

FRATERNIDADE E SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: OS DISCURSOS DOS MINISTROS DE SAÚDE

FRATERNITY AND PUBLIC HEALTH IN BRAZIL: THE SPEECHES OF THE MINISTERS OF HEALTH

Gabrielle Scola Dutra*
Charlise Paula Colet Gimenez**
Sandra Regina Martini***

RESUMO

O presente estudo tem como temática a saúde pública e fraternidade. A pesquisa é desenvolvida pelo método indutivo e instruída por uma análise bibliográfica e discursiva. Adota-se a análise de dados, por meio do espaço temporal que compreende os anos de 1990 a 2022, período de governo democrático no Brasil. O objetivo geral é apresentar a fraternidade como mecanismo de efetivação do direito à saúde como um bem comum da humanidade. Os objetivos específicos são: - avaliar o Sistema Único de Saúde (SUS) e os limites e possibilidades à efetivação do direito à saúde no Brasil; - analisar os discursos de Ministros da Saúde no período mencionado. A problemática busca compreender se a fraternidade foi incorporada nos discursos políticos em benefício da pauta da saúde. Sobretudo, verifica-se que a fraternidade é percebida nos discursos que orientam uma narrativa democrática em prol da saúde pública.

Palavras-chave: Democracia; Direito à saúde; Fraternidade; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The present study has as its theme public health and fraternity. The research is developed by the inductive method and guided by a bibliographic and discursive analysis. Data analysis is adopted, through the time span covering the

* Doutoranda em Direitos Humanos pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ. Mestre em Direito pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI, campus Santo Ângelo. Especialista em Filosofia na Contemporaneidade (URI). Especialista em Direito Penal e Processual Prático Contemporâneo (UNISC). Docente no Curso de Direito da UNIJUÍ. Membro do grupo de pesquisa: "Biopolítica e Direitos Humanos" cadastrado no CNPQ e vinculado ao PPGDH-UNIJUÍ. E-mail: gabriellescoladutra@gmail.com.

** Pós-Doutora em Direito pela UNIRITTER. Doutora em Direito e Mestre em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC. Especialista em Direito Penal e Processo Penal pela UNIJUÍ. Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Direito stricto sensu - Mestrado e Doutorado, e Graduação em Direito, todos da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI. Coordenadora do Curso de Graduação em Direito da URI. E-mail: charcoletgimenez@gmail.com.

*** Possui graduação em Ciências Sociais pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (1983), mestrado em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (1997), doutorado em Evoluzione dei Sistemi Giuridici e Nuovi Diritti pela Università Degli Studi di Lecce (2001), Pós-doutorado em Direito (Roma Tre, 2006) e Pós-doutorado em Políticas Públicas (Universidade de Salerno, 2010), Coordenadora do Mestrado em Direitos Humanos e professora do Centro Universitário Ritter dos Reis (Uniritter), professora-visitante no programa de pós-graduação em Direito da UFRGS (PPGD). Membro da Rede Ibero-americana de Direito Sanitário. E-mail: srmartini@terra.com.br.

years 1990 to 2022, period of democratic government in Brazil. The general objective is to present fraternity as a mechanism for the realization of the right to health as a common good of humanity. The specific objectives are: - to evaluate the Unified Health System (SUS) and the limits and possibilities for the realization of the right to health in Brazil; - analyze the speeches of Ministers of Health in the period mentioned. The issue seeks to understand whether fraternity was incorporated into political discourses for the benefit of the health agenda. It appears that fraternity is perceived in the discourses that guide a democratic narrative in favor of public health.

Key-words: Democracy; Right to health; Fraternity; Health Unic System.

INTRODUÇÃO

O direito humano à saúde é perfectibilizado no artigo XXV da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) que define que todo o ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu que a saúde é o mais perfeito estado de bem-estar físico, mental e social que uma pessoa pode contemplar. Logo, o direito à saúde está intimamente atrelado ao direito à vida na dignidade humana, por isso aborda-se, nessa pesquisa, a saúde coletiva.²

No Brasil, a Constituição Federal estabelece no artigo 196 que a saúde é 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. A Lei nº 8.080 do ano de 1990 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores sistemas de saúde públicos do mundo. O SUS fomenta a democratização do acesso à saúde e se pauta nos seguintes princípios: universalidade, integralidade e equidade³. Não obstante toda a existência de tal arsenal sanitário, se reconhecem déficits estruturais de gestão do SUS que se acentuam de acordo com a condução governamental. Desde a criação do SUS, observam-se avanços e retrocessos no que se refere à efetivação do direito à saúde. Percebe-se que a destinação adequada de recursos públicos à saúde que sane as complexas demandas existentes é urgente.

O Ministério da Saúde (MS) tem a função de oferecer condições para que o direito à saúde seja efetivado. Num primeiro momento, a pesquisa analisa o SUS e os limites e

² Nas palavras de Castiel, “A expressão ‘Saúde Pública’ pode dar margem a muitas discussões quanto a sua definição, campo de aplicação e eventual correspondência com noções veiculadas, muitas vezes, de modo equivalente, tais como ‘Saúde Coletiva’, ‘Medicina Social/Preventiva/Comunitária’, ‘Higienismo’, ‘Sanitarismo’. Em geral, a conotação veiculada pela instância da ‘Saúde Pública’ costuma se referir a formas de agenciamento político/governamental (programas, serviços, instituições) no sentido de dirigir intervenções voltadas às denominadas ‘necessidades sociais de saúde’”. CASTIEL, Luis David. O que é Saúde Pública? In: Biblioteca de Saúde Pública. Rio de Janeiro, [2021?]. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/bibsp/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=107>. Acesso em 8 ago. 2021.

³ MATTOS, Ruben Araujo de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. Interface: Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, v. 13, s. 1, p. 771-780, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/GCvzrJvLB3rq8cnvRQpPC9H/?lang=pt>. Acesso em 9 ago. 2021.

possibilidades à efetivação do direito à saúde no Brasil. Posteriormente, analisa-se os discursos de Ministros da Saúde do Brasil no período de 1990 a 2020. A pesquisa é desenvolvida pelo método indutivo e instruída por uma análise bibliográfica e discursiva. Como técnica de pesquisa, adota-se a análise de dados, por meio do espaço temporal mencionado, período de governo democrático no Brasil, presidido por Fernando Collor de Mello (1990-1992); Itamar Franco (1992;1995); Fernando Henrique Cardoso (1995;2003); Luís Inácio Lula da Silva (2003;2011); Dilma Rousseff (2011-2016); Michel Temer (2016;2019) e Jair Messias Bolsonaro (2019-atual).

A partir da premissa de que discursos são conteúdos imbuídos por elementos tanto de caráter subjetivo quanto contextuais-históricos que norteiam ações políticas e a existência humana, o estudo tem o intuito de apresentar a metateoria do direito fraterno e suas potencialidades, principalmente, de lançar a imprescindibilidade da utilização da perspectiva da fraternidade como prática que potencializa a efetivação do direito à saúde e o reconhece como bem comum da humanidade. De acordo com os discursos dos Ministros da Saúde, questiona-se: a perspectiva da fraternidade é/foi incorporada na pauta da saúde no Brasil? A partir do referido questionamento, dedica-se o estudo que segue.

O Sistema Único de Saúde (SUS): a (in)efetivação do direito à saúde

A Constituição Federal brasileira promulgada em 1988, tanto consagrou, no âmbito jurídico-positivo, o Estado Democrático de Direito, trazendo consigo direitos fundamentais que contemplam todas as suas dimensões. No que se refere aos direitos fundamentais, é cediço que eles têm a função de garantir que a dignidade da pessoa humana⁴ seja contemplada em toda a sua carga valorativa no mundo real, tendo em vista que os direitos fundamentais devem atentar para as demandas sociais de todos os indivíduos integrantes de determinado tecido social. Outrossim, tais direitos são atrelados à ideia de “poderes e a expectativas de todos”⁵, ou seja, do povo numa dimensão democrática.⁶

⁴ A dignidade humana tem “o condão de impedir a degradação do homem, em decorrência de sua conversão em mero objeto de ação estatal, uma vez que compete ao Estado o dever de propiciar ao indivíduo a garantia de sua existência material mínima, ressaltando-se aqui a saúde essencialmente enquanto direito”. MARTINI, Sandra Regina. STURZA, Janaína Machado. A dignidade humana enquanto princípio de proteção e garantia dos direitos fundamentais sociais: o direito à saúde. In: *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. Brasília, v. 6, n. 2, p. 25-41, abr./jun. 2017. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/367/453>. Acesso em 7 mar. 2021, p. 33.

⁵ FERRAJOLI, Luigi. Teoria dos Direitos Fundamentais. In: LIMA NETO, Francisco Vieira; SILVESTRE, Gilberto Fachetti; LIMA, Marcellus Polastri; ZAGANELLI, Margareth Vetis. *Temas atuais do direito: Estudos em homenagem aos 80 anos do curso de direito da Universidade Federal do Espírito Santo*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011. p. 518.

⁶ Canotilho refere algumas problemáticas a respeito da efetivação dos direitos prestacionais fundamentais, quais sejam: “1ª. gradualidade de realização; 2ª. dependência financeira relativamente ao orçamento do Estado; 3ª. pela tendencial liberdade de conformação do legislador quanto às políticas realizadoras destes direitos; 4ª. pela inusctibilidade do controle jurisdicional dos programas jurídico-legislativos, salvo nos casos específicos de inconstitucionalidades”. CANOTILHO, Joaquim José Gomes. “*Metodologia Fuzzi*” e

No que concerne ao paradoxo limite/possibilidade da efetivação do direito à saúde no âmbito do SUS, sabe-se que a saúde no período anterior à promulgação da Constituição Federal brasileira (1988) estava inclusa em um sistema social de seguro e era compreendida como benefício complementar atrelado à previdência social. Em outras palavras, somente os trabalhadores formais que contribuíam regularmente com a previdência tinham acesso ao sistema de saúde. Assim, “os reflexos disso podem ser observados na crescente e constante privatização dos serviços de saúde, embora ela agora seja um direito fundamental, constitucionalmente assegurado”⁷. Observa-se que foi no ano de 1986 que ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, acontecimento que impulsionou o reconhecimento do direito universal à saúde, o qual concebeu a possibilidade de todos os brasileiros serem atendidos pelo sistema público de saúde.

A consolidação do Estado Democrático de Direito ocorre com o advento da Constituição Federal Cidadã promulgada em 1988, momento em que o SUS deu início à concretização de seus objetivos, princípios e diretrizes com o intuito de que todas as demandas em saúde fossem atendidas de maneira adequada e de forma integral, propostas que estavam em consonância com a dinâmica de reivindicações trazidas pelo Movimento da Reforma Sanitária⁸. Após a criação do SUS no Brasil, a concepção sobre a saúde teve uma resignificação, no sentido de que “passou a ser associada a condições de vida decorrentes de diversas políticas sociais e econômicas – moradia, alimentação, trabalho, educação, lazer, etc. – e não apenas ao setor específico de saúde”⁹.

Constata-se que a carga de complexidade e a especificidade do direito à saúde no âmbito do SUS, começa a se operacionalizar em um contexto de pluralidade humana e de cenários sociais problemáticos. O Brasil é um país marcado por déficits estruturais em seus sistemas de gestão e que convive com a existência de patologias sociais (desigualdade, miséria, exclusão, pobreza, etc.), as quais se acentuam de acordo com a

“Camaleões Normativos” na problemática actual dos direitos econômicos, sociais e culturais. Estudos sobre Direitos Fundamentais. Coimbra: Coimbra Editora, 2004, p. 108.

⁷ VIAL, Sandra Regina Martini; KÖLLING, Gabrielle. As dificuldades e os avanços na efetivação do direito à saúde: um estudo da decisão do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul x Município de Giruá. *In: Boletim da Saúde.* Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 13-24, jul./dez. 2010. Disponível em: <http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/conteudo/2852/as-dificuldades-e-os-avan%C3%A7os-na-efetiva%C3%A7%C3%A3o-do-direito-%C3%A0-sa%C3%BAde:-um-estudo-da-decis%C3%A3o-conselho-regional-de-medicina-do-estado-do-rio-grande-do-sul-x-munic%C3%ADpio-de-giru%C3%A1>. Acesso em 2 mar. 2021, p. 17.

⁸ De acordo com Daniele de Souza sobre a Reforma Sanitária, “o movimento nasceu da ação contra a ditadura, no início da década de 1970. Já com conhecimento dos novos conceitos de saúde e da Declaração de Alma-Ata, no exercício de controle social, o debate sobre um novo modelo de saúde foi realizado na 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), em 1986. As discussões da 8ª CNS trouxeram as bases para elaborar a seção sobre saúde, na Constituição Federal (CF) de 1988, marco de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, com os princípios mais democráticos de universalidade e equidade, ao encontro do processo de democratização do Brasil pós-ditadura”. SOUZA, Daniele. Direito fundamental à saúde: condição para dignidade humana. *In: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde.* Rio de Janeiro, 7 dez. 2018. Disponível em: <https://www.icict.fiocruz.br/content/direito-fundamental-%C3%A0-sa%C3%BAde-condi%C3%A7%C3%A3o-para-dignidade-humana>. Acesso em 2 mar. 2021.

⁹ CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. Manifesto do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde em defesa do direito universal à saúde – saúde é direito e não negócio. Rio de Janeiro, 18 jul. 2014. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/09/Manifesto_Cebes_Saúde_é_direito_e_não_negócio.pdf. Acesso em 2 mar. 2021.

dinâmica de suas crises e obstaculizam a efetivação de tal direito fundamental social, principalmente, daqueles indivíduos mais atingidos pelos processos patológicos degradantes. Com efeito, é imprescindível que se imponham “estratégias de solução de problemas diversos, identificados, por exemplo, na gestão do sistema e também no subfinanciamento da saúde (falta de recursos)”¹⁰.

Então, não basta asseverar que a saúde “é um direito do cidadão e um dever do Estado, é preciso criar condições para que este direito seja efetivado”¹¹. Nessa ótica, tais condições são criadas a partir “de políticas públicas que respeitem as diferenças loco-regionais, mas que apresentem uma estrutura global, pois os problemas de saúde não são territorialmente limitados”¹². A Organização Pan-Americana em Saúde (OPAS) produziu o Relatório “30 anos de SUS” em 2018, com o objetivo de desenvolver recomendações estratégicas e metas para estabelecer uma Agenda de cooperação técnica até o ano de 2030. Dessa forma, o documento destaca a necessidade de superação de algumas problemáticas, tais como: o subfinanciamento e a fragmentação do SUS, as incongruências na distribuição de pessoas e o déficit entre a formação profissional e as demandas registradas dos serviços e atendimentos à saúde. O relatório da OPAS produziu discussões voltadas a imprescindibilidade da consolidação de diálogos entre o Governo e a sociedade, com o intuito de refletir a respeito da busca pela efetivação dos direitos fundamentais previstos da esfera Constitucional, principalmente, da saúde para fortalecer e promover a manutenção do SUS¹³.

Aproximadamente 80% da população brasileira depende exclusivamente do SUS e 20% das pessoas são atendidas pelo setor privado. Os projetos que objetivam o desmantelamento “do SUS como sistema universal, integral e de qualidade estão fortemente presentes e pretendem fazer do SUS um sistema de baixa qualidade, destinado apenas aos que não podem pagar e que não darão lucro aos mercados da saúde”¹⁴. Nesse cenário catastrófico, “o SUS vem enfrentando uma competição desigual com o setor privado de saúde, o qual conta com subsídios fiscais e com recursos públicos para comprar seus serviços e para investimentos”¹⁵. Diante desse conflito de interesses, a personificação “da saúde como um negócio que visa lucro garantiu a expansão do setor privado de saúde brasileiro, hoje um dos maiores e mais poderosos do mundo, que atua impondo dificuldades para barrar o direito universal à saúde”¹⁶. Para que haja a efetivação do direito à saúde, é imprescindível tanto a preocupação estatal, quanto “o engajamento de todos (indivíduos, famílias, organismos, empresas). É preciso uma construção coletiva

¹⁰ SUS: O que é? Leia mais PenseSUS. In: FIOCRUZ. Rio de Janeiro, [2021?]. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/sus>. Acesso em 2 de mar. 2021.

¹¹ VIAL, Sandra Regina Martini. Saúde e determinantes sociais: uma situação paradoxal. *Comparazione e Diritto Civile*. Salerno, v. 1, p. 16, 2010, p. 16.

¹² Idem, *Ibidem*.

¹³ CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. Manifesto do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde em defesa do direito universal à saúde – saúde é direito e não negócio. Rio de Janeiro, 18 jul. 2014. Disponível em:

http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/09/Manifesto_Cebes_Saúde_é_direito_e_não_negócio.pdf. Acesso em 2 mar. 2021, p. 6.

¹⁴ Idem.

¹⁵ Idem.

¹⁶ Idem.

da saúde, mas com participação ativa do Estado, não no sentido de privatizar a saúde, mas de torná-la um *locus público*¹⁷.

No âmbito internacional, o Brasil por meio do SUS é considerado “referência de nação comprometida com a universalidade em saúde, de gestão pública participativa e fonte de conhecimentos para a Região das Américas e países de outras latitudes”¹⁸. A saúde é “um direito fundamental, que ultrapassa as fronteiras de um Estado Nação. Quando o percebemos deste modo, vemos que temos vários instrumentos internacionais que são úteis para a efetivação desse direito”¹⁹. Ainda que o SUS precise ser aperfeiçoado, “é o mais avançado modelo de política pública de inclusão social, por isso a sua efetivação é uma luta cotidiana assim como o é a democracia”²⁰.

A chamada por Norberto Bobbio “Era dos direitos” é, da mesma forma, “a era da sua maciça violação e da mais profunda desigualdade”²¹. Para que se execute uma política de saúde que atenda as demandas de toda a coletividade é basilar que todos os envolvidos participem do processo de gestão desde o início. Logo, para que se perfectibilize no cenário social “o direito a ter direito a uma saúde digna, observamos que a efetivação deste direito fundamental só pode se dar na nossa sociedade por meio dela própria, ou seja, por mecanismos capazes de implementá-lo”²². Para que todas as pessoas detenham “direito à saúde, é necessário efetivar o pacto pela vida, a defesa do sistema único de saúde e a gestão deste mesmo sistema”²³. Compreender a saúde como direito fundamental significa desencadear uma “luta contínua para a consolidação desse direito como um bem comum, como aquilo que deve perpassar toda a sociedade, fundado na solidariedade, na

¹⁷ VIAL, Sandra Regina Martini; KÖLLING, Gabrielle. As dificuldades e os avanços na efetivação do direito à saúde: um estudo da decisão do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul x Município de Giruá. In: Boletim da Saúde. Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 13-24, jul./dez. 2010. Disponível em: <http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/conteudo/2852/as-dificuldades-e-os-avan%C3%A7os-na-efetiva%C3%A7%C3%A3o-do-direito-%C3%A0-sa%C3%BAde:-um-estudo-da-decis%C3%A3o-conselho-regional-de-medicina-do-estado-do-rio-grande-do-sul-x-munic%C3%ADpio-de-giru%C3%A1>. Acesso em 2 mar. 2021, p. 16-17.

¹⁸ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasília: OPAS. 2018. Disponível em: <http://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/06/serie-30-anos-sus.pdf>. Acesso em 2 mar. 2021, p. 4.

¹⁹ No pensamento de João Pedro Schmidt, “política pública é um conjunto de decisões e ações adotadas por órgãos públicos e organizações da sociedade, intencionalmente coerentes entre si, que, sob coordenação estatal, destinam-se a enfrentar um problema político”. SCHMIDT, João Pedro. Para estudar políticas públicas: aspectos conceituais, metodológicos e abordagens teóricas. *Revista do Direito*. Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 56, p. 119-149, set./dez. 2018. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/direito/article/view/12688>. Acesso em 7 mar. 2021, p. 127.

²⁰ VIAL, Sandra Regina Martini; KÖLLING, Gabrielle. *Op. cit.*, p. 15.

²¹ FERRAJOLI, Luigi. Teoria dos Direitos Fundamentais. In: LIMA NETO, Francisco Vieira; SILVESTRE, Gilberto Fachetti; LIMA, Marcellus Polastri; ZAGANELLI, Margareth Vetis. *Temas atuais do direito: Estudos em homenagem aos 80 anos do curso de direito da Universidade Federal do Espírito Santo*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011. p. 525.

²² VIAL, Sandra Regina Martini. Saúde: Um Direito Fundado na Fraternidade. In: SANT’ANNA, Maria Josefina Gabriel. *Saúde e direitos humanos*. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman, a. 5, n. 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3037.pdf#page=65>. Acesso em 3 mar. 2021. p. 65-85. p. 73.

²³ Idem, p. 68.

fraternidade e no compartilhar, significa ver o outro como um outro eu”²⁴. Quando se discute a necessidade de fortalecimento do SUS a partir do paradoxo limite/possibilidade à efetivação do direito à saúde é possível significar a funcionalidade da Constituição “como mecanismo de acoplamento estrutural entre o sistema do direito e da política”²⁵.

É a partir dos dispositivos constitucionais que o sistema político se dinamiza, pois, é dentro dele, “na perspectiva das relações de poder, que se estabelecem as estruturas dessas políticas públicas sociais de saúde”²⁶. Para que haja a efetivação do direito à saúde no Brasil é preciso pensar a saúde e a consolidação do SUS como uma construção coletiva e por uma dimensão comunitária e complexa que atenda as especificidades humanas e que atente para conceber a saúde como um bem comum por perspectivas fraternas que humanizem contextos problemáticos e que resgatem humanidades degradadas pela violação maciça de direitos.

No contexto histórico, a fraternidade “permaneceu inédita e irresolvida em relação aos outros temas da igualdade e da liberdade, retorna hoje com prepotência, quanto mais o presente impõe, com as suas acelerações jacobinas, a questão global, da dependência de tudo e de todos”²⁷. Constitui-se como uma relação de compartilhamento harmônico a partir das relações sociais e na construção de ambientes de diálogo com a humanidade. A fraternidade é reconhecida no instante em que se forma “uma relação social na qual se age com o outro – liberdade e igualdade – e para o outro – comunidade”²⁸. Ou seja, “coincide com o espaço de reflexão ligado aos Direitos Humanos, consciente de que a humanidade é o lugar-comum e somente em seu interior pode ser pensado o reconhecimento e a tutela”²⁹. Uma sociedade que cultua a fraternidade aposta em relações humanizadas e na ascensão de um bem comum.

A fraternidade presente, timidamente, no contexto das grandes revoluções, é resgatada na sociedade atual e é a aposta naquelas significações propostas no passado. Aliás, “defende-se aqui um Direito altruísta, humanista, fraterno, um paradigma jurídico da razão sensível. O Direito, fundamentado na fraternidade, revela-se em um mecanismo de promoção dos Direitos Humanos”³⁰. O presente reporta-se para uma realidade que a humanidade se depara com o desgaste da “forma estatal das pertenças fechadas, governadas por um mecanismo ambíguo que inclui os cidadãos, excluindo todos os

²⁴ VIAL, Sandra Regina Martini; KÖLLING, Gabrielle. As dificuldades e os avanços na efetivação do direito à saúde: um estudo da decisão do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul x Município de Giruá. In: Boletim da Saúde. Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 13-24, jul./dez. 2010. Disponível em: <http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/conteudo/2852/as-dificuldades-e-os-avan%C3%A7os-na-efetiva%C3%A7%C3%A3o-do-direito-%C3%A0-sa%C3%BAde:-um-estudo-da-decis%C3%A3o-conselho-regional-de-medicina-do-estado-do-rio-grande-do-sul-x-munic%C3%ADpio-de-giru%C3%A1>. Acesso em 2 mar. 2021, p. 15.

²⁵ *Ibidem*, p. 18.

²⁶ VIAL, Sandra Regina Martini; KÖLLING, Gabrielle. *Idem*, p. 18.

²⁷ RESTA, Eligio. *O Direito Fraterno*. Tradução e coordenação de Sandra Regina Martini Vial. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2004, p. 9.

²⁸ MADERS, Angelita Maria; GIMENEZ, Charlise Paula Colet; ANGELIN, Rosângela. *Mulheres, vulnerabilidade e direito fraterno: (des)caminhos da violência à dignidade sexual e reprodutiva*. Porto Alegre: Fi, 2019, p. p. 117.

²⁹ GIMENEZ, Charlise Paula Colet. *O novo no direito de Luis Alberto Warat: mediação e sensibilidade*. Curitiba: Juruá, 2018, p. 94.

³⁰ *Ibidem*, p. 95.

outros. Mas significa também a época em que vão sendo experimentadas outras formas de convivência política”³¹.

Logo, “a fraternidade iluminista insere novamente uma certa cota de complexidade no frio primado do justo sobre o bom, e procura, com efeito, alimentar de paixões quentes o clima rígido das relações políticas”³². Perspectivas fraternas resplandecem quando se aposta em espaços comuns compartilhados.

O jurista italiano Eligio Resta desenvolve a metateoria do direito fraterno³³ e afirma que o Direito Fraterno aposta na existência do bem comum e na transformação da humanidade a partir dela mesma. A fraternidade é uma exigência do nosso tempo pois é imprescindível à manutenção de uma vida vivida com dignidade. Acreditar na fraternidade é crer no reconhecimento das especificidades de cada ser humano, é um pulsar que transcende fronteiras quando concretiza a humanidade como lugar comum e reconhece que os direitos humanos são bens comuns da humanidade. Sobretudo, “a autenticidade da razão fraterna vem a partir da consciência individual e coletiva como condição essencial para a aplicação da dignidade humana”³⁴. Constata-se que “o princípio da fraternidade é direcionador de um projeto político-democrático enquanto norma preceptiva que considera a dignidade humana como marco da liberdade, igualdade e fraternidade e limite de sentido”³⁵.

Diante disso, “a experiência da dignidade tal qual a da fraternidade, ao se inserirem no movimento intersubjetivo das relações sociais, equaciona desafios na efetivação de direitos humanos e fundamentais”³⁶. Portanto, “a consciência da fraternidade se coaduna com a consciência da identidade coletiva, rompendo processos de indiferença social típicos do Estado liberal, preservando a unidade primordial da dignidade humana”³⁷. Perpetua-se a tradição “de uma forma ‘moderna’ da política que, por vezes, experimentou emancipações, porém mais frequentemente desastres; falou de direitos universais, mas praticou egoísmos territoriais, banuiu a violência, mas continuou a praticá-la reiteradamente”³⁸.

³¹ RESTA, Eligio. *O Direito Fraterno*. Tradução e coordenação de Sandra Regina Martini Vial. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2004, p. 12.

³² Idem, p. 11.

³³ Para Resta o Direito Fraterno é concebido como “a) um direito jurado em conjunto; b) livre de obsessão de identidade; c) voltado para a cidadania e para os direitos humanos; d) um direito cosmopolita; e) não violento; f) contra os poderes; g) inclusivo; h) é a aposta de uma diferença na concepção e relação “amigo e inimigo”. RESTA, Eligio. *O Direito Fraterno*. Tradução e coordenação de Sandra Regina Martini Vial. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2004, p. 19.

³⁴ RESTA, Eligio; JABORANDY, Clara Cardoso Machado; MARTINI, Sandra Regina. Direito e Fraternidade: a dignidade humana como fundamento. *Revista do Direito*. Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 53, p. 92-103, set./dez. 2017. p. 100. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/direito/article/view/11364/6967>. Acesso em 8 mar. 2021.

³⁵ RESTA, Eligio; JABORANDY, Clara Cardoso Machado; MARTINI, Sandra Regina. Direito e Fraternidade: a dignidade humana como fundamento. *Revista do Direito*. Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 53, p. 92-103, set./dez. 2017. p. 101. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/direito/article/view/11364/6967>. Acesso em 8 mar. 2021.

³⁶ Idem.

³⁷ Idem.

³⁸ RESTA, Eligio. *O Direito Fraterno*. Tradução e coordenação de Sandra Regina Martini Vial. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2004, p. 78.

O tópico seguinte abordará os discursos dos Ministros de Saúde para observar se a fraternidade está incorporada na pauta da saúde pública brasileira ou se é preciso resgatá-la em prol da efetivação do direito à saúde.

A saúde como bem comum da humanidade: uma análise dos discursos (fraternos?) dos Ministros da Saúde do Brasil

No âmbito nacional, a Lei que instituiu o SUS, atribuiu ao Ministério da Saúde (MS) a função de gestor, na seara estadual, o Secretário de Estado de Saúde e no âmbito municipal, o Secretário Municipal de Saúde. Os gestores devem trabalhar para desenvolver as esferas política e técnica da saúde pública no Brasil. A saúde perfectibiliza-se como (ou deveria ser) investimento social, à medida que os Governos precisam aperfeiçoar e desenvolver condições da saúde a todos. Logo, é basilar “que invistam recursos em políticas públicas³⁹ de saúde, capazes de garantirem programas efetivos para a sua promoção”⁴⁰. A pauta imprescindível do gestor do SUS (independentemente do âmbito de gestão) deve ser alicerçada na efetivação do direito à saúde como um bem comum. Assim, “mediante o seguimento dos princípios do SUS e da gestão pública, ou seja, o exercício da gestão da saúde voltado para o interesse público e não para interesses particularistas ou privados”⁴¹. A política do gestor sanitário, “norteada pela concepção da saúde como direito e pelo interesse público, também se consubstancia na permanente interação e relacionamento com outros atores do jogo democrático”⁴².

Do ponto de vista discursivo, analisam-se alguns discursos de Ministros da Saúde do país no período que corresponde do ano de 1990 a 2020 (do Governo do Presidente Fernando Collor de Mello ao Governo do atual Presidente do Brasil, Jair Messias Bolsonaro) no que diz respeito à pauta da saúde pública no Brasil⁴³. Desse modo, “o direito à saúde, fruto de um processo de lutas sociais, passa a ser recentemente entendido como

³⁹ Conforme Schmidt, “o termo política pública é utilizado com significados distintos, oscilando entre um significado bem abrangente (tudo o que o governo decide fazer ou não fazer) e um significado restrito (um programa de ação). Uma política compreende um conjunto de ações e iniciativas tendencialmente coerentes entre si, que geralmente envolvem várias áreas”. SCHMIDT, João Pedro. Para estudar políticas públicas: aspectos conceituais, metodológicos e abordagens teóricas. *Revista do Direito*. Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 56, p. 119-149, set./dez. 2018. p. 126. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/direito/article/view/12688>. Acesso em 7 mar. 2021.

⁴⁰ MARTINI, Sandra Regina. STURZA, Janaína Machado. A dignidade humana enquanto princípio de proteção e garantia dos direitos fundamentais sociais: o direito à saúde. In: *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. Brasília, v. 6, n. 2, p. 25-41, abr./jun. 2017. p. 27. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/367/453>. Acesso em 7 mar. 2021.

⁴¹ SOUZA, Renilson Rehem de. O Sistema Público de Saúde brasileiro. In: Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas, 2002, São Paulo. *Anais eletrônicos*. São Paulo: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf. Acesso em 7 mar. 2021, p. 37.

⁴² Idem.

⁴³ Discursos são “combinações de elementos linguísticos (frases ou conjuntos constituídos de muitas frases), usadas pelos falantes com o propósito de exprimir seus pensamentos, de falar do mundo exterior ou de seu mundo interior, de agir sobre o mundo”. FIORIN, José Luiz. *Em busca do sentido: estudos discursivos*. São Paulo: Contexto, 2008. p. 11.

um bem da comunidade que, ao longo do processo evolutivo, entendeu que cidadania só é possível aliada a direitos e deveres”⁴⁴.

Salienta-se que o período de análise discursiva, abrange a criação do SUS e a promulgação da Constituição Federal como acontecimentos que contribuem para o reconhecimento da saúde como um bem comum. Constata-se que o início da consolidação democrática no Brasil deu-se no governo de Fernando Collor de Mello (1990-1992), o governo foi caracterizado por instituir o neoliberalismo e uma política conservadora no país. Nesse período, “o predomínio de políticas econômicas e de agendas de reforma do Estado de inspiração neoliberal impôs constrangimentos à lógica da Seguridade e à expansão de políticas sociais universais”⁴⁵. No âmbito da saúde coletiva, o aludido governo empreendeu ataques à implantação do SUS pois aprovou vetos da Lei nº 8.080/1990 que, conseqüentemente, provocavam entraves à participação dos cidadãos e a transferência automática de recursos para os outros gestores sanitários (estados e municípios). Como se não bastasse, o governo Collor provocou vários adiamentos da 9ª Conferência Nacional de Saúde. O então Ministro da Saúde Alcení Guerra detinha limitado poder político no governo e na pauta da saúde e seu discurso impunha limites à participação social.

A agenda do Ministro Guerra ocorreu a partir das seguintes pautas sanitárias:

1990: Inamps é incorporado ao Ministério da Saúde. - 1990: Promulgação da Lei Orgânica da Saúde (LOS 8.080 e 8.142) - Início do Programa Agentes Comunitários da Saúde (PACS) para reduzir a mortalidade infantil em áreas pobres. - AIDS - início da terapia antirretroviral. - Norma Operacional Básica (NOB) 1991 - descentralização de serviços (intensa) e de recursos (limitada)⁴⁶.

Imbuído por denúncias de corrupção, Collor retirou o então Ministro da Saúde Alcení Guerra e empossou Adib Jatene como gestor da pasta do MS. A gestão de Adib pautou-se no fomento ao diálogo coletivo, a potencialidade federal de gestão do SUS e em prol da ampliação dos serviços de saúde pública no país. Constata-se que o governo Collor revela que a condução nacional da política de saúde nesse período foi semelhante àquela existente no período pré-criação do SUS. Há, portanto, nessa análise, uma relação voltada à solidariedade, cujo fundamento está numa relação vertical, e há uma enfraquecida fraternidade que, no caso, requer a gestão compartilhada da saúde, a universalidade do seu acesso e o alcance por todos em qualquer espaço geográfico do território nacional, de

⁴⁴ STURZA, Janaína Machado; MARTINI, Sandra Regina. O município enquanto espaço de consolidação de direitos: a saúde como bem comum da comunidade. *Revista Jurídica* – UNICURITIBA, Curitiba, v. 4, n. 49, p. 393-417, 2017. p. 404. Disponível em: <http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RevJur/article/view/2364/1444>. Acesso em 7 mar. 2021.

⁴⁵ MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Fera. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, n. 33, s. 2, p. 143-141, 2017. p. 144. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00129616.pdf>. Acesso em 8 mar. 2021.

⁴⁶ MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Fera. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, n. 33, s. 2, p. 143-141, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00129616.pdf>. Acesso em 8 mar. 2021, p. 145.

forma célere e gratuita. Posteriormente, no ano de 1992, o vice-presidente Itamar Franco assumiu a presidência da república, diante do impeachment de Collor.

Num primeiro momento, o governo de Itamar Franco (1992-1994), no que se refere às políticas de trabalho e social no contexto nacional, houve “descentralização e instabilidade do financiamento social. 1993 – Interrupção do aporte de contribuições sociais dos trabalhadores para o financiamento da saúde”⁴⁷. O aludido governo teve como gestor do MS o Ministro Jamil Haddad, o qual promoveu um discurso de reconhecimento na área da saúde pública, sua gestão foi marcada por conflitos com autoridades econômicas do governo justamente por desenvolver o fortalecimento de municípios e da participação coletiva no âmbito sanitário do país. A agenda da política de saúde sob a gestão de Haddad aconteceu a partir de pautas específicas como “Formulação NOB 1993 (proposta) – Descentralização com ênfase nos municípios, criação de comissões intergestores bipartite nos estados. - Extinção do INAMPS”⁴⁸. Destaca-se que o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) coordenava a concretização de um modelo de atenção à saúde privado e especificadamente médico, dinâmica que prejudicava a consolidação plena do SUS como sistema de saúde pública. O Ministro Haddad promoveu a prioridade de definir a função de cada esfera do governo em prol da expansão de recursos destinados à área da saúde.

Henrique Santillo assumiu a pasta do MS, período em que se perpetuaram os conflitos com autoridades econômicas de gestão do governo. A gestão de Santillo constituiu um discurso de agenda da política de saúde baseada na “Implementação inicial da NOB 1993. - Descentralização com ênfase nos municípios. 1994 – Início do Programa Saúde da Família”⁴⁹. Nesse contexto, visualiza-se a fraternidade com maior espaço no estabelecimento de códigos fraternos entre as pessoas ao aprofundar as ações voltadas ao aumento de recursos para a saúde de forma que possam dar concretude à saúde enquanto direito humano e de acesso de todos, indistintamente.

De encontro com a agenda neoliberal, os governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998 e 1999-2002) fomentaram um processo de privatização de empresas estatais e uma dinâmica de operacionalização de um novo modelo de institucionalidade para o Brasil. O governo FHC empossou o Ministro da Saúde Adib Jatene que atuou no processo político de saúde a partir de negociações com o Congresso Nacional para uma inovadora contribuição com o objetivo de “financiar a saúde (Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira – CPMF); - X Conferência Nacional de Saúde (1996) e participação do Ministro no Conselho Nacional de Saúde. - Negociações intergovernamentais”⁵⁰

O discurso da agenda da política de saúde de Jatene no Governo FHC dedicou-se:

⁴⁷ Idem.

⁴⁸ Idem.

⁴⁹ Idem.

⁵⁰ MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, n. 33, s. 2, p. 143-141, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00129616.pdf>. Acesso em 8 mar. 2021, p. 146.

Adoção do Programa Saúde da Família como estratégia de fortalecimento da atenção básica em saúde. - Expansão da política de combate à AIDS – terapia antirretroviral múltipla (lei específica). - Continuidade e expansão de políticas tradicionais de saúde pública. - Ênfase no controle do Tabaco. - Formulação da Norma Operacional Básica (NOB 1996) –mudanças nos critérios de descentralização, financiamento e organização do sistema.⁵¹

As ações adotadas por Jatene refletem a compreensão de uma pauta fraterna, de ampliação da concepção da saúde, na prevenção e no fortalecimento da atenção básica. Logo depois, Carlos Albuquerque assumiu a gestão do MS, o qual optou pela “adesão à agenda de reforma do Estado e ênfase na eficiência da gestão e na descentralização”⁵². Após a saída de Carlos Albuquerque, é empossado José Serra que teve uma gestão sanitária estável. Durante sua administração na saúde pública, promoveu um discurso pela “aprovação da Emenda Constitucional no 29/2000, estabelecendo novas regras de financiamento da saúde pelas três esferas (mais frouxas para a esfera federal)”⁵³.

Durante a gestão de José Serra, a agenda da política sanitária foi distribuída assim

- Expansão do Programa Saúde da Família; criação do Departamento de Atenção Básica. - Continuidade de políticas tradicionais de saúde pública e na política de AIDS – debate internacional sobre propriedade intelectual e ajustes na legislação nacional. - Emissão da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 01/02 - Assistência farmacêutica – proliferação, fragmentação e descentralização de programas; expansão de gastos com medicamentos de alto custo; programa de genéricos. - Criação de agências voltadas para regulação sanitária (Anvisa) e de planos privados de saúde (ANS)⁵⁴.

Posteriormente ao período de Serra, dá-se a gestão do Ministro Barjas Negri que assume a pasta da saúde do Brasil em um momento de transição devido ao ano eleitoral. A agenda da política de saúde de Negri foi baseada na continuidade das políticas sanitárias implementadas durante o governo vigente, com características de fraternidade, numa relação horizontal e descentralizada entre os Entes Públicos, possibilitando o maior financiamento da pasta, bem como possibilitando o maior acesso ao tratamento de saúde ao implantar o programa de genéricos, expandido até o presente momento, com benefícios para toda a população. Com a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva à presidência do país (2003-2006 e 2007-2010), ocorre uma ascensão da criação de empregos formais, o aumento do salário mínimo, políticas sociais que tinham por intuito a erradicação da pobreza e a efetivação dos direitos fundamentais de indivíduos vulneráveis pela redução das desigualdades. Lula proporcionou a “Reforma incremental do regime previdenciário dos servidores. - Expansão federal na educação terciária: novas universidades e campi federais e financiamento para o setor privado”⁵⁵.

⁵¹ Idem.

⁵² Idem.

⁵³ Idem.

⁵⁴ Idem.

⁵⁵ MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e troços na construção de um sistema universal. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, n. 33, s. 2, p. 143-141, 2017. p. 147. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00129616.pdf>. Acesso em 8 mar. 2021.

O Ministro Humberto Costa assume a pasta do MS com a promessa de iniciar transformações a partir de uma gestão baseada em um diálogo mais democrático com a população brasileira, revelando, desse modo, uma concepção fraterna da saúde no Brasil. A agenda da política sanitária desenvolve mudanças na estruturação do Ministério criando mais Secretarias especificadamente atuantes nas “áreas estratégicas e unificação da Secretaria de Atenção à Saúde; - Definição de marcas de governo na saúde (ex., Brasil Sorridente, SAMU, Farmácia Popular). - Elaboração do Plano Nacional de Saúde (2004-2007)”⁵⁶. No mesmo governo, o Ministro José Saraiva Felipe assume a pasta do MS empreendendo um discurso pautado no prosseguimento das políticas públicas sanitárias de caráter prioritário e, ainda, a gestão de Saraiva Felipe significou o “início de mudanças na condução de algumas áreas da política em relação ao período 2003-2005 (ex., área de educação em saúde) e maior ênfase na centralidade de algumas estratégias (ex., Saúde da Família)”⁵⁷. Posteriormente, toma posse o Ministro da saúde José Agenor da Silva que mantém em seu discurso a continuidade das políticas em saúde implementadas pelo Governo em vigência e consolida a aposta na execução do Pacto pela Saúde.

Durante o Governo Lula, José Gomes Temporão entra na gestão do MS e fomenta a dinâmica de um discurso na agenda da política de saúde pautado na promoção da saúde e suas intersecções com o desenvolvimento, ao passo que dá “-Destaque para o fortalecimento do complexo econômico-industrial da saúde. - Continuidade e expansão de políticas prioritárias. - Elaboração em 2007 do Plano Mais Saúde (2008-2011), sob influência do PAC”⁵⁸. Dilma Rousseff assume a presidência do Brasil (2011-2014 e 2015-2016) e empossa o Ministro da saúde Alexandre Padilha, o qual mantém um discurso pela continuidade das políticas de saúde prioritárias do Governo Lula e promove um maior incremento nas políticas públicas sanitárias do país, fundamentadas na realização da saúde enquanto expressão da fraternidade e reconhecimento de todos como merecedores do amplo acesso à saúde.

A agenda de saúde do Ministro Padilha foi fundamentada nas seguintes pautas:

- Adoção inicial como marco governamental das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), que já existiam, com a expansão expressiva de serviços. - Lançamento e expansão do Programa Mais Médicos, em 4 vertentes: provimento de médicos em locais remotos e com escassez (inclusive de médicos estrangeiros sem reconhecimento de diploma, com destaque para cubanos contratados por meio de convênio OPAS na 1ª fase do Programa); ampliação de cursos e vagas de Medicina no país; ampliação de vagas de residência médica; incentivo a mudanças curriculares na formação em Medicina⁵⁹.

De encontro com os discursos instituídos a partir das políticas de saúde brasileiras no Governo Dilma, Arthur Chioro assume a pasta do Ministério da Saúde e promove

⁵⁶ Idem.

⁵⁷ Idem.

⁵⁸ Idem.

⁵⁹ MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, n. 33, s. 2, p. 143-141, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00129616.pdf>. Acesso em 8 mar. 2021, p. 148.

“medidas de abertura do setor saúde ao capital estrangeiro (inclusive na prestação de serviços)”⁶⁰. O sucessor de Chioro foi o Ministro da Saúde Marcelo Castro, que implementa uma política em saúde pública pautada na “Expansão de arboviroses – dengue, Chikungunya e Zika – e identificação de associação do vírus da Zika (quando contraído na gravidez) com microcefalia leva à ênfase em estratégias voltadas ao controle epidemiológico destas doenças”⁶¹.

Com o Impeachment de Dilma em 2016, o seu vice, Michel Temer assume a presidência da República. No âmbito da saúde pública, observa-se a intensificação dos processos de contrarreforma e o prosseguimento de uma dinâmica de privatização da saúde, acompanhados pelo congelamento de recursos no orçamento de políticas de caráter social por vinte anos, incluindo cortes de investimentos na política sanitária nacional. Igualmente, a estipulação “dos chamados planos de saúde acessíveis; propostas de retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); articulação efetiva com o setor privado por meio da Coalizão Saúde (2017)”⁶².

Os discursos neoliberais dos Ministros de Saúde Ricardo Barros e logo depois Gilberto Occhi, vêm de encontro com a proposta de redução e desmantelamento do SUS, retirando a fraternidade do cenário da saúde, voltando-se a uma relação vertical e hierárquica. Os aludidos Ministros fundamentam discursos referindo que “o país não conseguirá sustentar os direitos da Constituição Federal de 1988 como o acesso universal à saúde, e será preciso repensá-los, pois não haverá capacidade financeira para isso”⁶³. Observa-se um retrocesso no âmbito da saúde pública no Governo Temer que fomentou suas políticas sanitárias através do “aprofundamento das contrarreformas e na aceleração do desmonte das políticas públicas e universais”⁶⁴.

Jair Messias Bolsonaro assume a Presidência da República em 2019, e a gestão ministerial da saúde fica a cargo de Luiz Henrique Mandetta que em seu discurso de posse afirmou: “nós queremos e iremos cumprir um desafio constitucional, que saúde é um direito de todos e dever do estado. Não tem retrocesso, não tem volta da nossa máxima constitucional. Nós vamos cumprir a Constituição Brasileira”⁶⁵. No entanto, também proferiu que deseja “um sistema privado forte e solidário”⁶⁶. O discurso de Mandetta sustenta “a defesa de um setor privado forte e a não proposição de mais recursos orçamentários para o SUS são preocupantes, pois não contribuem para o fortalecimento

⁶⁰ Idem.

⁶¹ Idem.

⁶² BRAVO, Inês Souza. PELAEZ, Elaine Junger. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. *Estado, Democracia e Saúde*. Brasília, v. 22, n. 46, p. 191–209, jan./jun. 2020. p. 195. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630/25147. Acesso em 8 mar. 2021.

⁶³ BRAVO, Inês Souza. PELAEZ, Elaine Junger. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. *Estado, Democracia e Saúde*. Brasília, v. 22, n. 46, p. 191–209, jan./jun. 2020. p. 196. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630/25147. Acesso em 8 mar. 2021.

⁶⁴ Idem, p. 194.

⁶⁵ TEICH, Nelson. Discurso de posse. In: MAZUI, Guilherme; BARBIÉRI, Luiz Felipe. Nelson Teich toma posse como ministro na saúde. *G1*. Brasília, 17 abr. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/04/17/nelson-teich-toma-posse-como-ministro-na-saude.ghtml>. Acesso em 8 mar. 2021.

⁶⁶ Idem.

do SUS e seu componente público e estatal”⁶⁷. Em março de 2020, ainda sob a gestão do Ministro de Saúde Mandetta, a OMS declara estado de pandemia COVID-19 que emergiu no cenário social como uma ameaça biológica e patológica à existência humana. Bolsonaro e Mandetta entram em conflito em seus discursos, pois o Ministro assumiu uma posição de defesa pela necessidade de isolamento social como estratégia de impedir o contágio pelo vírus e como medida necessária para reforçar e preparar o sistema de saúde brasileiro.

Enquanto a pandemia provocava déficits estruturais, à medida em que compromete o SUS e após a demissão de Mandetta, Bolsonaro empossa Nelson Teich como Ministro da Saúde. Em seu discurso de posse, Teich refere:

[Vamos] Acompanhar diariamente a evolução em cada estado e município, de como está evoluindo a covid-19 e outros problemas que possam estar relacionados à saúde. Trabalhando com os estados, com os municípios, para que a gente consiga ter uma agilidade na solução de problemas que vão surgir. Você tem que analisar todo dia o que está acontecendo, fazer planejamento e executar. “Tem que acompanhar também os indicadores sociais. Se tiver mais desemprego, pessoas que vão perder o plano de saúde, isso vai impactar o SUS. [Vamos buscar a] Informação detalhada, com qualidade, bem avaliada e bem estruturada. E formação de equipe. Coisa que pretendo trazer de forma mais intensa de transição de um ministro para o outro.”⁶⁸

Sentindo-se pressionado pelo Presidente, Nelson Teich deixa a pasta do MS. Bolsonaro empossa o Ministro Eduardo Pazuello. Em seu discurso de posse, Pazuello afirmou que o Brasil está em “situação de estabilidade bem definida”⁶⁹. No final de 2020, vacinas são criadas, começam a ser negociadas com vários países, ao passo que se perfectibilizam como estratégias de enfrentamento à crise sanitária e humanitária instaurada na sociedade mundial. O acesso à vacinação por toda população, de forma célere e gratuidade, enquanto política pública sanitária revela-se como uma prática fraterna.

O então Ministro Pazuello deixa a pasta do MS e quem assume em 23 de março de 2021 é o médico cardiologista Marcelo Queiroga. Até o mês de março de 2022, Queiroga é considerado o ministro mais duradouro do governo Bolsonaro. No contexto da pandemia, Queiroga assumiu o MS proferindo um discurso pautado contra a obrigatoriedade das máscaras e potencializa ainda mais a narrativa do Chefe do Poder Executivo federal, no instante em que se posiciona contra o passaporte vacinal, o uso de máscaras e a vacinação em crianças e adolescentes. Falha, nesse sentido, a atuação fraterna em prol da saúde de todos, fragilizando as garantias e direitos fundamentais e a construção do bem comum.

A intensificação da campanha de vacinação contra a covid-19 entra em ascensão e a eficácia da vacina comprova-se tanto no âmbito científico quanto no cenário prático, no sentido de que a vacina é aplicada por meio do SUS de forma gratuita e acessível a todos.

⁶⁷ BRAVO, Inês Souza. PELAEZ, Elaine Junger. *Op. cit.*, p. 200.

⁶⁸ TEICH, Nelson. *Op. cit.*

⁶⁹ Idem.

Assim, na medida em que a cobertura vacinal se potencializa no *locus* social, confirma-se a diminuição do número de casos graves e de pessoas infectadas pelo vírus.

Em síntese, de acordo com os discursos de Ministros da Saúde do Brasil no período que corresponde de 1990 a 2022, constata-se que houve avanços e retrocessos no âmbito da saúde pública no país. Ressalta-se que “o direito à saúde é fruto de várias lutas sociais, e há um eterno questionamento se é possível atender todas as demandas da sociedade nessa temática”⁷⁰. Ou seja, “retomar as definições e dimensões dos bens comuns significa retornar a velhos conceitos como aqueles da amizade, pactos, acordos, inclusão, em uma palavra: retornar à fraternidade como um código capaz de desvelar paradoxos, inclusive o paradoxo do público do público”⁷¹. Sob a perspectiva da incorporação da fraternidade aos discursos analisados, atrelam-se os avanços e possibilidades no que se refere ao reconhecimento da saúde como bem comum da humanidade e na atuação dos Governos que defendem a democratização do acesso à saúde, ou seja, a consolidação de um sistema público de saúde (SUS) com acesso integral, universal e gratuito a todos os brasileiros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se que a fraternidade é/foi incorporada nos discursos de alguns Ministros da Saúde do Brasil em benefício da pauta sanitária ao longo do período analisado, principalmente, daqueles discursos que atentam, de forma democrática, para um olhar humano no âmbito social sanitário. Em contrapartida, percebe-se que há discursos, principalmente, aqueles orientados por lógicas neoliberais, em que a fraternidade é completamente ausente. Justamente, porque não há uma preocupação pelo bem comum de todos. Compreende-se que a fraternidade deve ser resgatada, colocada em prática, ao passo que não deve ser uma exceção, mas uma regra na sociedade atual.

A metateoria do direito fraterno de Eligio Resta aposta numa dimensão cosmopolita como possível tendência para a sociedade do presente e do futuro pois atrela à figura do cosmos a carga imprescindível de caráter universal dos Direitos Humanos e, ao mesmo tempo, descarta a lógica mercantilista do mercado neoliberal que viola direitos e da corrosão do capitalismo selvagem que produz racionalidades individualistas. Com isso, a dinâmica fraterna detém potencialidade de transformação do mundo real e de reconhecimento do direito à saúde como bem comum da humanidade, motivo pelo qual é uma via de acesso a efetivação do direito à saúde e de observação do paradoxo limite/possibilidade que conduz a evolução da humanidade por meio dela mesma.

REFERÊNCIAS

⁷⁰ MACHADO, Clara. MARTINI, Sandra Regina. Desjudicialização da saúde, diálogos interinstitucionais e participação social: em busca de alternativas para o sistema. *Revista Estudos Interinstitucionais*. Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 774-796, 2018. p. 776. Disponível em: <https://estudosinstitucionais.com/REI/article/view/190>. Acesso em 8 mar. 2021.

⁷¹ STURZA, Janaína Machado; MARTINI, Sandra Regina. O município enquanto espaço de consolidação de direitos: a saúde como bem comum da comunidade. *Revista Jurídica – UNICURITIBA*, Curitiba, v. 4, n. 49, p. 393-417, 2017. p. 405. Disponível em: <http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RevJur/article/view/2364/1444>. Acesso em 7 mar. 2021.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 23 set. 2020.

BRAVO, Inês Souza. PELAEZ, Elaine Junger. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. *Estado, Democracia e Saúde*. Brasília, v. 22, n. 46, p. 191–209, jan./jun. 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630/25147. Acesso em 8 mar. 2021.

CANOTILHO, Joaquim José Gomes. *“Metodologia Fuzzi” e “Camaleões Normativos” na problemática actual dos direitos econômicos, sociais e culturais*. Estudos sobre Direitos Fundamentais. Coimbra: Coimbra Editora, 2004.

CASTIEL, Luis David. O que é Saúde Pública? In: Biblioteca de Saúde Pública. Rio de Janeiro, [2021?]. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/bibsp/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=107>. Acesso em 8 ago. 2021.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. Manifesto do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde em defesa do direito universal à saúde – saúde é direito e não negócio. Rio de Janeiro, 18 jul. 2014. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/09/Manifesto_Cebes_Saúde_é_direito_e_não_negócio.pdf. Acesso em 2 mar. 2021.

FERRAJOLI, Luigi. Teoria dos Direitos Fundamentais. In: LIMA NETO, Francisco Vieira; SILVESTRE, Gilberto Fachetti; LIMA, Marcellus Polastri; ZAGANELLI, Margareth Vetis. *Temas atuais do direito: Estudos em homenagem aos 80 anos do curso de direito da Universidade Federal do Espírito Santo*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

FIORIN, José Luiz. *Em busca do sentido: estudos discursivos*. São Paulo: Contexto, 2008.

GIMENEZ, Charlise Paula Colet. *O novo no direito de Luis Alberto Warat: mediação e sensibilidade*. Curitiba: Juruá, 2018.

MACHADO, Clara. MARTINI, Sandra Regina. Desjudicialização da saúde, diálogos interinstitucionais e participação social: em busca de alternativas para o sistema. *Revista Estudos Interinstitucionais*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 774-796, 2018. Disponível em: <https://estudosinstitucionais.com/REI/article/view/190>. Acesso em 8 mar. 2021.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, n. 33, s. 2, p. 143-141, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00129616.pdf>. Acesso em 8 mar. 2021.

MADERS, Angelita Maria; GIMENEZ, Charlise Paula Colet; ANGELIN, Rosângela. *Mulheres, vulnerabilidade e direito fraterno: (des)caminhos da violência à dignidade sexual e reprodutiva*. Porto Alegre: Fi, 2019.

MANDETTA, Luiz Henrique. Discurso de posse do Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasília, 2019. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/53718-discurso-do-ministro-da-saude-luiz-henrique-mandetta-transmissao-de-cargo>. Acesso em 8 mar. 2021.

MARTINI, Sandra Regina. STURZA, Janaína Machado. A dignidade humana enquanto princípio de proteção e garantia dos direitos fundamentais sociais: o direito à saúde. In: *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. Brasília, v. 6, n. 2, p. 25-41, abr./jun. 2017. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/367/453>. Acesso em 7 mar. 2021.

MATTOS, Ruben Araújo de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v. 13, s. 1, p. 771-780, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/GCvzrjvLB3rq8cnvRQpPC9H/?lang=pt>. Acesso em 9 ago. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasília: OPAS. 2018. Disponível em: <http://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/06/serie-30-anos-sus.pdf>. Acesso em 2 mar. 2021.

RESTA, Eligio; JABORANDY, Clara Cardoso Machado; MARTINI, Sandra Regina. Direito e Fraternidade: a dignidade humana como fundamento. *Revista do Direito*. Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 53, p. 92-103, set./dez. 2017. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/direito/article/view/11364/6967>. Acesso em 8 mar. 2021.

RESTA, Eligio. *O Direito Fraterno*. Tradução e coordenação de Sandra Regina Martini Vial. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2004.

SCHMIDT, João Pedro. Para estudar políticas públicas: aspectos conceituais, metodológicos e abordagens teóricas. *Revista do Direito*. Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 56, p. 119-149, set./dez. 2018. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/direito/article/view/12688>. Acesso em 7 mar. 2021.

SOUZA, Daniele. Direito fundamental à saúde: condição para dignidade humana. In: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Rio de Janeiro, 7 dez. 2018. Disponível em: <https://www.icict.fiocruz.br/content/direito-fundamental-%C3%A0-sa%C3%BAde-condi%C3%A7%C3%A3o-para-dignidade-humana>. Acesso em 2 mar. 2021.

SOUZA, Renilson Rehem de. O Sistema Público de Saúde brasileiro. In: Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas, 2002, São

Paulo. *Anais eletrônicos*. São Paulo: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf. Acesso em 7 mar. 2021.

STURZA, Janaína Machado; MARTINI, Sandra Regina. O Direito Humano à saúde na Sociedade Cosmopolita: a saúde como bem da comunidade e ponte para a cidadania. In: MEZA, Juan Olivier Gomez; LIMA, Renata Albuquerque. *Teoria, filosofia, antropologia e história do direito*. Florianópolis: CONPEDI, 2017. Disponível em: <http://conpedi.danilolr.info/publicacoes/c7yrg601/3zyi731v/qti3VW5KDC6W5yOz.pdf>. Acesso em 8 mar. 2021.

STURZA, Janaína Machado; MARTINI, Sandra Regina. O município enquanto espaço de consolidação de direitos: a saúde como bem comum da comunidade. *Revista Jurídica – UNICURITIBA*, Curitiba, v. 4, n. 49, p. 393-417, 2017. Disponível em: <http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RevJur/article/view/2364/1444>. Acesso em 7 mar. 2021.

SUS: O que é? Leia mais PenseSUS. In: FIOCRUZ. Rio de Janeiro, [2021?]. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/sus>. Acesso em 2 de mar. 2021.

TEICH, Nelson. Discurso de posse. In: MAZUI, Guilherme; BARBIÉRI, Luiz Felipe. Nelson Teich toma posse como ministro na saúde. *G1*. Brasília, 17 abr. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/04/17/nelson-teich-toma-posse-como-ministro-na-saude.ghtml>. Acesso em 8 mar. 2021.

VIAL, Sandra Regina Martini; KÖLLING, Gabrielle. As dificuldades e os avanços na efetivação do direito à saúde: um estudo da decisão do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul x Município de Giruá. In: *Boletim da Saúde*. Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 13-24, jul./dez. 2010. Disponível em: <http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/conteudo/2852/as-dificuldades-e-os-avan%C3%A7os-na-efetiva%C3%A7%C3%A3o-do-direito-%C3%A0-sa%C3%BAde:-um-estudo-da-decis%C3%A3o-conselho-regional-de-medicina-do-estado-do-rio-grande-do-sul-x-munic%C3%ADpio-de-giru%C3%A1>. Acesso em 2 mar. 2021.

VIAL, Sandra Regina Martini. Saúde e determinantes sociais: uma situação paradoxal. *Comparazione e Diritto Civile*. Salerno, v. 1, 2010.

VIAL, Sandra Regina Martini. Saúde: Um Direito Fundado na Fraternidade. In: SANT'ANNA, Maria Josefina Gabriel. Saúde e direitos humanos. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman, a. 5, n. 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3037.pdf#page=65>. Acesso em 3 mar. 2021.



Data de Recebimento: 20/10/2021.

Data de Aprovação: 06/03/2022.