Capítulo 2

UNIVERSALIDADE, INTEGRALIDADE E GRATUIDADE NO SUS: UMA ANÁLISE À LUZ DOS OBJETIVOS DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL – ODS

Fernando Borges Mânica[1]

1. Introdução. 2. A Construção Histórica do Direito à Saúde no Plano Internacional: da Convenção de Genebra aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável – ODS. 3. A Universalização da Saúde como Tema Central dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável – ODS. 4. O Direito à Saúde no Brasil: Universalidade, Integralidade e Gratuidade. 4.1 Custo. 4.2 Acesso universal e igualitário. 4.3 Pacote de serviços. 5. Apontamentos Finais: o Brasil e a Meta 3.8 dos ODS. 6. Referências.

[1] Doutor em Direito do Estado pela Universidade de São Paulo (USP), Mestre em Direito do Estado pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), Pós-graduado em Direito do Terceiro Setor pela Fundação Getúlio Vargas (FGV-SP). Coordenador da Pós-graduação em Direito Administrativo da Universidade Positivo (UP) – PR. Professor Titular de Direito Administrativo da UP, com regime de 40 horas e integrante do Centro de Pesquisa Jurídica e Social – CPJUS. Coordenador Científico da Revista Brasileira de Direito da Saúde – RBDS. Coordenador de Ensino do Instituto ADVCOM – Estado/Empresa/Terceiro Setor. Procurador do Estado do Paraná, palestrante e consultor. www.fernandomanica.com.br.

1 INTRODUÇÃO

A oferta de cuidados de saúde por Estados-nação ao redor do globo tem sofrido, historicamente, influência do direito internacional, em especial da atuação da Organização das Nações Unidas – ONU. Mais do que modelos de legislação, desde sua criação, a ONU tem criado diretrizes, parâmetros e objetivos materiais a serem alcançados por todos os Estados na atenção à saúde de seus cidadãos.

Recentemente foi instituída a *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*, um plano de ação que contém 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – ODS, subdivididos em 169 metas, voltados à erradicação da pobreza e à promoção de vida digna para todos. Tais metas almejam que todos os países adotem, de acordo com suas prioridades, escolhas necessárias para melhorar a vida das pessoas, agora e no futuro. Um dos ODS refere-se especificamente ao tema da saúde. Trata-se do ODS n. 3, intitulado *Saúde e Bem-Estar*, o qual tem como foco *"assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades"*.

Nesse cenário, o propósito deste artigo consiste em analisar os desafios da cobertura assistencial de saúde oferecida pelo SUS, tal qual previsto pelo texto constitucional pátrio, em especial no que toca aos princípios da universalidade, integralidade e gratuidade. O estudo será realizado à luz das diretrizes dadas pela ONU, especificamente a partir da Meta n. 3.8, que trata da cobertura universal de cuidados de saúde.

Para alcançar o objetivo proposto, o trabalho encontra-se estruturado em 05 (cinco) tópicos. No segundo tópico, após esta introdução, são sintetizados os marcos no processo de construção histórica do direito à saúde no plano internacional. Em seguida, é discutida a questão da universalização da oferta de cuidados em saúde como tema central dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável – ODS. No quarto tópico, são discutidos os princípios da universalidade, da integralidade e da gratuidade, sob a perspectiva do custo da saúde pública (tópico 4.1), da amplitude do acesso universal e igualitário (tópico 4.2) e da extensão do pacote de serviços a ser disponibilizado pelo SUS (tópico 4.3). Ao final são feitos apontamentos sobre a saúde no Brasil e a Meta n. 3.8 das ODS. Para o cumprimento do objetivo proposto, adota-se o método dedutivo, com conclusões fixadas a partir das premissas maiores dadas pelos ODS e pela legislação sanitária vigente no Brasil.

2 A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO DIREITO À SAÚDE NO PLANO INTERNACIONAL: DA CONVENÇÃO DE GENEBRA AOS OBJETIVOS DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL – ODS

A consagração do direito à saúde no plano internacional teve origem ainda no século XIX, com a Convenção de Genebra de 1864. Trata-se de um documento firmado entre vários reis europeus por meio do qual houve comprometimento recíproco de não agressão bélica a hospitais e ambulâncias utilizadas para a prestação de serviços médicos aos soldados feridos em guerras[2].

Já no século XX, em 24 de outubro de 1945, foi criada a Organização das Nações Unidas – ONU, por meio da ratificação da *Carta de São Francisco*. Como afirmado no preâmbulo da Carta, a ONU surgiu para *preservar a paz, garantir os direitos humanos fundamentais, afastar a utilização da força como meio de resolução de conflitos e buscar o progresso econômico e social dos povos*.

Os propósitos da ONU são expostos no art. 1º da Carta, dos quais podem se destacar "manter a paz e a segurança internacionais"; "desenvolver relações amistosas entre as nações, baseadas no respeito ao princípio da igualdade de direitos e de autodeterminação dos povos"; "conseguir uma cooperação internacional para resolver os problemas internacionais de caráter econômico, social, cultural ou humanitário e para promover e estimular o respeito aos direitos humanos e as liberdades fundamentais para todos"; e "ser um centro destinado a harmonizar a ação das nações para a consecução desses objetivos".

Com a institucionalização da Organização Mundial da Saúde – OMS-WHO em 1946[3], definiu-se o conceito de saúde até hoje adotado ao redor do globo. Segundo tal concepção, adotada como princípio da OMS, a saúde corresponde a um *estado de completa condição de bem-estar físico, mental e social, não apenas da mera ausência de doença ou enfermidade*[4].

---

2 Sobre o tema: COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2008, p. 173-176.

3 Proposta pela **Carta de São Francisco**, a Organização Mundial da Saúde (OMS) teve sua criação formalizada em Nova Iorque no dia 22 de julho de 1946. Com sede em Genebra, seu objetivo é fazer com que todos os povos alcancem o mais alto grau possível de saúde. Na América, atua em coordenação com a Organização Pan-Americana de Saúde (PAHO-OPAS).

4 Sobre o tema, conferir: <http://www.who.int/about/mission/en/>. Acesso em: 15 jan. 2018.

Após a criação da OMS, foi aprovada uma série de documentos que consagram o direito à saúde. O primeiro deles foi a *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, editada em 1948 pela Organização das Nações Unidas – ONU. Tal documento internacional ressaltou que a saúde consiste em direito de todas as pessoas[5]. Com o objetivo de desenvolver as ideias previstas na Declaração Universal dos Direitos Humanos, foram firmados em 1966 dois acordos: o *Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos* e o *Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*[6]. Este último, após reafirmar em seu preâmbulo o princípio da dignidade da pessoa humana, estabeleceu em seu art. 12 *o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental*[7].

Em 1978, a *Declaração de Alma-Ata*, elaborada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, estabeleceu diretrizes

5 O direito à saúde permeia uma série de dispositivos da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e é tratado de maneira direta nos arts. XXII e XXV, que assim dispõem: "***Art. XXII***. *Todo o homem, como membro da sociedade, tem direito à seguridade social e à realização, pelo esforço nacional, pela cooperação internacional e de acordo com a organização e recursos de cada Estado, dos direitos econômicos, sociais e culturais indispensáveis à sua dignidade e ao livre desenvolvimento de sua personalidade. (...)* ***Art. XXV***. *Todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar, a si e à sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, e vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice, ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle*".

6 A elaboração de dois documentos distintos é explicada por Celso Lafer: "*A heterogeneidade jurídica que diferencia as liberdades clássicas dos direitos de crédito explica porque, tecnicamente, no plano internacional, foram elaborados dois pactos distintos no sistema de tutela dos direitos humanos na ONU: um para os direitos civis e políticos e outro para os direitos econômicos e sociais. De fato, os direitos civis e políticos comportam processo de reclamação ou petição individuais a um organismo internacional, que pode resultar de uma garantia-coletiva criada pelos Estados-Parte de uma convenção sobre direitos humanos. Já os direitos econômico-sociais e culturais, pelas suas características de 'objetivos' a serem realizados progressivamente por uma coletividade, através da ação estatal, são menos suscetíveis de aplicação imediata*" (LAFER, Celso. **A reconstrução dos direitos humanos**: um diálogo com o pensamento de Hannah Arendt. São Paulo: Companhia das Letras, 2006, p. 129).

7 Eis o que dispõe o inteiro teor do dispositivo referido: "*1. Os Estados-Parte do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental. 2. As medidas que os Estados-Parte do presente Pacto deverão adotar com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar: a) a diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento são de crianças; b) a melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente; c) a prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças; d) a criação de condições que assegurem a todos a assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade*".

sobre os cuidados primários com a saúde, bem como previu a meta de alcançar "um nível aceitável de saúde para todos os povos do mundo até o ano de 2000". Já em 1986 foi editada a *Carta de Ottawa* resultado da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. O evento foi baseado no progresso alcançado pela Declaração de Alma-Ata e preocupou-se em dar resposta à necessidade de uma renovação da saúde mundial, com foco na situação da saúde em países industrializados[8].

Atualmente, a ONU reúne quase a totalidade dos Estados existentes, contando com 193 países-membros, e congrega uma série de entidades, as quais compõem o assim denominado *Sistema ONU*[9]. Além da Organização Mundial da Saúde (OMS-WHO), a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a Agência das Nações Unidas de Assistência aos Refugiados Palestinos (UNRWA), a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO), a Agência Internacional de Energia Atômica (AIEA), o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA), o Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime (UNODC) e o Banco Mundial desempenham um papel fundamental na promoção da saúde global[10].

Dentre os esforços recentes da ONU que contêm a defesa e promoção da saúde, possui destaque a *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*. Trata-se de um pacto assinado em setembro de 2015 em Nova Iorque, ocasião em que Chefes de Estado e de Governo se reuniram para propor um conjunto de metas e objetivos a serem atingidos até o ano de 2030, os quais englobam as dimensões econômica, social e ambiental. A Agenda é baseada em frutos de uma tríade de eventos realizados no início do século XXI: (I) *Cúpula Mundial sobre o Desenvolvimento Sustentável* de 2002; (II) Cúpula de 2010 sobre os *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODM*, do ano 2000 e (III) a *Conferência das Nações sobre o Desenvolvimento Sustentável de 2012 (Rio+20)*.

A ideia basilar da *Agenda 2030* consiste em libertar o mundo da pobreza, construindo um caminho sustentável e resiliente. Dentro desse escopo, ganharam forma os *17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – ODS*, os quais se decompõem em 169 (cento e sessenta e nove) metas. Este feixe é embasado pelas conquistas já auferidas pelos

8 Sobre o tema: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2018.

9 Os dados podem ser obtidos em: <http://www.un.org/en/sections/member-states/growth-united-nations-membership-1945-present/index.html>. Acesso em: 7 jan. 2018.

10 Sobre o tema, conferir: <https://nacoesunidas.org/acao/saude/>. Acesso em: 12 jan. 2018.

Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODM, mas busca também cumprir objetivos ainda não alcançados[11].

Nessa perspectiva, os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável – ODS representam um comprometimento de líderes mundiais perante uma agenda política ampla e universal, que foi colocada em voga a partir de 1º de janeiro de 2016. Os ODS são assim sintetizados:

1. Erradicação da Pobreza;
2. Fome Zero;
3. Boa saúde e bem-estar;
4. Educação de qualidade;
5. Igualdade de Gênero;
6. Água Limpa e Saneamento;
7. Energia Acessível e Limpa;
8. Emprego Digno e Crescimento Econômico;
9. Indústria, inovação e infraestrutura;
10. Redução das Desigualdades;
11. Cidades e Comunidades Sustentáveis;
12. Consumo e Produção Responsáveis;
13. Combate às alterações climáticas;
14. Vida debaixo d'água;
15. Vida sobre a terra;
16. Paz, Justiça e Instituições Fortes;
17. Parcerias em prol das metas.

De acordo com a apresentação dos ODS pela ONU, os objetivos devem ser interpretados de modo integrado e indivisível, mesclando, de forma equilibrada, as três dimensões do desenvolvimento sustentável: a

[11] Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODM podem ser assim sintetizados: 1 – Acabar com a fome e a miséria; 2 – Oferecer educação básica de qualidade para todos; 3 – Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; 4 – Reduzir a mortalidade infantil; 5 – Melhorar a saúde das gestantes; 6 – Combater a Aids, a malária e outras doenças; 7 – Garantir qualidade de vida e respeito ao meio ambiente; 8 – Estabelecer parcerias para o desenvolvimento. Sobre o tema, conferir: <http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>. Acesso em: 18 jan. 2018. Segundo a ONU, esses oito Objetivos foram o primeiro arcabouço global de políticas para o desenvolvimento e contribuíram para orientar a ação dos governos nos níveis internacional, nacional e local por 15 anos. Os ODMs reconheceram a urgência de combater a pobreza e demais privações generalizadas, tornando o tema uma prioridade na agenda internacional de desenvolvimento. Sobre o tema, conferir: <http://www.agenda2030.org.br/sobre/>. Acesso em: 11 jan. 2018.

econômica, a social e a ambiental. Eles funcionam como uma lista de tarefas a serem cumpridas pelos governos, a sociedade civil, o setor privado e todos cidadãos na jornada coletiva para um 2030 sustentável. A ideia é que nos próximos anos de implementação da *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*, os ODS estimulem e apoiem ações em áreas de importância crucial para a humanidade: Pessoas, Planeta, Prosperidade, Paz e Parcerias. Nessa medida, os ODS buscam inaugurar uma nova fase para o desenvolvimento dos países, que afim de integrar por completo todos os componentes do desenvolvimento sustentável e engajar todos os países na construção do futuro[12].

Os cuidados de saúde inserem-se, como se pode ver na tabela acima, no ODS n. 3, que tem sua redação completa o seguinte preceito: *Boa saúde e bem-estar: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.* Tal ODS encontra-se subdividido em 13 (treze) metas, adiante analisadas.

3 A UNIVERSALIZAÇÃO DA COBERTURA DOS CUIDADOS DE SAÚDE COMO TEMA CENTRAL DOS OBJETIVOS DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL – ODS

A atenção à saúde permeia grande parte dos 8 Objetivos do Milênio – ODM, instituídos no ano 2000, em especial os ODM n. 4 (reduzir a mortalidade infantil); n. 5 (melhorar a saúde das gestantes); n. 6 (combater a Aids, a malária e outras doenças); e n. 7 (garantir qualidade de vida e respeito ao meio ambiente). A importância da saúde nos ODM foi mantida nos ODS, sendo que o tema foi agrupado em um único ODS, decomposto, por sua vez, em 13 (treze) metas, que abarcam os principais desafios dos Estados-nação até 2030.

A difusão da saúde no âmbito dos ODM e sua centralidade nos ODS é sintomática, pois conforme Amartya SEN, a saúde está entre as mais importantes condições da vida humana, sendo ínsita à própria noção de justiça e configurando instrumento essencial para que todos possam desenvolver suas potencialidades[13]. Trata-se, portanto, de um direito condicionado e condicionante de outros direitos. Ao passo que a saúde é influenciada por questões culturais, ambientais, educacionais etc., a plena

[12] Sobre o tema, conferir: <http://www.agenda2030.org.br>. Acesso em: 14 jan. 2018.

[13] SEN, Amartya; KLIKSBERG, Bernardo. **As pessoas em primeiro lugar**: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado. Tradução: Bernardo Ajzemberg, Carlos Eduardo Lins da Silva. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 76.

fruição de tais direitos depende de adequadas condições de saúde de cada indivíduo[14]. Não restam dúvidas, assim, de que no quadro dos ODS, a saúde tanto contribui quanto se beneficia de todos os demais objetivos. Não por outro motivo, segundo SEN, a concretização do direito à saúde contribui para que as pessoas possam atingir um bem-estar mínimo e possam fazer livremente suas escolhas. Nas palavras do autor:

> *O fato de que a saúde é central em nosso bem-estar precisa ser enfatizado, bem como o reconhecimento igualmente básico de que as liberdades e possibilidades que somos capazes de exercer dependem de nossas realizações da saúde. O fato é que não somos capazes de fazer muita coisa se estamos incapacitados ou somos incessantemente atormentados pela doença, e podemos fazer de fato muito pouco se não estamos vivos*[15].

Avançando na análise do tema, pode-se perceber que dentre as 13 (treze) metas previstas para o ODS n. 3 – *Boa saúde e bem-estar: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades,* é possível destacar uma delas que possui alcance mais amplo, englobando, de certo modo, todas as demais[16]. Trata-se da *universalização da cobertura dos cuidados de saúde* (também conhecida pela sigla em inglês UHC – *universal health care coverage*). Tal meta encontra-se assim redigida:

> ***3.8 Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.***

Não obstante, não há consenso acerca do alcance da expressão *universalização da cobertura dos cuidados de saúde*. Segundo Andrea Frey, a expressão pode ser compreendida de várias maneiras, sendo que geralmente significa a possibilidade de que todas as pessoas possam acessar serviços de saúde de qualidade, com proteção contra os riscos sanitários e segurança em face do eventual empobrecimento pela necessidade de arcar com gastos em saúde[17].

Nesse sentido, o conceito de cobertura universal adotado pela Organização Mundial da Saúde relaciona as noções de equidade de acesso e de financiamento, no seguinte sentido:

> *A cobertura universal é definida como o acesso ações e serviços de promoção, prevenção, cura e de reabilitação para todos a um custo acessível, conseguindo assim a equidade no acesso. O princípio da proteção de risco financeiro garante que o custo dos cuidados não coloca as pessoas em risco de catástrofe financeira. Um objetivo relacionado com a política de financiamento da saúde é a equidade no financiamento: os agregados familiares contribuem para o sistema de saúde com base na capacidade de pagamento*[18].

---

14 MÂNICA, Fernando Borges. **O Setor Privado nos Serviços Públicos de Saúde**. Belo Horizonte: Fórum, 2010, p. 112.

15 SEN, Amartya; KLIKSBERG, Bernardo. **As pessoas em primeiro lugar**: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado, Tradução: Bernardo Ajzemberg, Carlos Eduardo Lins da Silva. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p.85

16 São elas: 3.1 Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos. 3.2 Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos. 3.3 Até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis. 3.4 Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar. 3.5 Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool. 3.6 Até 2020, reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas. 3.7 Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais. **3.8 Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.** 3.9 Até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos, contaminação e poluição do ar e água do solo. 3.a Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em todos os países, conforme apropriado. 3.b Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, que afetam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis, de acordo com a Declaração de Doha, que afirma o direito dos países em desenvolvimento de utilizarem plenamente as disposições do acordo TRIPS sobre flexibilidades para proteger a saúde pública e, em particular, proporcionar o acesso a medicamentos para todos. 3.c Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento e formação, e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países menos desenvolvidos e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento. 3.d Reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, redução de riscos e gerenciamento de riscos nacionais e globais de saúde. (g. n.).

17 FREY, Andrea L. **Introduction**: positioning universal health coverage in the post-2015 development agenda. Washington international law journal v. 24 n. 3, 2015, p. 427.

18 Disponível em: <http://www.who.int/health_financing/documents/cov-wharesolution5833/en/>. Acesso em: 10 jan. 2018.

Nessa perspectiva, é possível analisar três aspectos da cobertura universal de cuidados de saúde em relação às quais não há consenso e não há identidade na realidade dos países[19]. São eles:

(i) acesso – a preocupação neste aspecto reside em garantir que cada cidadão ou residente, independente de condições geográficas, legais ou financeiras, tenha condições de ter atendimento de saúde (desde que não comprometa sua sobrevivência);

(ii) pacote de serviços – nessa dimensão a preocupação reside na identificação exata de quais serviços devem compor o pacote de cuidados a ser disponibilizado pela cobertura universal;

(iii) custo – aqui a questão a ser respondida refere-se à fonte de recursos para o acesso à saúde, se estatal ou privada (com exigência de garantia, em qualquer caso, contra a impossibilidade de que as pessoas deixem de ter acesso por falta de recursos).

Esse esquema permite visualizar a dependência dos dois primeiros aspectos em relação ao terceiro, já que a *amplitude do acesso* e a *extensão do pacote de serviços* a ser disponibilizado estão condicionados à existência de *recursos financeiros*, especialmente em um momento histórico de grande avanço tecnológico que implica aumento exponencial dos *custos* em saúde.

Na descrição da Meta n. 3.8, como se percebe da transcrição acima, a ONU busca solucionar esta equação pela busca de 100% (cem por cento) de acesso da população a um pacote delimitado de serviços, composto por medicamentos e vacinas essenciais, ainda que mediante pagamento pelo usuário (desde que não comprometa sua subsistência).

Por tratar-se de uma diretriz, a própria ONU reconhece que a cobertura universal tem sido alcançada em diversos países sob diferentes formas, de modo que seu alcance depende da atuação de cada governo local. Tal característica explica a abertura da Meta 3.8 dos ODS, a qual traça um objetivo geral, mas não define um único caminho para sua consecução e tampouco um ponto definido de chegada. Nesse sentido, conforme explica Tedros Ghebreyesus:

> *A cobertura de saúde universal é, em última instância, uma escolha política. É responsabilidade de cada país e do governo nacional persegui-lo. Os países têm necessidades exclusivas e as negociações políticas sob medida determinarão a mobilização de recursos domésticos*[20].

[19] Sobre o tema, conferir: STUCKLER, David *et al*. **Background Paper for the Global Symposium on Health Systems Research**: The Political Economy of Universal Health Coverage 2 (Nov. 16-19, 2010). Disponível em: <http://healthsystemsresearch.org/hsr 2010/images/stories/8political_economy.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2018, p. 11-13.

[20] GHEBREYESUS, Tedros Adhanom. All roads lead to universal health coverag. **The Lancet Global Health**, Volume 5, Issue 9, e839-e840, 2017. Disponível em: <http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30295-4/fulltext>. Acesso em: 11 jan. 2018.

Não por outro motivo, David Stuckler constatou que de 192 países estudados, 75 possuem legislação que determina o acesso de todas as pessoas aos serviços de saúde, independentemente de sua renda, sendo que os modelos de ação estatal voltados a tal garantia são bastante variados[21]. O Brasil é um deles.

4 O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL: UNIVERSALIDADE, INTEGRALIDADE E GRATUIDADE

O modelo brasileiro de ação estatal na saúde é estruturado detalhadamente pela Constituição federal de 1988. No texto constitucional pátrio há 41 (quarenta e um) dispositivos sobre a saúde. Desses preceitos, 21 (vinte e um) fazem referência à saúde como um direito a ser protegido pelo Estado, 16 (dezesseis) preveem a prestação de serviços de assistência à saúde, 5 (cinco) estabelecem a organização do *sistema único de saúde – SUS* e 4 (quatro) tratam de profissionais do setor de saúde.

Mas é na legislação infraconstitucional que se verifica de modo claro o alinhamento do ordenamento jurídico pátrio ao entendimento acolhido pelos documentos da ONU, tanto no que toca ao conceito de saúde quanto em sua relação com os demais direitos fundamentais. Nesse sentido, eis o que prevê o art. 3º da A Lei 8.080/1990 – Lei Orgânica da Saúde:

> ***Art. 3º.*** *Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, 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*[22].
>
> ***Parágrafo único****. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.*

Lado outro, deve-se notar que denominação *sistema único de saúde – SUS* é adotada pela Constituição brasileira para se referir ao conjunto de ações e serviços de responsabilidade do Poder Público, os quais devem ser prestados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios

[21] STUCKLER, David *et al*. **Background Paper for the Global Symposium on Health Systems Research**: The Political Economy of Universal Health Coverage 2 (Nov. 16-19, 2010). Disponível em: <http://healthsystemsresearch.org/hsr2010/images/stories/8political_economy.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2018. p. 2.

[22] Com redação dada pela Lei 12.864, de 2013.

conforme as diretrizes previstas no próprio texto constitucional. Entretanto, a existência do SUS não deve conduzir ao equívoco de imaginar a inexistência de outro sistema assistencial de saúde no Brasil. Tecnicamente, o sistema único de saúde corresponde, em solo pátrio, ao *sistema público* ou *sistema nacional de saúde*, conforme denominação usada em outros países. Ao lado de tal sistema existe um *sistema privado autônomo* ou meramente *saúde privada*, que abrange prestadores privados de serviços independentes do Poder Público. No sistema privado, a prestação dos serviços pode dar-se por meio do *subsistema de saúde suplementar*, do qual fazem parte os planos privados de saúde, e do *subsistema de desembolso direto*, por vezes denominado de *medicina particular*. Portanto, além da cobertura oferecida pelo SUS, qualquer pessoa é livre para recorrer ao setor privado para obtenção de cuidados de saúde.

Especificamente acerca do papel do Poder Público na provisão de cuidados de saúde, possuem destaque tanto o preceito veiculado no art. 196 da Constituição Federal, que prevê ser a saúde *direito de todos e dever do Estado,* quanto as diretrizes explícitas e implícitas do SUS, em especial a *universalidade,* a *integralidade* e a *gratuidade.* Tais diretrizes correspondem aos aspectos acima analisados do acesso, do pacote de serviços e do custo. Além disso, na linha do que se disse acima, há uma interdependência ente eles, de modo que o último (custo) condiciona os demais (amplitude do acesso e extensão do pacote de serviços).

Disso decorre que o atingimento da Meta 3.8 dos ODS pelo Brasil funda-se no ordenamento jurídico-constitucional, mas sua concretização depende de três fatores: condições materiais (custo), delimitação da diretriz da universalidade (acesso) e delimitação da diretriz da integralidade (pacote de serviços), as quais serão tratadas a seguir.

4.1 Custo

A Constituição brasileira determinou o comprometimento dos entes federativos no financiamento da saúde. Como se sabe, o SUS é um sistema público gerido pelo Estado e financiado por impostos gerais. Nesse sentido, o princípio que rege o financiamento da saúde é a solidariedade vertical: o Estado intervém em fatos signo-presuntivos de riqueza de todas as pessoas, com o objetivo de obter recursos para despesas gerais, como as da saúde. Essa capacidade tributária, fonte maior de recursos estatais, é limitada, de modo que o orçamento público condiciona a ação estatal, em especial na saúde.

Em sua redação originária, o texto constitucional previu em um dispositivo do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT que até a aprovação da lei de diretrizes orçamentárias, 30% (trinta por

cento), no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro desemprego, seriam destinados ao setor de saúde. Esse é, inclusive, o fator de discriminação que faz tais tributos receberem o nome de contribuições sociais: o produto de sua arrecadação é vinculado ao financiamento dos gastos públicos com a seguridade social (integrada por assistência, saúde e previdência social).

Entretanto, sucessivas emendas constitucionais criaram o Fundo Social de Emergência (1994), o Fundo de Estabilização Fiscal (1996) e, finalmente, a Desvinculação de Receitas da União – DRU (2000), que permitem a retirada de 20% (vinte por cento) da receita vinculada da saúde pela União. Além disso, a Emenda Constitucional n. 20/98 previu a vinculação de contribuições para a seguridade social exclusivamente para a previdência social, excluindo tal orçamento da saúde[23].

No ano 2000, a Emenda Constitucional n. 29 estabeleceu gastos mínimos em saúde para Estados – 12% (doze por cento) de sua receita com impostos, e Municípios – 15% (quinze por cento) de sua receita com impostos. Para a União previu aplicação do montante investido do ano anterior mais 5% (cinco por cento) e daí em diante, correção pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB. Uma década depois, a Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012, delimitou o que podem ser consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde – ASPS, para fins do cálculo do limite mínimo de investimento em saúde[24].

Mais recentemente, a Emenda Constitucional n. 86/15 fixou gasto mínimo em saúde pela União em 15% (quinze por cento) da receita corrente líquida, em valores a serem implantados escalonadamente. Além disso, a Emenda Constitucional n. 95/16 estabeleceu a manutenção, por até 20 (vinte) anos, dos gastos da União realizados em 2017 com ações e serviços públicos de saúde, corrigidos anualmente pela variação da inflação medida pelo IPCA.

O baixo nível de gasto público em saúde faz com que o sistema de saúde brasileiro, mesmo tendo significativo progresso na universalização da cobertura dos cuidados de saúde, seja reconhecido internacional-

---

[23] Para tanto, foi incluído um inciso ao art. 167 da Constituição Federal, que passou a prever que: "***Art. 167.*** *São vedados: (...) XI – a utilização dos recursos provenientes das contribuições sociais de que trata o art. 195, I, 'a', e II, para a realização de despesas distintas do pagamento de benefícios do regime geral de previdência social de que trata o art. 201*".

[24] No Recurso Extraordinário n. 858.075/RS, o Supremo Tribunal Federal discute em regime de repercussão geral a possibilidade de intervenção judicial durante o período de ausência de lei que defina o que é gasto em saúde. Isso porque vários entes federativos, antes da Lei Complementar 141/12, contabilizaram diferentes gastos como sendo investimentos em saúde, em possível desrespeito aos ditames trazidos pela EC 29/00.

mente pela baixa qualidade dos serviços e pela alta participação dos pacientes no financiamento da saúde[25]. Tal constatação não apenas é verdadeira como faz o Brasil figurar dentre os poucos países em que o gasto privado com saúde supera o gasto estatal. Além disso, recente levantamento demonstra que o percentual de gastos públicos em saúde no Brasil é um dos menores do mundo:

Despesas das Administrações Públicas em saúde em porcentagem das despesas gerais da Administração Pública, 2014[26].	
PAÍS	**PORCENTAGEM**
Estados Unidos da América	21,3
Alemanha	19,6
Suécia	19
Canadá	18,8
Noruega	18,2
Cuba	18
Dinamarca	16,8
Reino Unido	16,5
Chile	15,9
França	15,7
Finlândia	12,4
Paraguai	11,9
México	11,6
Equador	10,2
Argentina	6,9
Brasil	**6,8**
Haiti	6,1
Venezuela	5,8

[25] MARTEN, Robert et al., An Assessment of Progress Towards Universal Health Coverage in Brazil, Russia, India, China, and South Africa (BRICS), 384 **LANCET** 2164, 2165 (2014).

[26] WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2017**: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2017.

Percebe-se, portanto, que apesar de a Constituição brasileira ser analítica na disciplina dos deveres do Estado na saúde, vive-se no Brasil permanente tensão entre a expectativa popular (decorrente da previsão constitucional) e a realidade da cobertura ofertada pelo SUS. Nesse sentido é a crítica de Ricardo Lobo Torres, segundo o qual:

> *(...) o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, assegurado no art. 196 da Constituição, transformado em gratuito pela legislação infraconstitucional, é utópico e gera expectativas inalcançáveis para os cidadãos*[27].

Nesse contexto, além da luta pela ampliação dos recursos direcionados pelo Estado a ações e serviços públicos de saúde e pela maior eficiência em sua aplicação, é necessária a discussão dos dois outros aspectos da cobertura universal de cuidados em saúde (acesso e pacote de serviços), sob pena de manter-se em solo pátrio uma absoluta incompatibilidade entre o mundo do ser (mundo real) e o mundo do dever-ser (previsão constitucional).

4.2 Acesso universal e igualitário

O acesso à saúde no Brasil segundo prescreve o texto constitucional pátrio em seu art. 196 deve ser *universal e igualitário*. Assim, há no Brasil responsabilidade estatal pela oferta de serviços de saúde a todas as pessoas que deles necessitarem, sem qualquer tipo de discriminação. A Lei Orgânica da Saúde estabelece a universalidade de acesso a todos os níveis de assistência e veda qualquer privilégio ou preconceito em sua oferta:

> ***Art. 7º*** *(...)*
> *I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;*
> *(...)*
> *IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;*

Já a Portaria de Consolidação MS n. 1/17, após prever que "toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organiza-

[27] TORRES, Ricardo Lobo. A cidadania multidimensional na era dos direitos. In: _____ (Org.). **Teoria dos direitos fundamentais**. 2. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2001. p. 287. Essa era também a advertência de Eros Roberto Grau em obra de 1985, acerca da "*consagração de promessas vãs, promessas para não serem cumpridas, despidas de força jurídica e inseridas no texto constitucional com a função exclusiva de retardar sua efetiva conquista pela sociedade*" (GRAU, Eros Roberto. **A constituinte e a constituição que teremos**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1985, p. 44-47).

dos para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde", estabelece o fluxo de atendimento a todas as pessoas que busquem atendimento público, nos seguintes termos:

> *(i) acesso será preferencialmente nos serviços de Atenção Básica integrados por centros de saúde, postos de saúde, unidades de saúde da família e unidades básicas de saúde ou similares mais próximos de sua casa;*
>
> *(ii) nas situações de urgência/emergência, qualquer serviço de saúde deve receber e cuidar da pessoa bem como encaminhá-la para outro serviço no caso de necessidade;*
>
> *(iii) em caso de risco de vida ou lesão grave, deverá ser assegurada a remoção do usuário, em tempo hábil e em condições seguras para um serviço de saúde com capacidade para resolver seu tipo de problema;*
>
> *(iv) o encaminhamento às especialidades e aos hospitais, pela Atenção Básica, será estabelecido em função da necessidade de saúde e indicação clínica, levando-se em conta a gravidade do problema a ser analisado pelas centrais de regulação;*
>
> *(v) quando houver alguma dificuldade temporária para atender as pessoas é da responsabilidade da direção e da equipe do serviço, acolher, dar informações claras e encaminhá-las sem discriminação e privilégios.*

Há numerosos e detalhados direitos dos usuários do SUS decorrentes dos princípios da universalidade e igualdade de acesso, os quais devem ser garantidos a todos os cidadãos. Nesse sentido, o Supremo Tribunal Federal decidiu recentemente, em votação unânime, acerca da impossibilidade de qualquer diferenciação no atendimento aos pacientes:

> *O oferecimento de serviços em igualdade de condições a todos foi pensado nesse contexto – nem poderia ter sido diferente, uma vez que possibilitar assistência diferenciada a cidadãos numa mesma situação, dentro de um mesmo sistema, vulnera a isonomia, também consagrada na Carta Maior, ferindo de morte, em última instância, a própria dignidade humana, erigida a fundamento da República.*
>
> ***Não se pode conceber que um atendimento público de saúde que se pretenda igualitário compreenda, dentro de si, diversas possibilidades de atendimento de acordo com a capacidade econômico-financeira do paciente, sobretudo quando esse atendimento se encontra a cargo do Estado**, pensamento esse amplamente colocado pelos expositores durante a audiência pública.*
>
> *Ao ente estatal compete zelar pela observância e pela efetivação da igualdade, devendo ser ele sempre o primeiro a promovê-la, do que resulta ser incoerente que acolha, no seio do serviço por si prestado, qualquer iniciativa que promova a diferenciação entre pacientes. Sua atuação deve pautar-se sempre pela universalização do atendimento, perseguindo invariavelmente a melhoria da qualidade da assistência ofertada. Permitir atendimento médico exclusivo e internação em acomodações diferenciadas no SUS, a par de desincentivar investimentos no aprimoramento do serviço oferecido, significa institucionalizar uma diferenciação não acolhida pelo ordenamento e totalmente contrária às missões constitucionalmente impostas à Administração Pública.*
>
> *Note-se: a Constituição Federal não vedou o atendimento personalizado de saúde – exatamente com vistas a contemplar quem o desejasse foi que se admitiu, em caráter suplementar, a organização de um sistema privado de atendimento. Aquele que desejar contratar médicos e acomodações diferenciados, de acordo com sua vontade e posses, portanto, não está obrigado a se submeter às condições ofertadas pelo SUS, podendo perfeitamente socorrer-se da rede privada. Os atendimentos realizados pela rede pública, todavia – até mesmo porque o próprio legislador viabilizou a assistência particular de modo a contemplar justamente aqueles que desejassem e pudessem pagar por tratamento personalizado – não hão de se submeter, ainda que indiretamente, à lógica do lucro, por não ser esse o papel do Estado, por não ser essa sua finalidade e por não ser concebível que um sistema apregoadamente igualitário admita a criação de castas em seu interior*[28].

Como se percebe do excerto acima transcrito, prevalece entendimento lógico segundo o qual a *universalidade do acesso* apenas pode ser garantida em consonância com a *igualdade do acesso*. Isso porque o atendimento diferenciado a determinado grupo de pessoas – seja decorrente de questões econômicas, legais ou geográficas – retira deste acesso o caráter universal. Nesse plano, insta ressaltar a consolidação definitiva do entendimento segundo o qual não pode ser admitido no Brasil pagamento por serviços prestados pelo SUS, mesmo para serviços ou acomodações mais sofisticadas. Em solo pátrio, todos os cuidados do SUS devem ser prestados de modo universal, igualitário e gratuito, sem possibilidade de pagamento por qualquer benefício (admitido o uso, obviamente, da prestação privada de serviços, desde que fora do SUS). Essa percepção reforça a necessidade de avaliação criteriosa do último aspecto da cobertura universal, qual seja, o pacote de serviços que deve ser ofertado pelo Estado.

4.3 Pacote de serviços

O pacote de serviços a ser disponibilizado pelo Estado brasileiro vincula-se à previsão constitucional relativa à *integralidade do atendimento*, prevista também na Lei Orgânica do SUS. Segundo definição legal, a integralidade deve ser entendida como o "conjunto articulado e

---

28 BRASIL. **Supremo Tribunal Federal**. Recurso Extraordinário n. 581.488/RS. Tribunal Pleno, Rel. Min. Dias Toffoli. Diário de Justiça da União, 8 abr. 2016.

contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema", conforme dispõe o art. 7º, inc. II, da Lei 8.080/1990.

Trata-se, pois, da necessidade de articulação entre as ações e serviços, preventivos e curativos, individuais e coletivos[29], ou da indissociação entre prevenção e atenção curativa[30]. Assim, a aplicação do princípio da integralidade não se volta diretamente à prestação de cada serviço de saúde em si, mas à organização de todo o sistema público de saúde, que deve garantir prestações interligadas, voltadas tanto à prevenção quanto à cura de doenças[31]. Nesse passo, a integralidade do atendimento não deve ser entendida como a imposição de utilização de todos os meios ao dispor da medicina moderna. Tal noção assemelha-se ao que determina o Código de Ética Médica, acerca da utilização pelo profissional do melhor progresso científico em benefício do paciente, denominado por Ronald Dworkin de princípio do resgate[32], e que se encontra delimitada no próprio diploma normativo médico[33]. No estudo, o autor busca identificar critérios para a definição de quais prestações de assistência à saúde devem compor o rol de serviços públicos a serem disponibilizados pelo Estado.

Ao invés da utilização do *princípio do resgate*, materialmente inviável, Dworkin sugere a adoção do que ele denomina *princípio do seguro prudente,* o qual corresponderia basicamente a um plano de saúde privado escolhido por uma pessoa nas seguintes condições hipotéticas:

---

29 SILVA, José P. Vicente da; PINHEIRO, Roseni; MACHADO, Felipe R. S. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do Setor de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 235, set./dez. 2003.

30 RODRIGUEZ NETO, Eleutério. **Saúde**: promessas e limites da constituição. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, p. 143.

31 Essa perspectiva sistêmica reflete-se tanto na organização e funcionamento do próprio sistema quanto no respeito às pessoas que com ele colaboram. Nesse sentido, tem razão Diogo de Figueiredo Moreira Neto, para quem: "*(...) o bem ou o serviço entregue à sociedade deve necessariamente garantir uma utilização eficiente por parte de seus destinatários, tal como razoavelmente estaria nas expectativas de todos os que para tanto contribuíram com seus recursos*" (MOREIRA NETO, Diogo de Figueiredo. **Quatro paradigmas do direito administrativo pós-moderno**: legitimidade, finalidade, eficiência, resultados. Belo Horizonte: Fórum, 2008, p. 135-136).

32 DWORKIN, Ronald. A justiça e o alto custo da saúde. *In*: _____. **A virtude soberana**: a teoria e a prática da igualdade. Tradução de Jussara Simões. São Paulo: Martins Fontes, 2005, p.431-449.

33 O Código de Ética Médica foi aprovado pela Resolução n. 1.931/09, do Conselho Federal de Medicina. O mesmo diploma prevê que é vedado ao médico "*deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente*".

(i) uma sociedade em que a distribuição de riqueza seja justa (ao menos na opinião da pessoa em questão);

(ii) uma sociedade em que o conhecimento médico seja de domínio de todos; e

(iii) uma sociedade em que as empresas de planos de saúde não tenham informações acerca dos riscos de doença de cada pessoa ou grupo.

Nessas condições, a pessoa em questão, em uma situação de livre mercado, sem qualquer regulação, vai escolher e pagar por um plano que ofereça os serviços que mais bem atendam a seu interesse – de modo a garantir proteção por certo rol de intervenções médicas e possibilitar a aplicação de seus recursos pessoais em outras áreas, como educação e lazer. Esse rol de serviços médicos pelo qual optou a pessoa é aquele que deve compor o pacote de ações e serviços públicos de saúde[34].

Ao tratar do tema sob a perspectiva da organização do SUS, o já mencionado Decreto 7.508/2011 estabelece expressamente que a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores. Segundo o decreto, devem ser instituídas regiões ou regionais de saúde pelos Estados, em articulação com os municípios, as quais devem contar, no mínimo, com: (i) ações e serviços de atenção primária; (ii) urgência e emergência; (iii) atenção psicossocial; (iv) atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e (v) vigilância em saúde. Além disso, o ato normativo ora tratado prevê que todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário, para atendimento da integralidade da assistência à saúde, devem constar da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES, consolidada e atualizada pelo Ministério da Saúde a cada dois anos. No âmbito da assistência farmacêutica, o decreto prevê que a cada dois anos o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, que compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.

Nesse prisma, os direitos do usuário, nos termos da normatização do SUS, decorrentes do princípio da integralidade, consistem na estruturação das regionais de saúde, dotadas dos serviços nelas previstos, bem como da edição, atualização de disponibilização das ações, serviços e medicamentos previstos na RENASES e na RENAME. Deve-se atentar,

---

34 DWORKIN, Ronald. A justiça e o alto custo da saúde. *In*: _____. **A virtude soberana**: a teoria e a prática da igualdade. Tradução de Jussara Simões. São Paulo: Martins Fontes, 2005, p.4 31-449.

nessa medida, que são considerados ações e serviços de saúde todo o rol de operações elencado pelo art. 3º da Lei Complementar 141/12, que trata do financiamento da saúde pública. Dentro desse rol, compete ao Poder Público delimitar as ações e serviços de saúde que garantam a integralidade da assistência à saúde, conforme prevê o já referido art. 7º, inc. II, da Lei 8.080/1990. Na assistência terapêutica, inclusive farmacêutica, do ponto de vista normativo, o direito dos usuários é balizado pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, disciplinado pelo art. 19-M e seguintes da Lei 8.080/1990[35].

Nesse ponto, é de alta relevância o papel da CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias, órgão de assessoramento do Ministério da Saúde, competente para manifestar-se sobre a incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de Protocolo Clínico e de Diretriz Terapêutica. Note-se, nesse plano, que tal documento estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados (como órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos), quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. Do ponto de vista normativo, o direito de obter determinado tratamento vincula-se à sua previsão nos Protocolos Clínicos e de Diretrizes Terapêuticas, conforme decisão de alteração ou incorporação tomadas a partir dos relatórios da CONITEC.

Nesse sentido, o Supremo Tribunal Federal reconheceu a necessidade de delimitação do *pacote de serviços* a serem disponibilizados de modo universal e igualitário a todos as pessoas que busquem atendimento no SUS. Nesse ponto, parece lícito afirmar que enquanto o acesso deve ser *universal e igualitário*, o pacote de serviços deve ser *delimitado e igualitário*. É o que reconheceu o Supremo Tribunal Federal, em decisão unânime, conforme se depreende do voto do Min. Dias Tofolli na mesma decisão acima referenciada:

> *Embora os serviços de saúde públicos devam obedecer a esses princípios, isso não significa que o Estado deva fornecer todo tipo de serviço de saúde na forma pretendida pelos cidadãos. A cobertura deve ser, de fato, a mais ampla possível, observando-se os elementos técnicos regulados pelo Estado e pela ciência, bem como os limites orçamentários estritos; ou seja, os serviços devem ser reconhecidos como sendo adequados pelas autoridades científicas, médicas, farmacêuticas e administrativas (sanitárias), mas, também, hão de ser prestados de acordo com a capacidade econômica do poder público, como já*

[35] Tal dispositivo foi incluído na Lei 8.080/1990 pela Lei 12.401/2011.

> *advertiram os juristas norte-americanos Stephen Holmes e Cass R. Sustein em sua aclamada obra The Cost of Rights (Cambridge: Harvard University Press, 1999, p. 14-15), sendo absolutamente lógico que os direitos sejam garantidos por meio da prestação do serviço público onde haja verba orçamentária suficiente.*
>
> *Essa ideia de que o Estado deve fazer o que é possível há de estar sempre aliada ao senso de necessidade, do que é necessário executar, elementos essenciais à elaboração e à boa implantação de políticas públicas. Por isso, "a integralidade deve ser compreendida dentro do sistema, não se podendo exigir que todos os serviços sejam prestados em todas as esferas da Federação e em todas as localidades. A ideia da rede é justamente permitir que haja uma integração entre os serviços de pouca, média e alta complexidade" (...)*[36].

Como se pode perceber, ainda que a previsão constitucional possa conduzir à noção de que o pacote de cuidados a ser disponibilizado pelo Estado brasileiro é integral ou ilimitado, tal assertiva é falsa. A Constituição Federal permite e a disciplina normativa do SUS prevê a delimitação do pacote de ações e serviços a serem ofertados pelo sistema público de saúde no Brasil, ao mesmo tempo em que são também previstos os mecanismos e processos voltados à incorporação de novas tecnologias ao sistema[37].

5 APONTAMENTOS FINAIS: O BRASIL E A META 3.8 DOS ODS

O tema central dos ODS corresponde, como visto, ao objetivo n. 3 – *Boa saúde e bem-estar: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades*. Em relação a ele, a Meta n. 3.8 é tida como a mais ampla e complexa, pois almeja garantir a cobertura universal de cuidados de saúde.

Ante a dificuldade de definição do que seria a *cobertura universal*, o tema é estudado sob várias dimensões, sendo que não há consenso em relação à amplitude dos serviços a serem disponibilizados, bem como

[36] BRASIL. **Supremo Tribunal Federal**. Recurso Extraordinário n. 581.488/RS. Tribunal Pleno, Rel. Min. Dias Toffoli. Diário de Justiça da União, 8 abr. 2016.

[37] Tal delimitação exige, obviamente, que os mecanismos instituídos para a incorporação de novas tecnologias ao SUS sejam capazes de incluir no pacote de serviços aqueles tratamentos destinados a doenças raras, que acometem pequena parcela da população e que, não raro, possuem alto custo. Sobre o tema, conferir: AITH, Fernando; BUJDOSO, Yasmim; NASCIMENTO, Paulo Roberto do; DALLARI, Sueli Gandolfi. Os princípios da universalidade e integralidade do SUS sob a perspectiva da política de doenças raras e da incorporação tecnológica. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo v. 15 n. 1, p. 10-39, mar./jun. 2014.

a exigência de que todo o pacote de serviços seja oferecido de modo gratuito a todas as pessoas. Daí a redação da Meta n. 3.8 dos ODS falar em *proteção do risco financeiro*, em *acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade* e em *acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos*.

No Brasil, o parâmetro para a busca pela cobertura universal reside no próprio texto constitucional, já que a Constituição de 1988 reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado. Ao contrário de grande parte dos Estados-nação, o texto constitucional pátrio dá ao tema da saúde tratamento bastante analítico, consagrando *o acesso de todas as pessoas* e a *gratuidade de todos os cuidados* ofertados no âmbito do SUS, com *vedação a qualquer discriminação* no atendimento e com *proibição de cobrança pelos serviços ofertados*. Trata-se, como se pode perceber, de um compromisso constitucional mais amplo do que aquele previsto pela Meta n. 3.8 dos ODS.

O cerne das discussões locais reside, contudo, na *delimitação do pacote de serviços*. De um lado, a falta de financiamento público da saúde limita o acesso aos cuidados, os quais não são oferecidos a todas as pessoas em solo pátrio. De outro lado, a intervenção do Poder Judiciário na saúde frequentemente determina a entrega de tratamentos e medicamentos não previstos no pacote de serviços previsto pelo SUS a pessoas específicas (autores individuais de demandas judiciais) em detrimento de todos os demais. Nesse cenário, a incapacidade de o Estado brasileiro garantir a oferta de um pacote de serviços a todos os brasileiros, somada à intervenção pontual do Poder Judiciário na determinação de entrega de cuidados não previsto no pacote a algumas pessoas, macula tanto a universalidade de acesso quanto a igualdade de acesso.

Considerando que no Brasil as ações e serviços de saúde são livres à iniciativa privada, tais ofensas à universalidade e igualdade atingem exatamente a parcela mais pobre da população, que, ao contrário da faixa mais abastada, não possui condições de satisfazer suas necessidades por meio de planos privados ou da medicina privada. Isso porque, como visto acima, a medicina privada e a saúde suplementar podem ser acessadas apenas por uma pequena camada da população, que não depende exclusivamente do SUS. Nesse contexto, ainda que a Constituição brasileira seja mais exigente na garantia do direito à saúde, o Estado brasileiro sequer cumpre a Meta n. 3.8 dos ODS.

6 REFERÊNCIAS

AITH, Fernando; BUJDOSO, Yasmim; NASCIMENTO, Paulo Roberto do; e DALLARI, Sueli Gandolfi. Os princípios da universalidade e integralidade do SUS sob a perspectiva da política de doenças raras e da incorporação tecnológica. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo v.15 n.1, p. 10-39, mar./jun. 2014.

BRASIL. **Supremo Tribunal Federal**. Recurso Extraordinário n. 581.488/RS. Tribunal Pleno, Relator Min. Dias Toffoli. Diário de Justiça da União, 8 abr. 2016.

COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 6.ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

DWORKIN, Ronald. A justiça e o alto custo da saúde. *In*: _____. **A virtude soberana**: a teoria e a prática da igualdade. Trad. Jussara Simões. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FREY, Andrea L. **Introduction:** positioning universal health coverage in the post-2015 development agenda. Washington international law journal vol. 24 n. 3, 2015.

GHEBREYESUS, Tedros Adhanom. All roads lead to universal health coverage. **The Lancet Global Health**, Volume 5, Issue 9, e839-e840, 2017. Disponível em: <http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30295-4/fulltext>. Acesso em: 11 jan. 2018.

GRAU, Eros Roberto. **A constituinte e a constituição que teremos**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1985.

LAFER, Celso. **A reconstrução dos direitos humanos**: um diálogo com o pensamento de Hannah Arendt. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

MÂNICA, Fernando Borges. **O Setor Privado nos Serviços Públicos de Saúde**. Belo Horizonte: Forum, 2010.

MARTEN, Robert *et al.*, An Assessment of Progress Towards Universal Health Coverage in Brazil, Russia, India, China, and South Africa (BRICS), 384 **LANCET** 2164, 2165 (2014).

MOREIRA NETO, Diogo de Figueiredo. **Quatro paradigmas do direito administrativo pós-moderno**: legitimidade, finalidade, eficiência, resultados. Belo Horizonte: Fórum, 2008.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. **Saúde**: promessas e limites da constituição. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

SEN, Amartya; KLIKSBERG, Bernardo. **As pessoas em primeiro lugar:** a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado. Tradução: Bernardo Ajzemberg, Carlos Eduardo Lins da Silva. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SILVA, José P. Vicente da; PINHEIRO, Roseni; MACHADO, Felipe R. S. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do Setor de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n.65, p.235, set./dez. 2003.

STUCKLER, David *et al.* **Background Paper for the Global Symposium on Health Systems Research:** The Political Economy of Universal Health Coverage 2 (Nov. 16-19, 2010). Disponível em: http://healthsystems research.org/hsr2010/images/stories/8political_economy.pdf. Acesso em 12 jan. 2018.

TORRES, Ricardo Lobo. A cidadania multidimensional na era dos direitos. *In*: _____ (Org.). **Teoria dos direitos fundamentais**. 2. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2017**: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2017.

SITES CONSULTADOS

<www.who.int/health_financing/documents/cov-wharesolution5833/en/>. Acesso em: 10 jan. 2018.

<apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2018.

<bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2018.

<www.nacoesunidas.org/acao/saude/>. Acesso em: 12 jan. 2018.

<www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>. Acesso em: 12 jan. 2018.

<www.who.int/about/mission/en/>. Acesso em: 15 jan. 2018.

<www.un.org/en/sections/member-states/growth-united-nations-membership-1945-present/index.html>. Acesso em: 7 jan. 2018.

<www.agenda2030.org.br/sobre/>. Acesso em: 11 jan. 2018.

<www.agenda2030.org.br>. Acesso em: 14 jan. 2018.