

DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE NO BRASIL

Recebimento do artigo: 30/09/2006

Aprovado em: 10/10/2006

Adriana Zawada Melo

Sumário

1 Introdução. 2 Caracterização e inserção do direito à saúde na teoria dos direitos fundamentais. 2.1 Conceito e fundamentação. 2.2 Aspecto dúplice. 2.3 Configuração como cláusula pétrea. 3 Promoção do direito à saúde no âmbito da seguridade social. 3.1 As técnicas de proteção social. 3.2 A opção da constituição de 1988 pela seguridade social. 3.3 Sistema único de saúde. 4 Implementação efetiva do direito à saúde. 4.1 Contingências econômico-sociais. 4.2 O papel do Ministério Público e do Poder Judiciário. 5 Conclusão. 6 Referências.

Resumo

O direito à saúde é um dos direitos fundamentais garantidos pela Constituição brasileira de 1988, que o contempla no âmbito da seguridade social. Contudo, a implementação desse direito esbarra em uma série de dificuldades, que vão desde contingências econômico-sociais até o descumprimento das normas constitucionais relativas ao sistema único de saúde. O presente artigo analisa esse panorama, bem como avalia o papel que o Ministério Público e o Poder Judiciário têm na concretização do direito à saúde em tal contexto.

Palavras-chave

Direitos fundamentais. Seguridade social. Direito à saúde. Ministério Público. Poder Judiciário.

Abstract

The right to health is one of the fundamental rights guaranteed by the Brazilian Constitution of 1988 as regards social security. However, implementation of this right confronts a number of obstacles, ranging from socioeconomic difficulties to noncompliance of constitutional norms concerning the Unified Health System. This article offers an analysis of the contemplated panorama and evaluates the role played by the Prosecution Service and by the Judiciary in the realization of such right within this context.

Key words

Fundamental rights. Social security. Right to health. Prosecution Service. Judiciary.

56 1 Introdução

O presente artigo tem por objetivo apontar os principais desafios da implementação do direito fundamental à saúde no Brasil, a partir de três tópicos, subdivididos em itens complementares entre si. O primeiro tópico visa definir o direito à saúde e contextualizá-lo no campo da teoria dos direitos fundamentais, com ênfase para a sua fundamentação. No tópico seguinte, cuida-se da forma como o direito à saúde é geralmente garantido e da forma como o Brasil o implementa atualmente, ou seja, no âmbito da técnica abrangente da seguridade social. Já no terceiro tópico, buscou-se mostrar as dificuldades na implementação efetiva do direito à saúde, em virtude das contingências econômico-sociais brasileiras, bem como analisar a atuação do Judiciário e do Ministério Público nesse sentido.

Pretende-se, pois, traçar uma panorama do direito à saúde no Brasil, de modo a ensejar uma reflexão mais séria sobre as mazelas e dificuldades que o cercam, verificando se e como é possível velar por sua implementação efetiva em nosso contexto.

2 Caracterização e inserção do direito à saúde na teoria dos direitos fundamentais

Antes de se aprofundar a discussão sobre o tema em exame é preciso explicitar as premissas de que se parte e a base teórica em que se insere a análise. Nessa perspectiva convém, simultaneamente, definir o que seja o direito à saúde, qual é o seu fundamento, apontando como ele se insere na teoria dos direitos fundamentais e como a Constituição brasileira vigente contempla o direito à saúde.

2.1 Conceito e fundamentação

O direito à saúde é tradicionalmente caracterizado pela doutrina constitucional como um direito social, ou melhor, como um dos direitos econômicos e sociais, também chamados de segunda geração (no sentido de ser um direito de igualdade).

Entretanto, essa nomenclatura não é apropriada, porque falar em “gerações de direitos” pode conduzir a equívocos. De fato, pode dar a entender que existe o predomínio de uma geração mais recente de direitos em detrimento das anteriores, o que não se sustenta em face do caráter indivisível dos direitos humanos.

Na verdade, tanto a proclamação e garantia dos direitos sociais e econômicos quanto dos chamados direitos de solidariedade se inserem em um processo, particularmente acelerado nas últimas décadas, de multiplicação de direitos. Esse fenômeno resulta do aumento de bens a serem tutelados, do aumento do número de sujeitos de direitos e da ampliação do tipo de *status* desses sujeitos.

Por tal prisma, a evolução dos direitos humanos fundamentais representa, ao menos no mundo ocidental, um progresso moral; ou melhor, uma convergência da razão e da moral, a fim de reconhecer e proteger a humanidade em cada pessoa. Os novos direitos que vão surgindo refletem também o aumento da complexidade social contemporânea. Porém, o grande desafio não é teorizar e justificar esses direitos, mas sim garanti-los, dar-lhes efetividade.

Os direitos sociais têm feição coletiva e são uma ampliação da compreensão dos direitos fundamentais da pessoa humana, os quais são, em essência, vínculos substanciais impostos à democracia política; os direitos de liberdade são vínculos negativos (exigem uma abstenção por parte do Estado e dos particulares) e os direitos sociais são vínculos positivos (que exigem atitudes concretas do Estado para sua satisfação). Os meios apropriados para a garantia da saúde enquanto direito social serão objeto do último capítulo deste texto.

A afirmação dos direitos sociais, iniciada sob o influxo da disseminação do Estado Social, parte da idéia da garantia a cada pessoa de um mínimo existencial (condições mínimas de existência humana digna, o que exige prestações estatais positivas), como pressuposto do exercício efetivo da cidadania. O mínimo existencial tem a ver, em termos teóricos, com os direitos de liberdade, com a igualdade, com o devido processo legal, bem como com os demais direitos humanos fundamentais. O desenvolvimento doutrinário desse pensamento leva à busca da efetivação da justiça social, através da maximização dos mínimos sociais.

Nesse contexto é que se percebe, com nitidez, que o conceito de dignidade da pessoa humana (também afirmado como direito autônomo na ordem internacional e em vários ordenamentos internos) repousa na base de todos os direitos fundamentais, mas em especial dos direitos sociais. É na garantia, a cada indivíduo, de levar uma vida de acordo com a dignidade humana que os direitos econômicos, sociais e culturais encontram sua explicação e sua inspiração. E, por outro lado, não se pode esquecer que o direito à dignidade humana é uma manifestação do direito à vida, indissociável também da integridade física assegurada à pessoa.

É a linha de raciocínio que levou o Conselho Constitucional francês, na decisão de 27 de julho de 1994, a assentar que o direito à saúde é um dos componentes da dignidade humana. Daí a conclusão de Danièle Siroux de que “toutes les atteintes susceptibles d’être portées au corps humain, et en conséquence de mettre en péril la dignité humaine, relèvent donc désormais du domaine de la santé”¹.

Em vista dessa fundamentação é que é possível compreender e adotar a definição de saúde trazida pelo preâmbulo da constituição da OMS (Organização Mundial da Saúde), de 1946: “estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Implica, pois,

¹ SIROUX, Danièle. Santé publique et libertés. *Cahiers français*, Paris, 296, mai-juin 2000, p. 96.

58 o direiro à saúde que seja assegurado, de maneira igual, a todas as pessoas o acesso a esse amplo bem-estar. Isso envolve meio ambiente saudável e equilibrado, boas condições de moradia, alimentação adequada, condições de trabalho salubres, assistência médica e acesso a remédios e tratamentos complementares.

Reconhecido pela primeira vez como direito fundamental pela Constituição italiana de 1947 (art. 32), o direito à saúde é, ao mesmo tempo, direito pessoal e coletivo, e vem sendo assegurado em muitos países (Portugal, Espanha, Guatemala e Brasil, por exemplo), no âmbito da seguridade social, conforme se verá adiante.

2.2 Aspecto dúplice

Como já se viu no item precedente, há uma duplicidade bastante evidente no direito à saúde, que na verdade é comum a todos os direitos sociais: o fato de ser simultaneamente um direito pessoal e um direito coletivo. De fato, os direitos sociais são formas de tutela pessoal, mas comuns a toda a coletividade, que também pode demandar a sua satisfação por parte do Estado. Em outras palavras, no pólo ativo de uma demanda concernente ao direito subjetivo público à saúde pode figurar qualquer pessoa e/ou a comunidade.

Todavia, não é esse o aspecto dúplice que merece maior destaque neste momento. Impende formular agora uma distinção fundamental para delimitar nosso objeto de análise e que concerne às duas vertentes do direito à saúde, as quais comportam diferentes tratamentos jurídicos e que, por sua vez, geram controvérsias completamente diversas.

E a distinção é aquela feita por Canotilho e Vital Moreira², segundo a qual as duas vertentes do direito à saúde são

uma, de natureza negativa, que consiste no direito a exigir do Estado (ou de terceiros) que se abstenha de qualquer acto que prejudique a saúde; outra, de natureza positiva, que significa o direito às medidas e prestações estaduais visando a prevenção das doenças e o tratamento delas.

A primeira dessas vertentes é expressão da liberdade clássica do indivíduo frente ao Estado e à sociedade, como projeção do direito à vida e à liberdade. É em relação a esse aspecto que estão centradas as questões concernentes à ética sanitária e à bioética, pois nele predomina o direito de a pessoa dispor do próprio corpo, tendo em vista a preservação da saúde, entendida esta no sentido amplo já mencionado, de completo bem-estar físico, mental e social. É, pois, manifestação da saúde como direito individual.

² Constituição da República portuguesa anotada. 3.ed. p. 342 *apud* SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 12. ed. São Paulo: Malheiros, 1996, p. 299.

Já a segunda vertente é a da saúde como direito público subjetivo, que implica prestações positivas pelo Estado no sentido de sua implementação e se expressa através das políticas de saúde pública, preventivas e curativas. É esse o aspecto do direito à saúde que se insere no âmbito da seguridade social.

Ora, parece claro que da saúde individualmente considerada só deveria se ocupar a saúde pública na medida em que afetasse a coletividade. Porém, tendo em vista a solidariedade no custeio do sistema público, a saúde passou em grande parte da esfera individual ao domínio coletivo. É quase como se o indivíduo tivesse uma “obrigação implícita de saúde”, se não de resultado, pelo menos de meios.

Nesse ponto emerge um conflito agudo entre liberdade/privacidade individuais e medidas constritivas impostas pelo Estado. Dentre os múltiplos exemplos de conflitos extraídos da experiência francesa (muitos dos quais também existentes no Brasil) estão a vacinação compulsória, os obstáculos criados a quem se recusa a se submeter a certos exames médicos obrigatórios (como os pré-nupciais ou admissionais), tratamentos impostos em contrariedade com o princípio da livre disposição do corpo e com a ética médica, tratamentos de desintoxicação alcoólica impostos por lei ao próprio consumidor, declaração e comunicação compulsórias de determinadas doenças epidemiológicas. Em suma, a questão que se coloca é saber até que ponto o Estado deve intervir para obrigar as pessoas a cuidarem da própria saúde e em que medida isso afeta sua liberdade e sua privacidade.

Muitos outros conflitos surgem em casos mais extremos, ligados à bioética e ao direito à vida: aborto, eutanásia, manipulação genética, práticas eugênicas, transplantes e comercialização de órgãos, entre tantos mais.

A solução de tais conflitos não é fácil e só agora vem merecendo atenção dos juristas, que procuram analisá-los e resolvê-los sobre duas bases, que são a autonomia da vontade (consentimento livre) e o princípio da dignidade da pessoa humana.

2.3 Configuração como cláusula pétrea

As cláusulas pétreas são as limitações materiais explícitas ao poder de reforma constitucional; a idéia de que certas matérias podem ser subtraídas do âmbito de incidência desse poder encontra fundamento na necessidade de preservar o arquétipo constitucional esboçado a partir de uma decisão política da coletividade, mantendo a estrutura básica definida pelo constituinte originário e traduzida em determinados princípios e institutos.

O fundamento dessas limitações é político e, em se tratando de direitos humanos, tem ainda o peso de representar o respeito do país pelos compromissos assumidos na ordem internacional, através de pactos de direitos.

60 A Constituição brasileira de 1988 expôs seu núcleo imodificável no art. 60, § 4º, dispondo que não será objeto de deliberação a proposta de emenda tendente a abolir (I) a forma federativa de Estado, (II) o voto direto, secreto, universal e periódico, (III) a separação de poderes, (IV) os direitos e garantias individuais.

O problema em relação ao direito à saúde reside justamente na fórmula empregada no inciso IV, que menciona os direitos e garantias individuais; como o direito à saúde é um direito social, de cunho coletivo, previsto não no art. 5º, mas no art. 6º da CF, em princípio ele não estaria abrigado pela cláusula de intocabilidade.

Porém, essa não parece ser a posição mais adequada em face da questão, por vários motivos. Na verdade, o constituinte não foi feliz em se utilizar da expressão “direitos e garantias individuais”, pois os direitos sociais são espécies do mesmo gênero que os individuais, ou seja, são ambos direitos fundamentais.

Ademais, o próprio art. 5º, em seu parágrafo 2º, prevê que “os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte”.

Essa possibilidade interpretativa foi utilizada pelo Supremo Tribunal Federal no julgamento da ADIN n. 937-7, em que admitiu que outras garantias do cidadão podem ser encontradas em artigos dispersos da Constituição, como foi o caso do princípio da anterioridade tributária (art. 150, III, b), tido por vulnerado pela Emenda Constitucional n. 3/93.

Mais recentemente essa posição interpretativa foi seguida e em relação a um direito eminentemente social: licença-maternidade. É o caso da ADIN n. 1.946-5, referente ao artigo 14 da Emenda Constitucional n. 20/98, em que o STF

por unanimidade, deferiu a medida cautelar para, dando interpretação conforme à Constituição ao art. 14 da Emenda Constitucional n. 020, de 15/12/1998, deixar expresso que a citada disposição não se aplica à licença-maternidade a que se refere o art. 7º, inciso XVIII da carta Magna, respondendo a Previdência Social pela integralidade do pagamento da referida licença.

No que tange ao direito à saúde, seja por qualquer das vertentes ou dos aspectos que se o examinar, fica intuitivamente claro que ele está configurado como cláusula pétrea. Ele é um direito social especial em razão de seus fundamentos, que são o direito à vida e à dignidade humana, e, portanto, impassível de supressão ou desfiguração por emenda constitucional.

Conforme observou com aguda precisão Tupinambá M. C. do Nascimento³,

³ **Comentários à Constituição Federal:** direitos e garantias fundamentais. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1997, p. 89.

o direito social à saúde, a ser prestado pelo Estado, categoriza-se como cláusula pétrea, por se afigurar como direito e garantia individual implícito. Aparecem como direitos individuais explícitos e, via de consequência, intocáveis por emendas constitucionais, o direito à vida (art. 5º, caput) e o direito à integridade física e moral, que não é só direito do preso (art. 5º, XLIX). No exame sistêmico do texto constitucional, incompreensível seria garantir-se, como cláusulas pétreas, a vida e a integridade física do homem e não se garantir a saúde com a mesma eficácia de cláusula intocável por emendas constitucionais, visto que a saúde, destutelada, pode levar inclusive à morte. A proteção estatal da saúde decorre dos princípios adotados pela Carta e, como resultado, é limitação material implícita a obstar sua abolição, ou redução, por emenda constitucional.

Assim, não restam dúvidas quanto a ser o direito à saúde no Brasil um direito fundamental e que, por esse motivo, recebeu do constituinte de 1988 proteção maior, ao ser incluído entre as cláusulas pétreas, que formam o núcleo imodificável da Constituição.

3 Promoção do direito à saúde no âmbito da seguridade social

3.1 As técnicas de proteção social

A evolução das técnicas de proteção social tem aspectos históricos, sociológicos, econômicos e jurídicos, nem sempre perfeitamente distintos. Os fenômenos sociais, aliás, têm a particularidade de serem complexos e dinâmicos. O ângulo de análise dessa evolução será, portanto, variado, conforme o predomínio de certo aspecto nas mudanças ocorridas.

De qualquer forma, o fio condutor, a questão de fundo, na evolução dessas técnicas, é a busca sistemática da garantia de melhores condições de vida. Na verdade, trata-se aqui da evolução das necessidades individuais (sob o seu prisma social) tendo em vista a progressiva universalização do bem-estar. Essa universalização foi sendo construída aos poucos e ainda não foi atingida; contudo, a conscientização de que ela deve ser atingida é o estágio mais adiantado na evolução da proteção social, representada pelos sistemas de seguridade social.

Inicialmente é preciso lembrar a questão dos riscos a que o homem está sujeito, quer seja individualmente, quer seja em decorrência da vida em sociedade e, nesta, em particular os riscos que decorrem de sua atividade profissional. De forma simples, pode-se dizer que os riscos são eventos incertos e futuros (inesperados, embora temidos ou receados) que podem acarretar a uma pessoa perdas, danos ou aumento de despesas.

62 Eles não são necessariamente ruins, podendo ser bons, como no caso do nascimento de um filho, o que gera, para os pais, um aumento de despesas.

Como já foi visto, trata-se aqui de riscos sociais, oriundos do convívio, os quais podem ser definidos pela garantia, pela causa ou pelo efeito; este último critério é o mais apropriado, pois define o risco social como aquele que, atingindo um indivíduo, repercute sobre os demais, sobre a sociedade. Os riscos sociais resultam da condição física do indivíduo (como doença, invalidez, morte, velhice), de sua atividade profissional (acidente do trabalho, desemprego) ou de sua vida familiar (casamento, nascimento, educação e cuidados com os filhos). Em qualquer desses casos há alterações na situação econômica das pessoas atingidas, colocando-as em um estado de necessidade, que é precisamente o que as técnicas de proteção buscam prevenir (se ainda não ocorreu o risco) ou minimizar (se já ocorreu o risco e seu respectivo prejuízo).

Cabe observar que alguns autores, em face de existirem riscos ditos sociais que não são especificamente oriundos da vida em sociedade, preferem substituir o conceito de risco pelo de contingência humana, mais amplo e mais preciso. Contudo, o conceito de risco tem uma importância histórica considerável, na medida em que ele possibilitou a aplicação das regras de Direito Civil sobre seguro como técnica de proteção social, lançando assim a semente dos sistemas ainda hoje predominantes.

Retomando o raciocínio, tem-se a registrar que, em face dos riscos sociais, o homem pode se proteger de forma individual ou coletiva, fundando-se esta última na solidariedade social, embora inicialmente restrita à solidariedade entre alguns grupos sociais, sobretudo os grupos profissionais.

A forma individual de proteção é a mais antiga e primitiva, pois foi a primeira a surgir, como expressão do instinto de sobrevivência, e se exprime nos cuidados com o corpo e a saúde, com a defesa pessoal e com a moradia e a alimentação. Em função disso, é descabido cogitar de regulamentação jurídica dessa forma de proteção, que, apesar de limitada em seus efeitos face à fragilidade do homem, é mera aplicação do bom senso.

Ainda no plano da iniciativa individual, existe a assistência da família, que se caracteriza pela conjugação de esforços pessoais entre parentes, que se ajudam mutuamente em caso de necessidade. Já existe aqui, ainda que indiretamente, uma regulamentação jurídica da proteção, representada por certos institutos do Direito Civil, como o dever de assistência e a obrigação alimentar entre os cônjuges e entre os ascendentes e descendentes. Porém, atualmente, o grupo familiar tende a se restringir, além de ter perdido sua coesão original; ademais, a pauperização gerada pelas crises econômicas impede a maioria das famílias de atuar na proteção de seus membros contra os riscos.

Por fim, a forma mais importante de proteção individual é a poupança, pela qual a pessoa prevê os eventos danosos futuros e acautela-se contra eles, poupando. Poupar

significa, então, abster-se da consumação presente, economizando a soma que nela seria dispendida, a fim de utilizá-la numa necessidade futura. Ou, como sintetizam Rouast, Durand e Dupeyroux, “l'épargne permet à l'individu de constituer des réserves qui seront utilisées au cas de réalisation d'un risque”⁴. Psicologicamente, é difícil ao homem tomar a decisão de poupar, pois a necessidade presente é sempre mais vívida e premente que a futura. Por outro lado, há, do ponto de vista econômico, um empecilho bastante sério ao sucesso da poupança como meio de proteção contra os riscos sociais: normalmente os que mais têm necessidades, os que mais precisam dispor de dinheiro na hora de um infortúnio súbito, são os que têm menos condições de poupar, pois gastam tudo o que ganham para sobreviver. Ademais, a inflação, a desvalorização da moeda, esteriliza o capital, diminuindo-o e fazendo necessário o uso de índices de correção. E, além disso, um risco pode atingir um indivíduo antes que ele tenha tido tempo para poupar suficientemente. Esses fatores de desestímulo fizeram com que surgissem outras formas de proteção, deixando à poupança um papel acessório ou complementar. Cabe ressaltar que, durante o período de predomínio da ideologia liberal, a poupança foi a principal fonte e técnica de proteção social, apesar de ser, para esse fim, um instrumento imperfeito e desigual.

Já num plano verdadeiramente social de proteção, inspirada pela solidariedade humana ou pelo sentimento religioso de caridade, tem-se a assistência, caracterizada pelo fato de um terceiro (em geral uma entidade, uma instituição) passar a se ocupar do atendimento das necessidades do indivíduo. Não se trata, aqui, de ajuda em dinheiro, mas do fornecimento daquilo que é imediatamente necessário para fazer cessar o estado de necessidade do indivíduo, como cuidados médicos, oferta de alimentos, abrigo para dormir ou peças de roupas; não se cogita de prevenção dos riscos, mas de solução imediata para as conseqüências danosas deles advindas. Inicialmente, a assistência era prestada pelo grupo ao qual o indivíduo era ligado (familiar, profissional ou religioso); essa assistência privada é também chamada de beneficência, donde vem a expressão entidades beneficentes, até hoje usada para designar as entidades privadas de assistência, que amparam os carentes. A principal característica dessa forma de proteção é ser discricionária, uma vez que, constituindo-se uma liberalidade, quem a oferece escolhe a seu bel-prazer a quem, como e quando amparar; não se forma um vínculo obrigacional entre assistente e assistido.

Por outro lado, pouco a pouco o Estado passou a chamar a si atividades assistenciais, na medida mesma em que ele passou a se afirmar como representante da sociedade, dos cidadãos, e não apenas de alguns grupos. E, paulatinamente, essas atividades passaram a ser respaldadas em normas jurídicas. O primeiro grande marco da assistência

⁴ ROUAST, André; DURAND, Paul; DUPEYROUX, Jean-Jacques. *Sécurité sociale*. 3. ed. Paris: Dalloz, 1961, p. 3.

64 pública é a Lei de Amparo aos Pobres, da Inglaterra, de 1601; embora a execução das medidas de amparo tenha sido delegada às paróquias, ficava a cargo das autoridades locais o custeio do sistema, através da imposição de um imposto de caridade, bem como a sua fiscalização.

Decisiva foi a Revolução Francesa, inaugurando a época dos socorros públicos. De acordo com a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789), a assistência pública era uma “dívida sagrada” do Estado, o qual devia passar a intervir na ordem social em defesa dos necessitados, dos cidadãos hipossuficientes.

Todavia, o período histórico era desfavorável à implementação do princípio proclamado pela Revolução Francesa, uma vez que as relações econômicas eram pautadas pelo Liberalismo; a miséria ou o bem-estar de cada um era de sua inteira responsabilidade, incumbindo-se ao Estado apenas a garantia dos direitos civis e políticos do cidadão, através dos quais ele próprio construía, ou não, o seu sucesso.

Ao longo do século XIX, diversos fatores, em especial a questão social surgida em razão da Revolução Industrial, forçaram o consenso de que a intervenção estatal era essencial para a garantia da estabilidade social, posta em risco pelas desigualdades geradas pela prevalência dos interesses individuais sobre os coletivos. Assim, a ordem jurídica passou a garantir direitos sociais e econômicos aos cidadãos, efetivando a intervenção estatal na ordem social e econômica, o que veio a constar das constituições, tendo como marco a Constituição de Weimar (Alemanha, 1919).

Paralelamente a essa evolução, surgiu, dentro de determinados grupos, sobretudo os profissionais – na Idade Média os artesãos, com o Renascimento os comerciantes, e com a Revolução Industrial os trabalhadores subordinados – a consciência de que havia riscos que eram comuns a seus integrantes, e de que esses riscos não se efetivavam em relação a todos e nem ao mesmo tempo. Portanto, era válida e necessária a prevenção conjunta desses riscos através da técnica jurídico-atuarial do seguro, cujas regras provinham do Direito Civil.

O contrato de seguro se estriba numa visão matemática da garantia dos riscos. Isto é, através de cálculos atuariais faz-se uma relação entre os riscos possíveis e as contribuições necessárias, estabelecendo-se uma quantia módica a ser paga mensalmente, chamada prêmio; efetivando-se o risco – chamado sinistro – será devida uma indenização ao segurado. E essa técnica só é factível quando o segurador reúne as economias de um grupo de possíveis vítimas dos riscos a serem garantidos; trata-se, pois, de uma poupança coletiva, que visa a uma reparação em dinheiro dos danos que determinado risco (temido e previamente indicado), uma vez advindo, venha a causar.

Historicamente, o seguro se apresenta sob duas formas, o seguro a prêmio (privado) e o seguro a mútuo (mutualismo), ambas de caráter voluntário. Na primeira delas, o segurador é estranho aos membros do grupo segurado; ou seja, a administração do montante do capital economizado é confiada a terceiros, os quais buscam lucro nessa

atividade. Esta é a origem da previdência privada, atualmente admitida na maioria dos países em caráter complementar ao sistema estatal de proteção.

Já o seguro a mútuo é feito entre os elementos de um mesmo grupo, não tendo fins lucrativos, nem possibilitando remuneração aos seus administradores, pois estes são membros do grupo segurado. Difere do seguro a prêmio, em termos técnicos, pela sucessividade, isto é, por se repetirem periodicamente os prêmios (contribuições) e as indenizações (prestações). Tradicionalmente, é uma técnica de proteção adotada pelos trabalhadores para a garantia contra os riscos sociais, através das sociedades de socorros mútuos, surgidas na Idade Média. Em função disso, pode-se dizer que o seguro a mútuo é o ancestral da previdência social, a qual inicialmente tutelava os trabalhadores subordinados e por eles era custeada, em conjunto com os empregadores.

Contudo, essas duas técnicas de seguro não eram inteiramente satisfatórias para a proteção social, em razão de seu caráter voluntário, o que tornava a contribuição dos segurados muito alta, desestimulando ainda mais sua adesão a um desses sistemas. Ademais, conforme apontam Doublet e Lavan⁵, outras causas foram progressivamente contribuindo para o surgimento e o desenvolvimento de novas técnicas de proteção, entre as quais estão os múltiplos efeitos da industrialização crescente, o desenvolvimento das ideologias socialistas, o crescimento demográfico que a Europa industrial conheceu no século XIX, a profundidade da crise econômica, que agravou a situação do proletariado, o desenvolvimento da ação dos sindicatos e dos partidos socialistas e a influência da doutrina social da Igreja Católica, sobretudo com a encíclica *Rerum Novarum*.

Em face de tudo isso, a ideologia do liberalismo foi superada e o Estado passou a se preocupar mais efetivamente com os riscos que atingiam seus cidadãos e a intervir na economia para amenizar as desigualdades, a fim de promover a paz na sociedade. Em primeiro lugar, para resolver o problema do custeio, o seguro se tornou obrigatório, no sentido de que a lei estipulava que todos os indivíduos que estivessem numa determinada situação fossem sujeitos da relação jurídica de seguro; é a compulsoriedade da filiação, primeiro para alguns grupos e depois para várias camadas da população. Daí decorre o cunho estatal que o seguro passa a ter, pois ele é implementado através do Estado, mesmo que indiretamente, em função da importância que a tutela dos hipossuficientes tem para a sociedade. Essas duas características marcam o novo sistema do seguro social, complementadas por algumas outras, que são a desproporção entre o prêmio e o risco, a ausência de lucro e a pluralidade de fontes de receita.

Assim, o Estado presta os benefícios (prestações pecuniárias), que são, inicialmente, custeados pelos trabalhadores e empregadores. Depois passa a haver subvenção do Estado; à medida em que o campo subjetivo de aplicação vai se ampliando, também se

⁵ DOUBLET, Jacques; LAVAN, Georges. *Sécurité sociale*. 2. ed. Paris: Presses Universitaires de France, 1961, p. 20.

66 amplia o ônus do custeio, que recai na sociedade, através de impostos. O grande marco do seguro social, em que a obrigatoriedade, imposta pelo Estado, aparece de maneira geral pela primeira vez, é o “programa social” de Bismarck, implantado na Alemanha a partir de 1883 por diferentes leis que tornavam obrigatórios para os trabalhadores, os seguros contra acidentes, doença, invalidez e velhice. No Brasil, pode-se apontar como marco do seguro social o Decreto legislativo n. 4.682, de 1923, conhecido como Lei Elói Chaves, que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões dos empregados ferroviários.

Do exposto até aqui, fica claro que existem duas linhas de evolução paralelas na proteção social: uma que diz respeito à ajuda prestada por terceiros aos indivíduos já atingidos pelos riscos e consiste basicamente em serviços (assistência), e outra que diz respeito à prevenção que os próprios indivíduos desenvolveram para fazer face aos eventuais riscos que se concretizem, e consiste basicamente em prestações pecuniárias (seguro). A forma mais evoluída de assistência é a pública, traduzida em serviços prestados pelo Poder Público, e a forma mais evoluída de seguro é o social, traduzido em benefícios prestados pelo Estado e custeados pela sociedade; da fusão de ambas nasce a previdência social, que abrange serviços e benefícios. Ou seja, nela se fundem as duas linhas de evolução da proteção social, abrindo espaço para um aprimoramento ainda maior das técnicas de proteção.

A previdência social é, desse modo, uma segunda fase do seguro social, um aperfeiçoamento dele: soma-se à técnica do seguro a assistência pública, passando a existir um sistema de prevenção e reparação dos efeitos dos riscos sociais cuja responsabilidade é do Estado. Portanto, as prestações previdenciárias (benefícios e serviços) são atribuídas ao serviço público.

De início, havia equivalência entre contribuições e prestações (afinal a técnica de base é a securitária), mas o amparo foi-se generalizando a fim de atingir a maioria dos cidadãos; operou-se, assim, uma progressiva descaracterização do seguro social como pacto de feição bilateral. A previdência caracteriza-se por ser uma poupança coletiva embasada na solidariedade social, solidariedade essa que é uma exigência atuarial do sistema, acrescida dos serviços públicos de assistência.

Convém ressaltar que, para vários autores, entre os quais Wladimir Novaes Martinez e Feijó Coimbra, seguro social é sinônimo de previdência social, sendo que eles adotam essa primeira expressão em suas obras. Tal posição foi acolhida pelo Estado brasileiro ao criar o INSS – Instituto Nacional do Seguro Social, órgão gestor da previdência social no País (Lei n. 8.028/90).

Ampliando o conceito de previdência social, surge a Seguridade (ou Segurança) Social; mais do que simples cuidado ou prevenção dos riscos sociais, ela induz a idéia de que já é efetiva a segurança quanto aos riscos, tanto os presentes quanto os futuros, apenas pelo fato de ser o Estado o seu garantidor e gestor, frente ao qual o cidadão

possui um direito subjetivo à segurança. A seguridade social não é mera medida intervencionista do Estado, mas um dever decorrente do reconhecimento ao cidadão de direitos econômicos e sociais, corporificados em prestações positivas, que lhe podem ser exigidas. Desse modo, o primeiro passo para chegar ao conceito de seguridade foi a transformação do Estado-gendarme em Estado-providência.

A expressão “seguridade social” surgiu pela primeira vez nos Estados Unidos com o *Social Security Act*, de 15 de agosto de 1935 que, na esteira do *New Deal*, implantou um regime de previdência social naquele país. A mesma nomenclatura foi adotada na Nova Zelândia, em 1938, quando foi instituído um modelo revolucionário de proteção social, que visava amparar toda a população, cada um sendo protegido de acordo com a sua necessidade e contribuindo conforme seus rendimentos, através de imposto.

Desde então, em vários países, observa-se um processo contínuo de alargamento do campo subjetivo de amparo, pois o que se visa é a proteção integral de toda a população, e não apenas daqueles que contribuem para o custeio, notadamente os trabalhadores. Dessa forma, a seguridade social fez com que a noção de garantia contra os riscos se desvinculasse de qualquer liame com a noção de trabalho. Ademais, está havendo também uma ampliação progressiva do campo objetivo de amparo, uma vez que todos os riscos devem ser garantidos, a fim de satisfazer o anseio de segurança geral da população.

Essa característica da seguridade liga-se a outra, ainda mais significativa, que é o desaparecimento da relação de causa e efeito entre contribuição e benefício, fazendo da necessidade a principal condição para conceder o amparo. Parte-se da premissa de que cada membro da sociedade dispõe contra a mesma de um “crédito alimentar” que pode ser invocado sempre que sua renda se tornar inferior a um padrão mínimo. E aqui se chega ao ponto vital do sistema, o custeio, que idealmente deve ser assegurado pelo imposto sobre a renda. Tanto mais amplo e bem sucedido será o sistema de seguridade quanto a sociedade puder e se dispuser a arcar com o seu custeio.

Em face dessas duas características principais, concluímos que a seguridade social não é um sistema pronto e acabado, e muito menos plenamente atingido; ela é um ideal a construir, uma meta a atingir. Universalizar o bem-estar e atingir a justiça social são os seus objetivos. Em síntese, a seguridade social busca a conquista, na prática, dos direitos humanos declarados pela ONU em 1948.

Finalizando, podemos identificar na seguridade social dois sentidos. Num sentido estrito, ela designa uma técnica de proteção social que, embasada no seguro, combinou-se com outras técnicas e superou-o. Já no sentido lato, ela representa um ideal que inspira a política social de muitos Estados contemporâneos.

Assim, as técnicas de proteção social continuam a evoluir, tendo em vista uma política geral de melhoria das condições e do nível de vida de toda a população, em direção a uma técnica ainda inexistente e considerada ideal Wladimir Novaes Martinez

68 a denomina de assistência total⁶, em que o Estado atende a todas as necessidades do indivíduo, sejam elas quais forem, respeitando a sua personalidade.

3.2 A opção da Constituição de 1988 pela seguridade social

No Brasil, a preocupação com a proteção social demorou a se manifestar, sendo que, na época colonial e no Império, a maior parte da população estava excluída de qualquer forma de amparo por ser composta de escravos; quando muito, estes eram alvo de entidades beneficentes, cujas ações eram inspiradas pela caridade. Especificamente quanto à proteção pela técnica do seguro, as manifestações mais antigas foram os montepios – planos de benefícios dos órfãos e viúvas dos militares (1795) e dos servidores públicos civis (1890).

Neste século, até a década de 20, nada de relevante foi verificado no campo protetivo, exceto pela Lei n. 3.724/19, que havia instituído a responsabilidade dos empregadores pelas conseqüências dos acidentes do trabalho. A Previdência Social nasceu no País com a chamada Lei Elói Chaves – Decreto Legislativo n. 4.682, de 24.01.23 – que criou caixas de aposentadorias e pensões em favor dos empregados nas empresas ferroviárias. A partir daí, o sistema de caixas foi sendo estendido a empregados de outras empresas públicas, até que o Decreto n. 20.465/31 estendeu o regime da Lei Elói Chaves para todos os funcionários das empresas que exploravam serviços públicos, fossem elas privadas ou estatais; assim, a principal característica das caixas era que a vinculação ao sistema de proteção se dava por empresa e em âmbito territorial.

Devido aos inconvenientes das caixas, sobretudo em relação aos trabalhadores que trocavam de empresa e perdiam o amparo até então usufruído, a filiação dos segurados, em 1933, passou a ser definida conforme a sua categoria profissional, estabelecida esta com base na atividade genérica da empresa empregadora. Isso possibilitou a criação dos vários institutos de aposentadorias e pensões, de âmbito nacional e base profissional (IAPM, IAPC, IAPB, IAPI, IAPETC, IAPE e IAPFESP), que, através do Decreto-lei n. 72/66, foram fundidos no INPS – Instituto Nacional da Previdência Social. Anteriormente, os planos de benefícios desses institutos já haviam sido unificados pela Lei n. 3.807/60, chamada Lei Orgânica da Previdência Social.

A partir da década de 70 a Previdência Social revelou uma tendência a ampliar horizontalmente o campo de amparo, desvinculando-se de sua tradicional base profissional. Foram trazidos para a sua cobertura os empregados domésticos (Lei n. 5.859/72), concedidos alguns benefícios aos inválidos e idosos (Lei n. 6.179/74) e criada a Previdência Social rural (Decreto-lei n. 564/69, depois substituído pela Lei

⁶ MARTINEZ, Wladimir Novaes. **A seguridade social na Constituição Federal**. 2. ed. São Paulo: LTr, 1992, p. 56.

Complementar n. 11/71). Além disso, os governos militares elegeram como meta demagógica o “bem-estar da população”, fazendo da Previdência Social o seu veículo principal de difusão. Daí a criação do SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, através da Lei n. 6.439/77, que aglutinava as diversas entidades estatais encarregadas de distribuir determinadas prestações, tanto securitárias quanto assistenciais, inclusive na área da saúde.

Como se vê, a legislação previdenciária era esparsa; o diploma básico permanecia sendo a LOPS (Lei Orgânica da Previdência Social), mas periodicamente o Executivo, devidamente autorizado pela Lei n. 6.243/75, vinha editando a Consolidação das Leis da Previdência Social – CLPS, reunindo todas as alterações nela havidas, bem como as demais leis pertinentes.

Do ponto de vista constitucional, há ainda menos tradição do que na legislação ordinária de regulamentar a proteção social, o que aliás, também ocorre com todos os direitos econômicos e sociais. Somente na Constituição de 1934 é que se pode falar em garantia da proteção social, embora restrita aos trabalhadores e com caráter nitidamente securitário. Um passo adiante foi dado pela Constituição de 1946, que consagrou o sistema de Previdência Social (uniforme e estatal) como forma de proteção, ainda restrita aos trabalhadores, mas já prevendo a assistência aos desempregados. A Constituição de 1967, com a sua Emenda n. 1/69, manteve a Previdência Social como a principal técnica de proteção, acrescentada a novidade do seguro-desemprego.

Uma observação crítica e atenta da evolução dessa realidade permite concluir que a proteção social no Brasil só tomou verdadeiro impulso a partir de 1930. Getúlio Vargas, a propósito, repetiu a política de Bismarck, antecipando-se às reivindicações dos grupos de trabalhadores a fim de impedir que entre estes triunfasse a ideologia socialista, o que impregnou de paternalismo a legislação protetiva. Algo semelhante ocorreu também sob o regime militar, coincidentemente outro período de forte expansão e evolução do sistema protetivo brasileiro.

Assim, a Previdência era assegurada apenas aos cidadãos cujas ocupações fossem reconhecidas e definidas pela legislação (aqueles que atuavam na estrutura produtiva da sociedade, no setor formal da economia); quanto aos demais, vigia o assistencialismo. Em função disso, predominou, historicamente, a relação renda-contribuição-benefício, que é a essência do modelo introduzido por Bismarck (seguro social), o qual, adaptado às particularidades brasileiras e submetido à evolução técnica, deu origem à Previdência Social.

Resumindo, o padrão de proteção social brasileiro, até o advento da Constituição Federal de 1988, foi marcado pelo predomínio do caráter previdenciário (uso da técnica do seguro social como principal forma de amparo, complementado por medidas assistencialistas) e do caráter cooptativo (busca do silenciamento das demandas dos setores populares através do sistema de Previdência Social).

Tendo presente que o Estado é o representante por excelência da sociedade, embora tenha vida própria, é a ele que incumbe zelar pela proteção social. Os interesses imediatos a que ele tem o dever de atender estão definidos no texto constitucional e são frutos de decisões políticas; daí advém a necessidade de estruturar o exame do sistema protetivo do País com base na Constituição vigente, no caso a Constituição Federal de 1988.

Em primeiro lugar, cabe ressaltar que, em matéria de técnicas de proteção social, na Carta Magna não houve rigor técnico, de vez que prevaleceram as posições, muitas vezes casuísticas, dos diversos grupos de pressão, o que tornou o sistema amplo, porém desvinculado das reais possibilidades de implantação, sobretudo em termos de custeio. Havia estudos técnicos à disposição dos constituintes, notadamente as propostas oriundas de um grupo de trabalho que se formou por iniciativa do antigo Ministério da Previdência e Assistência Social, mas prevaleceram as decisões políticas “conciliatórias”.

A proteção social está incorporada no “espírito” do texto constitucional, aparecendo em vários pontos. Sua principal manifestação está no sistema de seguridade social definido nos artigos 194 a 204; ela aparece também em diversos dispositivos dos capítulos I e II do Título II. Em ambos os casos, ela se liga com o trabalho, enquanto meio de proporcionar a cada pessoa, mais do que sobrevivência, um nível de vida adequado, que engloba saúde e bem-estar.

As medidas de proteção em sentido lato são de competência administrativa comum (concorrente) da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. É o que está estampado no artigo 23, incisos II, IX e X. O objetivo é que, dada a relevância das tarefas ali enunciadas, os Poderes Públicos em geral cooperem na sua execução. O cumprimento das metas de alcance social demanda uma soma de esforços, ensejando a consolidação do federalismo cooperativo.

Da análise do artigo 24, incisos IX, XII, XIV e XV, infere-se que, para a execução eficiente das tarefas comuns, a competência legislativa pertinente à maioria dessas tarefas também é comum, restrita, porém, à União, aos Estados e ao Distrito Federal. Cabe à União editar as normas gerais e às demais esferas editar as normas específicas.

O traço fundamental que caracteriza o tratamento dispensado pela Constituição à proteção social, quer seja no sistema de seguridade social que ela criou, quer seja pelos diversos direitos sociais e econômicos assegurados, é a proclamação da responsabilidade do Estado pelos riscos de seus cidadãos. Existem verdadeiros direitos subjetivos públicos de caráter social, que criam deveres para o Estado em relação ao indivíduo. Esses direitos garantidos através do Estado visam assegurar a todos condições mínimas de vida e de consciência, a fim de que o exercício das liberdades fundamentais, também garantidas na Constituição, seja pleno.

No item precedente, a seguridade social foi abordada como a técnica atualmente mais avançada de proteção social, mas cujos contornos não estão plenamente definidos. Wladimir Novaes Martinez explica que

talvez ela seja uma técnica de proteção social, custeada solidariamente por toda a sociedade segundo a capacidade de cada um, que propicia universalmente a todos o bem-estar das ações de saúde e dos serviços assistenciais em nível mutável, conforme a realidade sócio-econômica, e o das prestações previdenciárias, estas últimas quando do nascimento, incapacidade ou invalidez, idade avançada ou tempo de serviço, prisão ou morte, em função das necessidades e não da capacidade dos destinatários⁷.

O texto constitucional de 1988 apontou a seguridade social como o instrumento de realização da proteção social pelo Estado brasileiro, sem, contudo, conceituá-la, limitando-se a descrever o modelo que implanta (artigos 194 a 204). O artigo 194 refere-se a “conjunto integrado de ações”, cuja iniciativa é dada aos Poderes Públicos (isto é, ao Estado, através do Poder Executivo) e à sociedade, consistindo, portanto, num empreendimento social, que objetiva assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Cada uma dessas vertentes da seguridade tem seus objetivos e diretrizes fixados na Constituição em seções próprias, dentro do capítulo II do Título VIII.

A saúde consta da seção II, abrangendo os artigos 196 a 200. É direito subjetivo público, exigível do Estado, o qual deve atuar de forma preventiva e curativa. As ações e serviços públicos de saúde constituem um sistema único, regionalizado e hierarquizado, admitida a atuação da iniciativa privada de forma complementar, mediante convênios. A regulamentação infraconstitucional desses preceitos é constituída, basicamente, pela Lei n. 8.080, de 19.09.90, chamada Lei Orgânica da Saúde.

Já a Previdência Social tem seus lineamentos na seção III, compreendendo os artigos 201 e 202, nos quais fica clara sua natureza essencialmente contributiva, o que decorre da sua base securitária. Regulamentando os mencionados artigos, foram editadas a Lei n. 8.213/91 (plano de benefícios da Previdência Social) e a Lei n. 8.212/91, que dispõe sobre a organização e o custeio da seguridade social, com ênfase na Previdência, mas que é denominada Lei Orgânica da Seguridade Social.

Por fim, a assistência social está definida na Seção IV, artigos 203 e 204, e tem como nota distintiva o fato de não depender de contribuição específica, sendo custeada pelos impostos em geral. O fato que gera o direito à prestação assistencial é a necessidade, que deve ser comprovada, nos termos da lei. E a Lei Orgânica da Assistência Social é a Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

A despeito desta louvável descrição da abrangência da seguridade social, o ponto alto da Constituição de 1988 são as disposições gerais dos artigos 194 e 195. O artigo

⁷ MARTINEZ, Wladimir Novaes. **A seguridade social na Constituição Federal**. 2. ed. São Paulo: LTr, 1992, p. 58.

72 195 toca na questão central da seguridade, que é o financiamento, pois atingir as metas propostas em termos de seguridade implica poder arcar com o custeio desse sistema amplo e global. Por sua vez, o artigo 194 contém as diretrizes para a organização da seguridade social, consagrando importantes princípios que balizam a atividade legislativa e administrativa do Estado. Ambos encontram regulamentação na Lei n. 8.212/91 e permitem concluir que o sistema brasileiro de seguridade é mais programático do que efetivo.

Na prática, há o predomínio da Previdência Social, que tutela a população economicamente ativa; porém, a tendência é de aglutinar, concretamente, os conceitos de saúde, previdência e assistência, a fim de promover o equilíbrio sócio-econômico no país, propiciando condições dignas de vida a todos os indivíduos, o que transparece nos princípios elencados no parágrafo único do artigo 194, sintomaticamente chamados pelo constituinte de objetivos.

3.3 Sistema único de saúde

Antes de examinar as linhas gerais do sistema único de saúde atualmente em vigor no Brasil, é necessário fazer algumas considerações sobre o tratamento que a Constituição de 1988 deu à saúde em seus artigos 196 a 200, os quais desdobram a previsão do art. 6º, em que o direito à saúde aparece elencado entre os direitos sociais.

Conforme exposto no item precedente, a atual Constituição adotou como técnica de proteção social a seguridade social e nela inseriu a disciplina da saúde, definida como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (art. 196). A amplitude desse conceito e o seu nítido caráter de direito subjetivo público mostram a indubitável filiação do constituinte à idéia contemporânea de seguridade social, nos termos já analisados.

Aliás, o que é mais marcante na disciplina constitucional a respeito da saúde é a constante referência à precedência desse direito e à responsabilidade do poder público por sua garantia. Tanto é assim que a iniciativa privada tem papel secundário na proteção da saúde, pois, a teor do art. 199, § 1º, as instituições privadas são autorizadas a participar dos sistema único de saúde apenas de forma complementar. Pode-se então dizer que a primazia da saúde pública é uma opção ética pela justiça social.

Outro ponto a destacar é o conteúdo do art. 199, § 4º, que trata de questões relacionadas também com a bioética: a política de transplantes e de transfusão de sangue, pela qual se busca evitar a comercialização do corpo humano, em respeito à dignidade da pessoa, bem como a automutilação prejudicial à saúde e à mesma dignidade da pessoa humana.

No tocante ao sistema único de saúde, é preciso iniciar a análise pela Constituição (arts. 198 e 200) e completá-la com a legislação infraconstitucional (em especial a Lei n. 8.080/90), não sem antes contextualizar a escolha dessa técnica de gestão da saúde pública no cenário internacional.

De fato, a adoção do sistema único de saúde no Brasil se insere na tendência latino-americana de dirigir a padrões mais redistributivistas, os sistemas de bem-estar social, através de programas universalistas. Já nos anos 80, o Brasil (assim como a Costa Rica, a Bolívia e o México) tentou superar a dicotomia e fragmentação de seus serviços de saúde, e universalizar a atenção médica através de sistema único e descentralizado de saúde.

Esse processo iniciou em 1984 com os convênios entre o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) e diversos órgãos públicos estaduais e municipais. Em 1987 foi criado o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), que a Constituição de 1988 redesignou de SUS (Sistema Único de Saúde) e reaproveitou como instrumento de implementação da política de saúde pública, extraída da adoção do conceito (inovador para a tradição jurídica brasileira) de seguridade social.

Como se viu nos itens precedentes, a descentralização não é característica essencial dessa técnica de proteção social. No entanto, ela foi introduzida como elemento-chave no Brasil não só em vista do caráter federal do Estado e das imensas desigualdades regionais, mas também por recomendação da OMS/OPS.

Na Constituição de 1988, a previsão e descrição do sistema único de saúde estão no art. 198, que o define como uma rede regionalizada e hierarquizada das ações e serviços públicos de saúde, regida por 3 (três) diretrizes: descentralização (com direção única em cada esfera de governo), atendimento integral (com prioridade para as atividades preventivas) e participação da comunidade. O custeio do sistema é amplo, reunindo recursos do orçamento da seguridade social e dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes.

Já o artigo 200 detalha as atribuições precípua do sistema único de saúde a serem regulamentadas por lei. Como o sistema é único e descentralizado, as tarefas contidas nos 8 (oito) incisos comprometem o poder público nas esferas federal, estadual, distrital e municipal. Em linhas gerais, as medidas previstas tendem a diminuir ou eliminar o risco que existe na vida em sociedade e, com exceção dos incisos III e V, se constituem em medidas preventivas, conforme a primazia definida no artigo 196. A amplitude e a preventividade dessas atribuições vão ao encontro do sentido de saúde definido pela OMS, de completo bem-estar físico, mental e social.

No plano infraconstitucional, a Lei n. 8.080/90, chamada Lei Orgânica da Saúde, organizou e implantou o sistema único de saúde, desdobrando, em seu artigo 6º, o conteúdo do artigo 200 da Constituição. Em síntese, são definidas as atribuições de competência exclusiva do SUS enquanto sistema central e aquelas em que o SUS atua

74 em colaboração ou em parceria com outros órgãos governamentais, nas três esferas, e mesmo com o setor privado.

Fundamental é o conteúdo do artigo 7º da referida lei que, ainda com base nos princípios e direitos constitucionais, enuncia e delimita o alcance dos princípios e diretrizes dos sistema único de saúde, que são sinteticamente os seguintes:

- universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- integralidade da assistência;
- preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- igualdade da assistência à saúde;
- direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;
- utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades;
- participação da comunidade;
- descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera, enfatizando-se a descentralização dos serviços para os municípios;
- integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos das esferas de governo na prestação dos serviços de saúde;
- capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- organização dos serviços públicos de modo a evitar a duplicidade de meios para fins idênticos.

Por derradeiro, convém frisar a gratuidade dos serviços de saúde (públicos e privados contratados), estabelecida no art. 43 da Lei n. 8.080, com a ressalva de eventuais cláusulas de contrato ou convênio celebrado com as entidades privadas.

Tal norma suscitou polêmicas pois ela explicitou uma garantia constitucional não prevista literalmente, mas extraída da própria noção de seguridade social e do art. 196 da CF, que coloca a assistência à saúde como dever do Estado e garante o acesso universal e igualitário de cada pessoa aos serviços e ações para sua promoção. Ademais, a ressalva quanto aos convênios com entidades privadas é uma contradição com a garantia geral da gratuidade e não pode prevalecer, mormente em face do art. 7º, IV, da mesma lei e do art. 196 da CF, que garantem a igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, e em face do princípio de que os serviços privados, depois de contratados pelo Poder Público, são como se públicos fossem nos termos do art. 4º, § 2º da Lei n. 8.080/90. Essa é a interpretação que mais se coaduna com o Estado Democrático de Direito que, no Brasil, ao adotar a técnica de proteção representada pela seguridade social, busca assegurar aos seus cidadãos uma ampla proteção contra os riscos, sem o vínculo custeio-benefício.

4 Implementação efetiva do direito à saúde

75

4.1 Contingências econômico-sociais

Apesar de toda a construção jurídica formulada em torno do direito à saúde no Brasil, vive-se uma crônica deficiência na sua implementação, que beira a tragédia. A saúde não tem sido prioritária do ponto de vista concreto.

E isso vem ocorrendo por uma série de contingências econômico-sociais, que podem ser simplificadamente resumidas sob dois vieses distintos: (a) o consumidor habitual da saúde pública é pobre e pouco organizado, não tendo condições de reivindicação e fiscalização adequadas, o que resulta em serviços insuficientes e de baixa qualidade (isso sem falar no clientelismo, no populismo e no patrimonialismo que costumeiramente orientam as políticas sociais no país), e (b) o capitalismo, cada vez mais transnacional, em sua nova fase, que é o neoliberalismo, pressiona os países que, como o Brasil, são devedores a promovorem ajustes do orçamento público e a se abrirem mais para a economia de mercado, dando prevalência ao setor privado.

A segunda categoria dessas explicações parece ser a predominante. Possui ela também forte presença desde as turbulências da década de 80, em que os organismos internacionais “receitavam” mudanças na área social baseadas em três ordens de justificativas: maior eficiência do gasto social, adequando-o aos objetivos macroeconômicos (de estabilização e de natureza fiscal); reorientação do gasto social de modo a atender ao previsível empobrecimento da população; priorização das ações básicas de saúde, nutrição e programas de investimento em capital humano. O movimento real de mudança discrepou totalmente do modelo proposto e supostamente bem-intencionado.

Com efeito, a Constituição de 1988 levou a cabo uma reforma, mas de caráter fortemente estatizante (ainda que descentralizado), em que a saúde é garantida no âmbito da seguridade social, inclusive do ponto de vista de seu financiamento. E os recursos financeiros da seguridade acabaram por se revelar insuficientes para cobrir todos os novos benefícios criados ou valorizados constitucionalmente.

Passa-se então a falar na alternativa da privatização, diante do recuo do setor público; mas esse recuo ocorre menos por coerência privatizante ou por queda de arrecadação do que por restrições de gastos impostos por ajustes fiscais. É de se ressaltar, no particular, uma das conseqüências mais perversas das fortes reduções dos gastos com programas de saúde desde meados dos anos 80, que é a de deixar marcas de difícil correção sobre o sistema (deterioração dos equipamentos hospitalares e desestímulo dos próprios profissionais da saúde), projetando conseqüências negativas sobre as possibilidades futuras de crescimento.

Na verdade, a crise financeira e o déficit orçamentário (com as conseqüentes pressões internacionais) demonstraram a utopia da inesgotabilidade dos recursos públicos e

76 puseram em xeque a falaciosa ideologia desenvolvimentista, porque, como assinala Ricardo Lobo Torres⁸,

nos países atrasados como o Brasil postergou-se a redistribuição de rendas em nome da necessidade de desenvolvimento econômico, pois se apregoava ser preciso que primeiro o país crescesse para que após se fizesse a redistribuição, no que ficou conhecido como a “teoria do bolo” (deixar o bolo crescer para dividi-lo depois; o bolo não cresceu e dele só comeram os mais próximos ou os mais sabidos).

A escassez de recursos financeiros, ademais, acentua a tendência do Legislativo e sobretudo da Administração Pública em se escudarem no fato de a saúde ser um direito social, sujeito portanto à chamada reserva do possível ou reserva do orçamento, para lhe dar ainda menos efetividade, através de escolhas dramáticas, com conseqüências perversas. É o caso das constantes denúncias de que médicos e hospitais públicos exigem pagamento ilegal por serviços que deveriam ser gratuitos, da migração da classe média para a assistência privada, da terceirização fraudulenta dos serviços estatais e da seletividade dos serviços médicos de maior complexidade em função da riqueza do usuário.

Uma dessas conseqüências, a migração da classe média para o seguro privado de saúde, é particularmente sintomática da ineficiência do sistema de saúde. Pior ainda, ela denota uma característica do sistema brasileiro que Maria Lúcia W. Vianna denomina de “lógica de universalização excludente”, que ela define da seguinte forma:

na prática, apesar de formalmente estendida à maioria da população e administrada por um poderoso estatal, a política social brasileira se “americanizou”. Ou seja, os benefícios e serviços públicos se reduziram a um atendimento para os pobres, portanto – ou porque – ruim, ao mesmo tempo em que os assalariados de poder aquisitivo estável foram estimulados a aderir aos seguros privados ou semiprivados, à medicina de grupo ou de empresa, etc. A Constituição de 88, que reformou substancialmente o conceito de política social, introduzindo a terminologia da Seguridade Social (à moda européia) e transformando todos os cidadãos em iguais-portadores-de-direitos-sociais, não logrou reverter esse processo. A “americanização” da proteção social implicando simultaneamente a residualização não assumida do sistema público (para os pobres) e o crescimento estimulado de uma indústria de seguridade (para as camadas médias e assalariados formais) se tornaram particularmente visíveis na área da saúde⁹.

⁸ TORRES, Ricardo Lobo (Org.). **Teoria dos direitos fundamentais**. Rio de Janeiro: Renovar, 1999, p. 272.

⁹ VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. Benefícios privados, vícios públicos. In: DINIZ, Eli. AZEVEDO, Sérgio (Org.). **Reforma do Estado e democracia no Brasil**. Brasília: UNB/ENAP, 1997, p. 264.

Essa mesma lógica também vem, mais recentemente, sendo aplicada no âmbito da previdência social, com o crescimento da atuação dos grupos de previdência, muitos dos quais atuam simultaneamente na área dos planos e seguros de saúde.

4.2 O papel do Ministério Público e do Poder Judiciário

Nesse ponto da análise, surge naturalmente a questão de saber quais são as técnicas apropriadas de garantia do direito à saúde, tendo em vista especialmente sua caracterização como direito social.

De início, cumpre assentar que a violação desse direito que decorra do não cumprimento das obrigações positivas, constitucionalmente impostas ao legislador e ao administrador, não encontra amparo nas técnicas tradicionais de invalidação jurisdicional, eficazes para os direitos de liberdade. E isso se deve aos próprios teóricos do Direito, que ainda não conseguiram compatibilizar adequadamente essa nova realidade nascida a partir da emergência do Estado Social, com os métodos tradicionais de tutela jurisdicional e de hermenêutica.

Na verdade, os direitos sociais deixam os juristas perplexos por não se enquadrarem na teoria tradicional do direito subjetivo, pela qual para cada direito existe uma ação que o assegura. Eles não têm uma tutela específica, pois o remédio para protegê-los não é o que busca a exclusão de outrem numa esfera de interesses já consolidados de um indivíduo. Ao contrário, os direitos sociais requerem uma ação que assegure a criação das situações adequadas a sua implementação, e não são em regra fruíveis ou exequíveis individualmente, o que repercute também sobre a legitimação processual para postulá-los.

Mais do que isso, porém, para sua eficácia os direitos sociais requerem uma ação concreta do Estado, através, de início, do Legislativo (normas regulamentadoras e aprovação do orçamento) e depois do Executivo (implementação de políticas públicas).

Por aí já se vislumbra a dificuldade principal da defesa judicial desses direitos, que é a sua faceta de controle da atividade discricionária do Estado. Todavia, a discricionariedade, nessa matéria, é bem mais reduzida do que o usual, porque balizada pelas obrigações positivas impostas ao administrador, seja pela Constituição, seja pelas leis infraconstitucionais.

É o caso do direito à saúde, cujos princípios e diretrizes estão perfeitamente claros na Constituição Federal e adequadamente desdobrados na legislação infranconstitucional através das Leis n. 8.080 e n. 8.142, ambas de 1990; resta apenas colocá-los completamente em prática.

A omissão do administrador pode ser sanada pela ação competente, normalmente a ação civil pública, ou pode o administrador ser constrangido a agir por meio do temor de uma ação de improbidade administrativa. Isso porque as políticas públicas

78 previamente fixadas pela lei e pela Constituição condicionam a ação do Executivo, vinculando seus gastos sociais e buscando evitar distorções clientelísticas.

Todavia, quando questões relacionadas à implementação de políticas públicas chegam ao Judiciário esbarram no despreparo dos juízes em lidar com aspectos não rotineiros e que demandam soluções fundadas em critérios de racionalidade substantiva, muitas vezes distantes do rigor lógico-formal a que estão habituados.

Some-se a isso o receio que os juízes têm de extrapolar seus limites no quadro da separação de poderes, ao se imiscuírem em áreas tradicionalmente consideradas de exclusiva alçada do Executivo. Há ainda uma contingência brasileira bastante grave, desnudada por José Eduardo Faria, segundo a qual

por causa de sua visão-de-mundo rigidamente normativista e formalista, o Judiciário não exige do Executivo o cumprimento de suas funções, nem tenta evitar a degradação de seus serviços essenciais, com medo de que, em contrapartida, por pressão desse poder, o Legislativo lhe imponha o tão temido “controle externo”¹⁰.

Nem sempre, porém, os magistrados se furtam aos desafios apresentados. Especialmente os juízes de primeira instância, mais próximos das demandas sociais, têm adotado novas posturas interpretativas, mais flexíveis mesmo em relação à estrutura processual, orientadas pelos aspectos sociológicos dos direitos sociais. É uma tendência estimulada por processualistas que defendem a “instrumentalidade do processo”, por entenderem que a busca da justiça e da equidade implica uma margem de escolha bem mais ampla e flexível do que a fundada exclusivamente no direito positivo.

Por outro lado, como o Judiciário é um poder sem iniciativa, que depende de ser provocado, é decisiva a atuação dos atores processuais, daqueles que têm o poder de iniciar uma ação judicial. Considerando que o direito à saúde, bem como os demais direitos sociais, são simultaneamente individuais e coletivos, vários podem ser os legitimados ativos para reclamar a sua implementação.

No entanto, em países, como o Brasil, de pouca articulação social e de grande miséria, tem sido comum confiar a proteção desses direitos a órgãos estatais autônomos, vinculados pela ordem jurídica à defesa dos direitos individuais e sociais indisponíveis. É o caso dos “defensores del pueblo” (nos países de tradição hispânica) e do Ministério Público (na tradição luso-brasileira).

No Brasil, após a Constituição de 1988, o Ministério Público passou a ser o braço do Estado responsável pela tutela dos direitos difusos e coletivos, até mesmo pela via judicial, consagrando o uso anterior da ação civil pública.

¹⁰ FARIA, José Eduardo. O judiciário e os direitos humanos e sociais: notas para uma avaliação da justiça brasileira. In: _____ (Org.). **Direitos humanos, direitos sociais e justiça**. São Paulo: Malheiros, 1998, p. 109.

E o Ministério Público brasileiro tem exercido com freqüência esse papel, chegando a atuar no sentido de velar pela implementação de políticas públicas para a concretização da ordem social. Inclusive, tem havido parcerias com organizações sociais e uma atuação tendente a monitorar a efetivação, através de colheita de subsídios para relatórios, por meio de audiências públicas, dos pactos de direitos econômicos e sociais.

Na verdade, através das ações civis públicas o Ministério Público tem promovido uma judicialização das políticas públicas, muito criticada, mas fundamental para dar visibilidade às conseqüências concretas da disputa política, social e econômica em que se encontra a sociedade brasileira, bem como para caminhar palpavelmente adiante no sentido da implementação efetiva dos direitos sociais.

Contudo, o mais importante é que a Constituição de 1988, complementada pela legislação infraconstitucional (LC n. 75/93, Lei n. 8.625/93 e Lei da Ação Civil Pública recepcionada), deu ao Ministério Público instrumentos extrajudiciais de ação na defesa dos direitos sociais, que são o inquérito civil público, as recomendações e os compromissos de ajustamento de conduta. Isso abre um novo campo de atuação, bem mais profícuo, porque livre do titubeio do Poder Judiciário.

Particularmente na área da saúde, essas soluções alternativas negociadas têm mostrado eficácia no Brasil, dentro da ação do Ministério Público quanto à efetiva implementação e manutenção do sistema único de saúde. Ilustrativamente, há dois exemplos relatados no Jornal da Associação Nacional dos Procuradores da República, n. 15, de outubro/novembro de 2000, em sua página 5: (a) o inquérito civil público instaurado em 1994, na Procuradoria da República do Distrito Federal, para apurar o gerenciamento das fontes de receita do SUS resultou num ajuste que permitiu a elaboração do SIOPS (Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos de Saúde) pelo MPF e sua adoção pelo Ministério da Saúde; (b) a recomendação (acatada pelos destinatários) por parte do Procurador Federal dos Direitos do Cidadão de que o Ministério da Saúde adotasse um sistema de códigos de barras nas guias de arrecadação do seguro obrigatório de veículos (pois 45% do total deve ser destinado ao SUS), a fim de assegurar o repasse do dinheiro separadamente às seguradoras e ao SUS, já por ocasião do recolhimento.

Em um plano mais próximo do individual, tendo em vista os usuários do sistema único de saúde, várias têm sido as ações propostas, seja pelo Ministério Público, em substituição processual, seja pelos indivíduos ou grupos diretamente interessados, tendentes a assegurar o fornecimento gratuito de remédios ou tratamentos excessivamente onerosos ou só disponíveis no exterior. Tais ações têm majoritariamente encontrado guarida nos tribunais, mostrando que a compreensão dos aspectos individuais do direito à saúde é mais fácil para os magistrados.

Assim, a efetiva concretização do direito à saúde (sob seu dúplice aspecto: individual e coletivo) requer a estrita observância das normas de repartição de receitas tributárias, a austeridade e a probidade no dispêndio dos recursos alocados ao sistema único de

80 saúde, bem como a perfeita coordenação entre as políticas das três esferas governamentais, no intuito de atingir as metas traçadas pelo constituinte. Há pouco espaço para a discricionariedade administrativa, mas sobram parâmetros de controle de constitucionalidade e mesmo de legalidade no âmbito da estruturação e funcionamento do sistema único de saúde.

Desse modo, novas perspectivas, mais promissoras, se abrem em relação ao Poder Judiciário, ao Ministério Público e aos cidadãos em geral, no tocante à implementação do direito à saúde. As dificuldades, contudo, permanecem estruturais, relacionadas à falta histórica de políticas públicas contínuas e consistentes na área social (e da saúde em particular), à corrupção e ao predomínio dos interesses daqueles que vêem o direito à saúde como fonte de ganhos expressivos e não como manifestação do direito à vida e da dignidade da pessoa humana.

5 Conclusão

De tudo que foi examinado, é possível chegar a um panorama razoavelmente amplo e contextualizado do direito à saúde no Brasil.

Nele se destacam o duplo fundamento do direito à saúde, calcado no direito à vida e à dignidade humana, e o grande avanço representado pela adoção da seguridade social como técnica de proteção social pela Constituição de 1988.

Por outro lado, foi possível identificar as razões da atual situação desesperadora da saúde pública no Brasil, que beira a total ineficiência, e avaliar as possibilidades de o Judiciário e o Ministério Público contribuírem para a efetiva implementação do direito à saúde.

Embora haja expectativas promissoras, a partir de novas técnicas de atuação e de novas posturas interpretativas, a contribuição que pode ser dada é consideravelmente pequena, diante dos gigantescos problemas que foram sendo alimentados durante anos de desleixo deliberado para com as políticas públicas de saúde.

Ademais, o contexto internacional, especialmente com a tão falada globalização, é francamente desfavorável a uma reversão do quadro atual de restrições de gastos sociais no âmbito dos orçamentos públicos.

Resta à sociedade brasileira, especialmente por meio do Ministério Público e dos cidadãos organizados, fazendo agir o Poder Judiciário, velar para que pelo menos as previsões constitucionais sejam estritamente cumpridas na composição e na gestão do orçamento da saúde, evitando desvios e velando pela aplicação rigorosa dos recursos nas prioridades já previstas, de modo a se assegurar ao máximo o direito à vida e a dignidade da pessoa humana, orientadores do direito à saúde. Isso, como visto, é perfeitamente possível.

Referências

- BALERA, Wagner (Coord.). **Curso de direito previdenciário** (homenagem a Moacyr Velloso Cardoso de Oliveira). 2. ed. São Paulo: LTr, 1994.
- BARRAINE, Raymond. **Securité sociale**. Paris: Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, 1958.
- BASTOS, Celso; MARTINS, Ives Gandra. **Comentários à Constituição do Brasil promulgada em 5 de outubro de 1988**. São Paulo: Saraiva, 1998, v. 8.
- CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teoria da Constituição**. Coimbra: Almedina, 1997.
- CARBONE, Célia Opice. **Seguridade social no Brasil: ficção ou realidade?** São Paulo: Atlas, 1994.
- CARDONE, Marly A. **Previdência, assistência, saúde: o não trabalho na Constituição de 1988**. São Paulo: LTr, 1990.
- CARVALHO, Guido Ivan; SANTOS, Lenir. **Sistema único de saúde: comentários à lei orgânica da saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90)**. 2. ed. atual.e ampl. São Paulo: Hucitec, 1995.
- COIMBRA, José dos Reis Feijó. **Direito previdenciário brasileiro**. 4. ed. (adaptada à Constituição de 1988 e às Leis 8212 e 8213/91). Rio de Janeiro: Edições Trabalhistas, 1993.
- DALLARI, Dalmo de Abreu. **Direitos humanos e cidadania**. São Paulo: Moderna, 1999.
- DALLARI, Sueli Gandolfi. A ética sanitária na Constituição Brasileira. **Revista de Informação Legislativa**. Brasília: Senado Federal, n. 117, jan./mar. 1993, p. 419-428.
- DOUBLET, Jacques; LAVAN, Georges. **Sécurité sociale**. 2. ed. Paris: Presses Universitaires de France, 1961.
- DRAIBE, Sônia Miriam. A política social na América Latina: o que ensinam as experiências recentes de reforma? In: DINIZ, Eli. AZEVEDO, Sérgio de. (Orgs.). **Reforma do estado e democracia no Brasil**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, p. 213-258, 1997.
- FARIA, José Eduardo. O judiciário e os direitos humanos e sociais: notas para uma avaliação da justiça brasileira. In: FARIA, José Eduardo (org.). **Direitos humanos, direitos sociais e justiça**. São Paulo: Malheiros, p. 94-112, 1998.
- FERRAJOLI, Luigi. O direito como sistema de garantias. In: OLIVEIRA JÚNIOR, José Alcebíades de (Org.). **O novo em direito e política**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, p. 89-109, 1997.

- 82 FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Comentários à Constituição brasileira de 1988**. 2. ed. atual. e reform. São Paulo: Saraiva, 1999, v.2.
- LEITE, Celso Barroso. **A proteção social no Brasil**. 2. ed. São Paulo: LTr, 1978.
- LOPES, José Reinaldo de Lima. Direito subjetivo e direitos sociais: o dilema do Judiciário no estado social de direito. In: FARIA, José Eduardo (Org.). **Direitos humanos, direitos sociais e justiça**. São Paulo: Malheiros, p. 113-143, 1998.
- MARTINEZ, Wladimir Novaes. **A seguridade social na Constituição Federal**. 2. ed. São Paulo: LTr, 1992.
- _____. **Subsídios para um modelo de previdência social**. São Paulo: LTr, 1992.
- _____. **Princípios de direito previdenciário**. 2. ed. São Paulo: LTr, 1985.
- NASCIMENTO, Tupinambá Miguel Castro do. **Comentários à Constituição Federal: direitos e garantias fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1997.
- PEREIRA LEITE, João Antônio. **Curso elementar de direito previdenciário**. São Paulo: LTr, 1977.
- PINTO FERREIRA, Luís. **Comentários à Constituição brasileira**. São Paulo: Saraiva, 1995, v. 7.
- ROUAST, André; DURAND, Paul; DUPEYROUX, Jean-Jacques. **Securité sociale**. 3. ed. Paris: Dalloz, 1961.
- SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 12. ed. rev. São Paulo: Malheiros, 1996.
- SIROUX, Danièle. Santé publique et libertés. **Cahiers français**. La documentation française, Paris, 296: 95-100, mai-juin 2000.
- TORRES, Ricardo Lobo. A cidadania multidimensional na era dos direitos. In: _____ (Org.). **Teoria dos direitos fundamentais**. Rio de Janeiro: Renovar, 1999, p. 239-335.
- VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. Benefícios privados, vícios públicos: dilemas atuais da seguridade social no Brasil. In: DINIZ, Eli; AZEVEDO, Sérgio de. (Orgs.). **Reforma do Estado e democracia no Brasil**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1997, p. 259-294.