso entender a sociedade como um local possível de transformação social”⁷⁹. Os “canteiros do direito fraterno” precisam ser cultivados cada vez mais a partir

⁷⁵ Douglas Cesar Lucas refere sobre a concepção excludente de cidadania que “com a emergência e consolidação do Estado-nação, a conformação jurídica da cidadania nacional formatou praticamente todas as relações entre os indivíduos e o poder político, tornando-se a mais importante referência geradora de pertença e de proteção dos direitos do homem por parte do Estado. A cidadania nacional passou a representar a forma institucional de pertencer a uma determinada comunidade e o limite de diferenciação em relação aos não nacionais, ou mesmo em relação aos nacionais de segunda classe, como durante muito tempo foram consideradas as mulheres e os homens não proprietários, por exemplo. A perspectiva nacionalista da cidadania funciona ideologicamente como demarcadora imaginária entre aqueles que pertencem a uma nação e aqueles que não pertencem, estabelecendo uma redução das complexidades internas, dos choques culturais, das batalhas territoriais, que precisam ser governadas e agrupadas em uma mesma forma de pertencer a um só lugar” LUCAS, Douglas Cesar. Direitos Humanos, Diversidade Cultural e Imigração: a ambivalência das narrativas modernas e a necessidade de um paradigma de responsabilidade comuns. In: JULIOS-CAMPUZANO, Alfonso de. COPETTI SANTOS, André Leonardo. LUCAS, Douglas Cesar. Direitos Humanos, Imigração e Diversidade: Dilemas da vida em movimento na Sociedade Contemporânea. Ijuí, RS: Ed. Unijuí, 2016. p. 113.

⁷⁶ MARTINI, Sandra Regina. STURZA, Janaína Machado. 2018. p. 1015. Op. Cit.

⁷⁷ MARTINI, Sandra Regina. STURZA, Janaína Machado. 2018. p. 1018. Op. Cit.

⁷⁸ MARTINI, Sandra Regina. STURZA, Janaína Machado. 2018. p. 1015. Op. Cit.

⁷⁹ MARTINI, Sandra Regina. STURZA, Janaína Machado. 2018. p. 1015. Op. Cit.



da produção de espaços onde os seres humanos vivem e compartilham o caráter humano da humanidade, “onde a democracia, em que pese suas dificuldades, torna-se possível”⁸⁰.

Assim, o mecanismo da fraternidade necessita ser “ativado” e “despertado” pela humanidade, ou seja, “é de suma relevância uma efetiva participação das populações para que sejam ampliadas as condições de saúde”⁸¹. A semântica da “participação” orienta um protagonismo dos seres humanos enquanto integrantes de determinado tecido social, ou seja, é a “participação” da pessoa ao destino da comunidade em que vive”⁸². Entretanto, a fraternidade não é um mecanismo metafísico e imaginário, mas sim um mecanismo biopolítico muito concreto que está na ordem do dia.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Da tragédia sanitária à tragédia humanitária, a humanidade tanto produz suas próprias patologias (sejam elas biológicas ou sociais), quanto detém a potencialidade de enfrentá-las. Nessa ótica, é preciso desvelar o paradoxo incutido no direito humano fundamental à saúde, especialmente, produzir respostas às problemáticas sanitárias que se apresentam no campo da saúde pública brasileira. Fala-se, aqui, da projeção de apostas, desafios e de possibilidades de estimular práticas fraternas no campo do Sistema Único de Saúde (SUS) para que se contemple o “direito a ter direitos”. Assim, diante da operacionalização de patologias sociais e déficits estruturais que povoam o campo sanitário público brasileiro, constata-se que é possível analisar a crise no SUS a partir da Teoria do Direito Fraterno.

Quando se discute a saúde pública no Brasil a partir da percepção da saúde como um bem comum da humanidade e um direito humano fundamental, constata-se que a fraternidade apresenta-se enquanto um mecanismo capaz de ser incorporado no campo da saúde pública em prol do enfrentamento às mazelas que corroem a funcionalidade do SUS brasileiro e, por consequência, o acesso e efetivação do direito à saúde. Portanto, aposta-se que a fraternidade apresenta-se como um mecanismo biopolítico de conexão entre o acesso e a efetivação do direito à saúde no território brasileiro, pois converte-se em uma desveladora dos paradoxos incutidos no *locus* da saúde pública no Brasil. Assim, é preciso

⁸⁰ MARTINI, Sandra Regina. STURZA, Janaína Machado. 2018. p. 1026. Op. Cit.

⁸¹ MARTINI, Sandra Regina. STURZA, Janaína Machado. 2018. p. 1029. Op. Cit.

⁸² MARTINI, Sandra Regina. STURZA, Janaína Machado. 2018. p. 1033. Op. Cit.



torná-la regra e incorporar sua presencialidade na dinâmica do SUS para que seja possível enfrentar as iniquidades na área da saúde e outras mazelas que comprometem a funcionalidade do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

AITH, Fernando Mussa Abujamra. Manual de direito sanitário com enfoque em vigilância em saúde. Brasília, DF: CONASEMS, 2019.

AITH, Fernando Mussa Abujamra; SCALCO, Nayara. Direito à saúde de pessoas em condição de vulnerabilidade em centros urbanos. In: Revista USP. São Paulo. Nº 107. p. 43-54. outubro/novembro/dezembro. 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/115112-Texto%20do%20artigo-209836-1-10-20160504.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2023.

BARROSO, Luís Roberto. O direito constitucional e a efetividade de suas normas. 5ª edição. Rio de Janeiro: Editora Renovar, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf. Acesso em: 25 jul. 2023.

BRASIL. Constituição Da República Federativa Do Brasil De 1988. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 22 jul. 2023.

BRASIL. Lei Nº 8.080, De 19 De Setembro De 1990: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias. Acesso em: 22 jul. 2023.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 25 jul. 2023.

CALABRESI, Guido. BOBBITT, Philip. Tragic Choices, The conflicts Society confronts in the allocation of tragic scarce resources. New York: Norton & Company, 1978.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). Manifesto do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde em defesa do direito universal à saúde: saúde é direito e



não negócio. 2014. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/09/Manifesto_Cebes_Sa%C3%BAde_%C3%A9_direito_e_n%C3%A3o_neg%C3%B3cio.pdf. Acesso em: 25 jul. 2023.

GIMENEZ, Charlise Paula Colet; MARTINI, Sandra Regina. Limites E Possibilidades Da Mediação Sanitária Como Política Pública Em Tempos De Transpandemia COVID-19. In: Formas consensuais de solução de conflitos [Recurso eletrônico on-line]. Organização CONPEDI Coordenadores: Adriana Silva Maillart; Valter Moura do Carmo – Florianópolis: CONPEDI, 2021. Disponível em: <http://site.conpedi.org.br/publicacoes/276gsltp/b1owv69o/88815jZ68X05E8Zf.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2023.

LOEWENSTEIN, Karl. Teoria de la Constitución. Barcelona: Editora Ariel. 1983.

LUCAS, Douglas Cesar. Direitos Humanos, Diversidade Cultural e Imigração: a ambivalência das narrativas modernas e a necessidade de um paradigma de responsabilidade comuns. In: JULIOS-CAMPUZANO, Alfonso de. COPETTI SANTOS, André Leonardo. LUCAS, Douglas Cesar. Direitos Humanos, Imigração e Diversidade: Dilemas da vida em movimento na Sociedade Contemporânea. Ijuí, RS: Ed. Unijuí, 2016.

LUHMANN, Niklas. Inclusão e Exclusão. In: DUTRA, Roberto. BACHUR, João Paulo (Orgs.). In: DOSSIÊ NIKLAS LUHMANN. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2013. (p. 15-50).

MACHADO, Lourdes. Construindo a Intersetorialidade. In: Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina. 2020. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/conferencias-e-encontros/conferencia-estadual-de-saude-mental/textos/3153-construindo-a-intersetorialidade/file#:~:text=A%20intersetorialidade%20como%20pr%C3%A1tica%20de,impacto%20positivo%20sobre%20a%20popula%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 26 jul. 2023.

MARTINI, Sandra Regina; KÖLLING, Gabrielle. As Dificuldades E Os Avanços Na Efetivação Do Direito À Saúde: Um Estudo Da Decisão Conselho Regional De Medicina Do Estado Do Rio Grande Do Sul X Município De Giruá. In: Boletim Saúde | Porto Alegre | v. 24 | n. 2 | p. 13-24 | jul./dez. 2010. Disponível em: [file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/201711161649194__as_dificuldades_e_os_avancos_na_efetivacao_do_direito_%C3%A0_saude%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/201711161649194__as_dificuldades_e_os_avancos_na_efetivacao_do_direito_%C3%A0_saude%20(1).pdf).

MARTINI, Sandra Regina. STURZA, Janaína Machado. A Produção Do Direito Através De Um Espaço De Todos E Para Todos: O Direito À Saúde Da População Migrante. In: Novos Estudos Jurídicos. 23(3), 1010-1040. 2018. Disponível em: <https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/nej/article/view/13754/pdf>. Acesso em: 12 fev. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema Único de Saúde (SUS). 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>. Acesso em: 25 jul. 2023.



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?. 2018. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/06/serie-30-anos-sus.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2023.

RESTA, Eligio. O direito fraterno [recurso eletrônico]. 2ª Edição. Tradução de: Bernardo Baccon Gehlen, Fabiana Marion Spengler e Sandra Regina Martini. Santa Cruz do Sul: Essere nel Mondo, 2020.

SPENGLER, Fabiana Marion. Uma Nova Abordagem Dos Conflitos Sociojurídicos Por Meio Do Direito Fraterno. In: Revista Direito em Debate. A no X IV nº 26, ju I./ dez. 2006. Disponível em: <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/676-Texto%20do%20artigo-2677-1-10-20130325.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2023.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). Informativo nº 582 de 12 a 16 de abril de 2010. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo582.htm>. Acesso em: 25 jul. 2023.

UNA-SUS. Maior sistema público de saúde do mundo, SUS completa 31 anos. 2021. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos>. Acesso em: 25 jul. 2023.

VENTURA, Deisy. “A retomada do SUS como projeto central da democracia brasileira deve ser prioridade em 2023”. In: CENTRO DE ESTUDOS ESTRATÉGICOS DA FIOCRUZ (Antônio Ivo de Carvalho). 2022. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=Deisy-Ventura-A-retomada-do-SUS-como-projeto-central-da-democracia-brasileira-deve-ser-prioridade-em-2023>. Acesso em: 25 jul. 2023.

VENTURA, Deisy. Saúde Pública e Política externa brasileira. In: Revista internacional de Direitos Humanos. 10(199): [31], 2013. Disponível em: <https://sur.conectas.org/en/public-health-brazilian-foreign-policy/>. Acesso em: 25 jul. 2023.