

Evento: XXII Jornada de Pesquisa

**A SAÚDE NO DIREITO COMPARADO: ANÁLISE DA PRESTAÇÃO
SANITÁRIA E DA SUA EFETIVAÇÃO NO CONTEXTO INTERNACIONAL¹
HEALTH IN COMPARATIVE LAW: HEALTH CARE ANALYSIS AND ITS
EFFECTIVENESS IN THE INTERNATIONAL CONTEXT**

Evandro Luis Sippert², Janaína Machado Sturza³

¹ Pesquisa desenvolvida no Projeto de Dissertação do PPGD da Unijuí

² Mestrando em Direito pelo PPGD - UNIJUI, Bacharel em Direito pela UNICRUZ, Graduado em História pela - PUC/RS, MBA em Gestão das TIC's pela PUC/RS, Pós-Graduação em Docência do Ensino Superior pela UFRJ.

³ Pós doutora em direito pelo PPGD da Unisinos, Doutora em Direito pela Escola Internacional de Doutorado em Direito e Economia Tullio Ascarelli, da Universidade de Roma Tre/Itália. Mestre em Direito, Especialista e Graduada em Direito pela UNISC. Professora no PPGD ? Mestrado e na graduação-UNIJUI

Resumo

A característica cosmopolita da sociedade atual, a globalização dos mercados e dos capitais, não respeita as fronteiras físicas dos Estados. Por isso é necessário e de fundamental importância a análise daquilo que está ocorrendo no exterior, principalmente para que se possa usar como parâmetros para as tomadas de decisões e se possa usar experiências bem sucedidas adaptadas a nossa realidade e entender um pouco melhor a dinâmica do mundo atual. Uma análise comparativa do direito à saúde, ajuda a compreender o que existe de universal, bem como o que há de variável, nos países abordados pelo estudo. Em apertada síntese, esta análise contribui para a crítica do sistema de saúde brasileiro e para que sejam identificadas alternativas viáveis, buscadas por vários países para se alcançar maior eficácia do direito à saúde, principalmente após o desenvolvimento do conceito de saúde. Destarte, o presente estudo tem por escopo fazer um breve estudo comparado de como está ocorrendo o acesso à saúde em alguns países do mundo, tais como Brasil, Alemanha, Itália, Estados Unidos, Japão e África subsaariana, com o objetivo de trazer à baila, principalmente, o que já deu e está dando certo em países que conseguiram administrar de uma melhor forma o serviço de saúde e trazer uma melhor condição de vida para seus cidadãos.

Abstract

The cosmopolitan characteristic of today's society, the markets globalization and capital, does not respect the physical states borders. That is why it is necessary and fundamentally important to analyze what is happening abroad, especially so that it can be used as parameters for decision making and to use successful experiences adapted to our reality and to understand a little better the world today dynamics. A comparative analysis of the right to health helps to understand what is universal as well as what is variable in the countries covered by the study. In a close synthesis, this analysis contributes to the critique of the Brazilian health system and to identify feasible

Evento: XXII Jornada de Pesquisa

alternatives, sought by several countries to achieve greater effectiveness of the right to health, especially after the development of the health concept. The study purpose is to make a brief comparative study of how health access is occurring in some countries of the world, such as Brazil, Germany, Italy, the United States, Japan and sub-Saharan Africa, with the aim of bringing, mainly, what has already been and is working in countries that have been able to better manage the health service and bring about a better life for its citizens.

Palavras-chave: Direito à Saúde. Estudo comparado. Internacionalização

Keywords: Right to Health. Comparative study. Internationalization

1 Introdução

Em um mundo cada vez mais cosmopolita, necessário se faz entender a dinâmica universalista das relações econômicas, sociais e políticas. Invariavelmente os fatos e acontecimentos dada a concepção universal das relações em geral, principalmente influenciados pelos meios de comunicação, das mídias e redes sociais, se espalham rapidamente em todo o mundo, vindo a embasar opiniões e a tomada de decisões dos governos, numa escala nunca antes vista.

Em se tratando de Direitos Humanos e no caso aqui específico, o tratamento dado em nível internacional, para o Direito à saúde, tem-se a necessidade de analisar de forma um pouco mais aprofundada e de forma comparativa a prestação sanitária em alguns países do mundo, pois esta análise pode servir para identificar oportunidades de melhorias no sistema de saúde brasileiro. A saúde da pessoa, condição fundamental para viver, está intimamente ligada com o ambiente em que o indivíduo vive, suas formas de vida, as condições naturais do seu habitat, seus hábitos e todo o contexto que pode de alguma forma exercer ou ter influência na sua saúde e no seu bem-estar.

Destarte, o presente estudo tem por escopo, fazer um breve estudo comparado de como está ocorrendo o acesso à saúde em alguns países do mundo, tais como Brasil, Alemanha, Itália, Estados Unidos, Japão e África subsaariana, com o objetivo de trazer à baila, principalmente, o que deu e está dando certo em países que conseguiram administrar de uma melhor forma o serviço de saúde e trazer uma melhor condição de vida para seus cidadãos.

Em síntese, quanto aos aspectos metodológicos, este estudo trata-se de uma pesquisa aplicada, de natureza exploratória, classificada quanto aos procedimentos técnicos como um estudo bibliográfico e qualitativo.

Evento: XXII Jornada de Pesquisa

2 Desenvolvimento

2.1 A saúde no direito comparado: breve análise

A característica cosmopolita das pessoas, a globalização das mercadorias, dos capitais, não respeita mais as fronteiras físicas dos Estados. Por isso é necessário e de fundamental importância a análise daquilo que está ocorrendo no exterior, principalmente para que se possa usar como parâmetros para tomadas decisões e se possa usar estas experiências bem sucedidas na nossa realidade, entendendo melhor a dinâmica que toma conta do mundo atual.

Segundo Cury (2005), um exame comparativo do direito à saúde, ajuda a compreender o que existe de universal, bem como o que há de variável, nos países abordados. Em apertada síntese, esta análise contribui para a crítica do sistema de saúde brasileiro e para que sejam identificadas alternativas viáveis, buscadas por vários países para se alcançar maior eficácia do direito à saúde.

A partir do desenvolvimento do conceito de saúde, principalmente, após o término da 2ª Guerra Mundial, onde o mundo e principalmente a Europa, recuperava-se de uma grave crise, é que o conceito de saúde, como um marco referencial, está positivado.

O preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), que é uma agência especializada da Organização das Nações Unidas (ONU) voltada para a saúde, dispõe:

Os Estados Membros desta Constituição declaram, em conformidade com a Carta das Nações Unidas, que os seguintes princípios são basilares para a felicidade dos povos, para as suas relações harmoniosas e para a sua segurança;

A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.

Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social.

A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados [grifo nosso].

Ocorreu também a positivação do direito à saúde na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), e que foi proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris, em 10 de Dezembro de 1948.

Evento: XXII Jornada de Pesquisa

Caracteriza-se por ser um marco significativo na história dos direitos humanos pois foi elaborada com o intuito de estabelecer a proteção universal a estes direitos. É no seu artigo XXV, 1, que a Declaração Universal dos Direitos do Homem faz referência ao direito à saúde e bem-estar determinando que:

Todo 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, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

Para Schwartz (2004), a saúde como direito do homem está baseada na Declaração dos Direitos do Homem, cujo teor expressa o direito de todo o ser humano à prestação sanitária, o que, em consequência, levou a maioria das Constituições modernas positivarem a saúde como um direito fundamental do homem. Muito embora se constata a dificuldade de efetivar tais ditames, pois, como o Schwartz (2001), destaca que,

[...] o conceito não é operacional, pois depende de várias escalas decisórias que podem não implementar suas diretrizes. Vários são os fatores que afetam negativamente nesse sentido, sendo que o principal, pode-se dizer, é que, a partir do momento em que o Estado assume papel destaque no cenário da saúde, a vontade política é instrumento de inaplicabilidade do conceito da OMS, uma vez que as verbas públicas correm o risco de não serem suficientes para a consecução do pretendido bem-estar físico, social e mundial (SCHWARTZ, 2001, p. 36).

Destarte, analisa-se como alguns países tratam a questão sanitária e como está sendo o acesso à saúde em alguns lugares do mundo, tais como, Brasil, Alemanha, Itália, Estados Unidos, Japão e África subsaariana.

2.2 A Saúde no Brasil

O direito à saúde com um viés social, e estendido a todos os cidadãos brasileiros e estrangeiros, no Brasil, se efetivou a partir da Constituição Federal de 1988, sendo positivado no Art. 6, e reconhecido, como um direito social. Portanto, são direitos de igualdade, e “[...] Valem como pressupostos do gozo dos direitos individuais na medida em que criam condições materiais mais propícias ao auferimento da igualdade real, o que, por sua vez, proporciona condição mais compatível com o exercício efetivo da liberdade” (SILVA, 2005, p. 287).

Evento: XXII Jornada de Pesquisa

Verifica-se assim a clara importância que o poder constituinte originário inseriu na legislação maior no tocante à positivação do direito fundamental à saúde, criando então uma relação obrigacional entre o Estado e sociedade. A Promulgação da Carta Magna de 1988, que inovou ao trazer no seu art. 196 a positivação desse importante direito:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Na lição de Sarlet (2007), o direito à saúde pode, e é considerado como “[...] constituindo simultaneamente direito de defesa, no sentido de impedir ingerências indevidas por parte do Estado e terceiros na saúde do titular, bem como (...) impondo ao Estado a realização de políticas públicas que busquem a efetivação deste direito para a população” (SARLET, 2007, p. 08).

Desta forma, na lição de Figueiredo (2007), pode-se dizer que os valores de preservação da vida humana, a garantia de níveis progressivamente mais altos de saúde, a proteção da integridade física, mental e emocional, conduzem a atuação dos particulares e do Estado na efetivação do direito à saúde, pois segundo a lição de Bobbio (1992, p. 25)

[...] o problema grave do nosso tempo, com relação aos direitos do homem, não era mais o de fundamentá-los, e sim o de protegê-los. [...] Não se trata de saber quais e quantos são esses direitos, [...] mas sim qual é o modo mais seguro de garanti-los para impedir que, apesar de solenes declarações, eles sejam continuamente violados [...].

Nesse mesmo íterim leciona Leite (2014), que a evolução do conceito de direitos fundamentais juntamente com os direitos sociais, mostra que tão somente uma declaração de direitos não traz a felicidade do homem, pois um ideal de justiça só é atingido com a máxima realização destes direitos, permitindo ao homem alcançar seu pleno desenvolvimento individual e social, sendo que ter acesso à saúde e dispor de uma vida saudável, torna-se condição indispensável para sua própria sobrevivência.

No Brasil, destaca-se o acesso à saúde pública previsto na Carta Magna como direito social de todos e muito embora estejam positivados no ordenamento jurídico, a sua efetivação na prática está longe de ser implementada de forma eficaz, influenciada por diversos fatores, principalmente econômicos, políticos, operacionais, entre outros. Em virtude da não concretização dos direitos sociais, e quando o Estado não garante um direito fundamental, acaba por não permitir também a efetivação dos Direitos Humanos, acarretando um grande número de pessoas vivendo em condições precárias, sem vida digna e em condições de miserabilidade. Entretanto, ao dar proteção e reconhecimento, o Estado de Direito permite ao indivíduo, por meio da cidadania, pelo

Evento: XXII Jornada de Pesquisa

menos a esperança de melhorar suas precárias condições de vida.

2.3 A saúde na Alemanha

A República Federal da Alemanha dispõe de um sistema de saúde muito diversificado e socialmente assegurado. Preocupar-se com a saúde é, em princípio, tarefa de cada um em particular, mas não deixa também de ser tarefa do Estado e da sociedade. Independentemente da situação econômica e social, todo cidadão deve ter as mesmas oportunidades para a preservação e a recuperação da saúde. O sistema alemão de saúde está estruturado de forma descentralizadora, apoiado no pluralismo e na administração autônoma. Apresenta um misto de saúde, público e privado (CURY, 2005, p. 63).

Alemanha está entre os primeiros países do mundo em relação à assistência médica. A qualidade, a eficácia e a inocuidade de medicamentos são testados para concessão de licença, em processos oficiais, regulamentados pela Lei de Medicamentos. Esta lei regulamenta também a produção dos medicamentos e a obrigatoriedade de receitas médicas, assim como o registro e a avaliação dos riscos observados após a concessão da licença (CURY, 2005, p. 63).

Cerca de 90% de cidadãos alemães usufruem os benefícios do seguro-saúde obrigatório. Para os assegurados do seguro-saúde legal, os medicamentos são amplamente custeados pelas caixas de assistência da saúde; os assegurados só tem que pagar pequena soma, que varia conforme o volume contido na embalagem. O pagamento leva em conta a situação financeira do assegurado. Cláusulas sociais cuidam para que ninguém seja sobrecarregado pelo pagamento. Pessoas de baixa renda, assim como crianças e jovens, estão por princípio excluídos da exigência do pagamento (CURY, 2005, p. 63-64).

A Lei dos Produtos Medicinais (MPG) objetiva não apenas a livre circulação de mercadorias no Espaço Econômico Europeu, mas também a proteção do paciente, do usuário e de terceiros, através de análises de riscos, avaliação clínica e, caso necessário, testes clínicos. Estes tem que ser minimizados. Assim, todos os produtos medicinais devem apresentar o mesmo alto nível de segurança, independentemente de sua classificação. Tal procedimento faz com que a indústria alemã de produtos medicinais seja a maior da União Europeia e figure entre as maiores do mundo (CURY, 2005, p. 65).

Para Cury (2005), no que se refere à saúde preventiva, numerosas instituições federais e estaduais e organizações autônomas de assistência oferecem variadas informações sobre a educação no setor da saúde, como cursos e programas de esclarecimento à população. A prevenção é importante componente da saúde pública. O seguro-saúde obrigatório oferece exame pré-natal, reconhecimento precoce de doenças infantis e juvenis, *check-up* de dois em dois anos e prevenção do câncer.

Destaca Cury (2005) que o sistema social na Alemanha é muito eficaz e assegura ajuda financeira aos desamparados através de recursos como: inúmeras instalações públicas a

Evento: XXII Jornada de Pesquisa

disposição, especialmente para as medidas de fomento profissional, assistência às vítimas de guerra e indenização social por danos à saúde e o auxílio social que concede auxílio social às pessoas que não podem ajudar a si próprias e não recebem ajuda de terceiros. Esse auxílio abrange recursos para o sustento próprio ou para enfrentar situações como deficiência física e mental, enfermidade ou invalidez.

2.4 A Saúde na Itália

O Direito à Saúde na Itália, segundo Sturza (2008) tem seu percurso jurídico, social e histórico contornado por períodos de grandes lutas e conquistas, marcados por intervenção do Estado no que concerne à saúde como uma condição fundamental para o pleno desenvolvimento humano. Desta forma, o Direito à Saúde na Itália caracteriza-se como direito fundamental do homem, o qual foi elevado ao *status* de um dos direitos de solidariedade inviolável, com uma garantia imprescindível ao efetivo desenvolvimento e satisfação da qualidade de vida das pessoas.

Para Sturza (2008), o Direito à Saúde na contextualização jurídica italiana perpassa pelos diversos períodos de notoriedade da saúde e suas tendências universalistas, até chegar à Constituição de 1948, a qual vigora até os dias de hoje. Na Itália a Constituição da República Italiana entrou em vigor em 1^o.01.1948, e sua entrada em vigor ela representou um grande marco na matéria do Direito à Saúde, pois a doença passou a ser tratada como processo biológico e social e a saúde já não era mais vista somente como um fator de produtividade e sim como um direito social do cidadão.

Ao direito à saúde, na Constituição Italiana de 1948, foi reservada uma colocação privilegiada e central, no sistema composto e complexo dos direitos sociais, ou seja, das situações jurídicas subjetivas do homem que diretamente se ligam ao crescente peso das atribuições e dos deveres de bem estar que são próprios dos modernos “*Stati sociali di diritto.*” Aqui se fala de direito social para indicar a existência de uma exigência positiva e de uma concreta e efetiva intervenção do Estado no campo da proteção, assistência e promoção da saúde (STURZA, 2008, p. 45).

Neste sentido, Sturza (2008) aduz que o Direito à Saúde é claramente reconhecido pela Constituição Italiana de 1948, onde em seu art. 32 fica declarado:

Art. 32 - La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun

Evento: XXII Jornada de Pesquisa

caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana (COSTITUZIONE, 1948, *apud* STURZA, 2008, p. 52)[1].

Desta forma, na lição de Sturza (2008), a disciplina constitucional do Direito à Saúde, sustentada pelo art. 32 da Constituição Italiana, o qual assegurou a gratuidade do tratamento somente para as pessoas desprovidas financeiramente, já foi amplamente superada, no tocante às ações e participação do poder, frente a Lei de Reforma Sanitária de 1978, que prevê a universalidade para os destinatários da intervenção pública, especialmente no que se refere ao acesso ao Direito à Saúde. A partir da metade dos anos 80, a evolução da legislação direta, realizou-se um reordenamento global da disciplina em matéria de saúde, com uma atenção especial à recuperação da eficácia e da eficiência dos serviços sanitários. No âmbito da crise de legitimação do modelo de Estado, sobre o qual foi fundado a Reforma Sanitária de 1978, aconteceu uma profunda redefinição da extensão e da garantia reconhecida ao Direito à Saúde.

2.5 A Saúde nos Estados Unidos da América

O sistema de saúde dos EUA consiste em uma combinação de serviços e instituições públicas e privadas. Desde 1980, o serviço americano de saúde pública trata de alcançar certos objetivos específicos no campo da saúde para o terceiro milênio, fixando metas basicamente nos quinze campos prioritários que mais atingem às necessidades da população americana: controle da hipertensão, planejamento familiar, saúde das gestantes, imunização, controle das enfermidades de transmissão sexual, controle de drogas, seguridade e saúde ocupacional, prevenção de acidentes e tratamento de traumatismos, etc. O governo federal é o encarregado de dirigir essas atividades, atuando como catalisador e prestando apoio estratégico, no objetivo de realizar um esforço coletivo com colaboração da comunidade (CURY, 2005, p. 75).

O Departamento de Saúde e Serviços Sociais (HHS) é o organismo federal que desempenha as principais funções no fomento à saúde da população e presta serviços assistenciais. No exercício econômico de 1984, estabeleceram-se subvenções federais para a atenção primária à saúde, arrecadando fundos para os centros assistenciais das comunidades para a população que necessita de serviços médicos. O objetivo dessas subvenções é diminuir os gastos federais e a intervenção no processo legislativo, oferecendo flexibilidade aos Estados para responder às distintas necessidades e prioridades em matérias de saúde. Os governos estaduais e municipais são sempre os encarregados da administração dos hospitais (CURY, 2005, p. 75).

A atenção com a saúde, também é uma particularidade e pode ser financiada diretamente pelo usuário, mediante pagamento de seu próprio bolso, ou a quantia desembolsada com gastos

Evento: XXII Jornada de Pesquisa

médicos pode ser reduzida por meio da adesão à cobertura de terceiros, através dos seguros de saúde (CURY, 2005, p. 75-76).

Os problemas ambientais mais importantes a serem enfrentados para proteger a água potável são a eliminação dos microorganismos transmissores de enfermidades, especialmente nos sistemas de abastecimento de água de pouca extensão, a formulação de normas em matéria de contaminantes tóxicos e o controle da contaminação dos sistemas de distribuição. O abastecimento de água salubre depende da existência de boas fontes de água potável e de sistemas devidamente administrados. O principal objetivo dos programas de abastecimento de água é cumprir as normas microbiológicas e por fim às violações (CURY, 2005, p. 77).

Apesar de inúmeros problemas a serem equacionados, pode-se fazer uma avaliação positiva dos progressos alcançados. No que diz respeito à eficiência e eficácia do uso dos recursos, espera-se que a introdução do sistema de pagamento presuntivo, baseado no grupamento de pacientes para fins de diagnóstico, tenha importante efeito na limitação dos custos de atenção à saúde. Os hospitais que mantem seus custos abaixo do limite máximo permitido recebem incentivos, enquanto os que deixam de fazê-los são punidos (CURY, 2005, p. 77).

No Governo do Presidente Obama, de acordo com matéria publicada no jornal O Globo (2017), em março de 2010 foi sancionada nos EUA, a "Lei de Proteção e Cuidado Acessível ao Paciente" (PPACA), conhecida como "Obamacare" com o principal objetivo de ampliar o acesso de cidadãos dos EUA à cobertura de saúde.

Como nos Estados Unidos o sistema de saúde pública é dominado por planos privados, a ideia era diminuir as barreiras desses planos. Com a lei, as seguradoras ficaram proibidas de recusar planos de saúde (ou cobrar taxas extras) a pessoas com histórico de doenças ou que não atendessem a determinados critérios prévios. Em 2016, o Obamacare beneficiava 20 milhões de pessoas, e a expectativa era de chegar a 50 milhões em 2019.

O Obamacare aumentou a faixa econômica com acesso permitido ao "Medicaid", programa de saúde gratuito para pessoas de baixa renda, atingindo mais 15 milhões de pessoas, segundo o governo americano. Além disso, pessoas com renda mensal até quatro vezes acima da linha de pobreza podem pedir subsídios federais para bancar os custos de planos de saúde.

Dentre as novidades trazidas pelo Obamacare foi a obrigatoriedade de que empresas com mais de 50 funcionários ofereçam planos de saúde, ou paguem uma multa. Empresas menores podem solicitar benefícios fiscais em troca de oferecer assistência de saúde aos funcionários. Porém, com a recente eleição do Presidente Donald Trump, este programa está em fase de sofrer um grande retrocesso, e, será substituído ou completamente extinguido.

Evento: XXII Jornada de Pesquisa

Os EUA enfrentam muitos obstáculos, dentre os quais destacam-se a diversidade de necessidades da população, que por ser um país muito vasto, possui zonas geográficas bem distintas, e com condições socioeconômicas diferentes, e uma gama de fatores particulares, como a grande influência do capital, onde tudo é comercializável, colocando principalmente o acesso à saúde a mercê do poder aquisitivo das pessoas.

2.6 A Saúde no Japão

O atual sistema de governo do Japão, parlamentar, baseia-se na Constituição de 1946. Embora esta tenha sido criada como emenda à precedente, de 1889, houve, na realidade, revisão total, transformando drasticamente a estrutura governamental do país, principalmente na transferência do poder soberano do Imperador para o povo. Reza a Constituição que os três poderes - Legislativo, Executivo e Judiciário - serão independentes, e que todos os direitos humanos fundamentais serão resguardados, como eternos e invioláveis pela atual e por todas as gerações futuras (artigo 11). O direito à saúde está inserido no capítulo dos direitos fundamentais e encontra-se previsto no artigo 25^[2] (CURY, 2005, p. 79).

O Japão tem uma expectativa de vida das mais altas do mundo, e a idade da população aumenta rapidamente e a taxa de natalidade abaixo de 1%. A direção política de saúde para o século XXI, foi estabelecida em 1984. Nesse processo, afirmou-se a preocupação em levar a saúde para toda a população. Para isso vários fatores socioeconômicos, incluindo mudanças demográficas e aspectos financeiros, foram levados em consideração (CURY, 2005, p. 80).

Com o aprimoramento da saúde, o que teve por consequências o aumento da idade da população, existe a necessidade de estabelecer um sólido sistema de saúde, que possa garantir uma vida saudável às pessoas, cuja expectativa de vida já ultrapassa os 80 anos. Para alcançar este objetivo, o governo central e os governos locais dividem as responsabilidades e criam metas no campo da saúde, planejando o fortalecimento das seguintes áreas: promoção da saúde em todos os estágios da vida, reorganização dos serviços médicos, reforma do sistema de seguro de saúde e pesquisa e desenvolvimento de alta tecnologia na ciência de saúde (CURY, 2005, p. 81).

O princípio básico que regula os serviços médicos no Japão é o de que todos os cidadãos devem receber a qualquer tempo e em qualquer lugar os serviços médicos que necessitam. O seguro nacional de saúde cobre os empregados e seus dependentes, os aposentados e várias categorias de indivíduos que não são seguradas para o seguro de saúde dos empregados ou de qualquer outro plano de saúde. Como ocorreu o aumento da expectativa de vida da população e o número de pessoas idosas que necessitam de cuidados com saúde aumentou significativamente, foi implantado no ano de 2001, um sistema público de seguro de cuidados de enfermagem o qual é municipalizado (CURY, 2005, p. 81).

Evento: XXII Jornada de Pesquisa

Assim, destaca Cury (2005), que o Japão teve um grande número de pacientes soropositivos infectados principalmente por sangue contaminado, em meados dos anos 80, quando o sangue ainda não era esterilizado. Desta forma, com a criação de uma lei muito rígida no caso dos pacientes portadores de HIV, que entrou em vigor no ano de 1989, muitas críticas a esta legislação são feitas, no sentido que a lei representa um perigo para os direitos humanos, no tocante à privacidade dos pacientes.

2.7 A Saúde na África subsaariana

A África subsaariana está localizada no sul do deserto do Saara, sendo uma extensa área do continente africano, e engloba cerca de 50 países. Caracterizado por inúmeros grupos étnicos os quais falam línguas próprias e apresentam práticas sociais e crenças muito singulares, além do que são países extremamente pobres, são assolados por muitos conflitos e as pessoas vivem em condições precárias e miseráveis.

Em âmbito mundial, essa região do continente africano é uma das que apresentam maior disseminação da epidemia de AIDS. As dimensões totais desta epidemia na África, ainda são incertas mas este já é um grande problema de saúde pública em muitos países, especialmente os localizados nas regiões central, oriental e sul da África subsaariana.

(...) a epidemia de AIDS na África subsaariana é diferente da epidemia restante do mundo. Enquanto apenas pouco mais de 9% da população mundial vive na África subsaariana, ao redor de 55% das pessoas infectadas com o vírus da AIDS vivem nessa região do mundo. A proporção é provavelmente de 83% para as mulheres soropositivas e possivelmente alta ainda para as crianças (CURY, 2005, p. 84)

Entre as medidas a serem adotadas para a formulação de políticas para a prevenção da AIDS deve ser a de atribuir direitos as mulheres africanas, para que elas possam se proteger dos riscos da contaminação por HIV, pois vivem numa situação de desigualdade de oportunidades socioeconômicas não tendo historicamente qualquer instrução escolar, e igualdades de oportunidades, os quais são obstáculos a serem ultrapassados na luta principalmente contra a AIDS (CURY, 2005).

Outra questão destacada por Cury (2005), a ser enfrentada na luta contra a AIDS, é o reforço das atividades de controle anti-HIV do sangue transfundido, bem como a promoção de medidas de esterilização e biossegurança dos materiais e instrumentos usados na prática médica

Evento: XXII Jornada de Pesquisa

hospitalar, e efetivação dos princípios fundamentais de políticas sanitárias para que se possa ter sucesso nos programas naquele país.

3 Considerações finais

Denota-se que a falta do acesso à saúde, ou a sua disponibilização precária, por si só já seria suficiente para não permitir ao cidadão a sua dignidade, o que se coaduna com a falta de outras prestações sociais fundamentais, como falta de alimentação e de nutrição adequada, que possibilite uma vida saudável, um bom sistema imunológico com baixa ou nenhuma incidência de doenças, habitação e saneamento básico, que proteja o indivíduo e sua família, que sirva de lar e aconchego familiar.

O acesso à saúde, de forma eficiente, que garantam os valores de preservação da vida, e se adequem às reais necessidades das pessoas, são pressupostos essenciais para que se tenha uma efetivação dos direitos fundamentais os quais são destacadamente melhor oferecidos em países onde existe uma melhor distribuição de renda, proporcionando uma melhor qualidade de vida, sendo que no Brasil, a afirmação desses direitos na Constituição, não produz o resultado esperado carecendo ainda de uma efetivação concreta.

No presente estudo denota-se que ao comparar os países mais desenvolvidos, ou que possuem uma melhor distribuição de renda, observa-se que estes países conseguem dar uma melhor assistência e atenção para sua população. Já os países onde existe um desequilíbrio muito grande na distribuição da renda, os indivíduos ficam a mercê de epidemias e não conseguem ter um atendimento satisfatório.

A prestação efetiva do acesso à saúde permite que se viva da melhor forma possível e que se consiga ter um acesso à saúde de forma eficiente, para a eliminação ou minimização das injustiças, opressões e exclusões como forma de garantia para a efetivação dos direitos fundamentais e humanos.

Referências

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Editora Campus. 1992.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: . Acesso em: 07 ago. 16.

CURY, Ieda Tatiana. **DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE: Evolução, Normatização e Efetividade**. Rio de Janeiro: Lumenjuris, 2005.

Evento: XXII Jornada de Pesquisa

DUDH. **Declaração Universal dos Direitos do Homem** (1948). Disponível em: . Acesso em: jul. 2016

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Direito fundamental à saúde: parâmetros para sua eficácia e efetividade**. Livraria do Advogado Editora. 2007.

LEITE, Carlos Alexandre Amorim. **Direito fundamental à saúde: efetividade, reserva do possível e o mínimo existencial**. Curitiba, Juruá, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946**. Disponível em:

Acesso em: 27 jul. 2016.

O GLOBO. Cinco pontos para entender o que é o Obamacare. (2017). Disponível em:. Acesso em: 15 jun. 2017.

Ribeiro, Helena. Saúde Pública e meio ambiente: evolução do conhecimento e da prática, alguns aspectos éticos. Saude soc. [online]. 2004, vol.13, n.1, pp.70-80. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000100008>. Acesso em: 21 jan. 2016.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. São Paulo: Malheiros, 2006-2007. In: SOUSA, Simone Letícia Severo e. **Direito à saúde e políticas públicas: do ressarcimento entre os gestores públicos e privados da saúde**. Belo Horizonte: Del Rey, 2015.

_____, Ingo Wolfgang. **Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988**. Revista eletrônica sobre a reforma do Estado, n. 11, set/nov. Salvador. 2007. Disponível em: . Acesso em: 23 jul. 2016.

SCHWARTZ, Germano. **Direito à saúde: efetivação de uma perspectiva sistêmica**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2001.

_____, Germano. **O tratamento jurídico do risco no direito à saúde**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2004.

Evento: XXII Jornada de Pesquisa

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. São Paulo: Malheiros, 25. Ed. 2005

STURZA, Janaína Machado. **O Direito À Saúde na Sociedade Contemporânea: A figura jurídica do dano biológico na Itália e a proteção à saúde no Brasil**. 2008. Disponível em: Acesso em: 16 jun. 2017.

[1] Art. 32: A República tutela a saúde como direito fundamental do indivíduo e interesse da coletividade, e garante tratamento gratuito aos pobres. Ninguém pode ser obrigado a um determinado tratamento médico se não por disposição de lei. A lei não pode em nenhum caso violar os limites impostos ao respeito da pessoa humana. Tradução Livre (COSTITUZIONE, 1948, *apud* STURZA, 2008, p. 52).

[2] Todos terão direito à manutenção de padrão mínimo de subsistência cultural e salutar. Em todas as esferas da vida, o Estado usará os seus esforços no sentido da promoção e da extensão do bem-estar e do seguro sociais e da saúde pública (FATOS..., 1994, p. 3 *apud* CURY, 2005, p. 63).