

EDITORIAL

Caros leitores,

Vivemos um período muito interessante, tanto no Brasil como globalmente. Já fizemos aqui referência à grande esperança de construção de democracias mais adequadas aos anseios dos povos árabes, quando da chamada “primavera árabe” e também à crescente institucionalização dos acordos entre os Brics no campo da saúde. Agora o povo clama por mais saúde nas ruas brasileiras e algumas organizações não governamentais de abrangência internacional se mobilizam para definir que mundo queremos, considerando especialmente o campo da saúde.⁽¹⁾

Por outro lado, um estudo publicado em janeiro pela *National Academie of Medicine* dos Estados Unidos, denominado “U.S. Health in International Perspective: Shorter Lives, Poorer Health”, comparou dados de estatística vital, a partir da informação da mortalidade, de 17 países de alta renda.⁽²⁾ Observou-se que os estadunidenses apresentavam o segundo mais elevado risco de morrer por doença não transmissível e o quarto por doença infecciosa em 2008. Eles apresentavam também altíssima incidência de mortes violentas, por armas de fogo. Entre os 23 membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) em 2003, a taxa de homicídios nos Estados Unidos era 6,9 mais alta que os demais países. E o que mais impressiona é que essa desvantagem permanece quando se considera aqueles com seguro-saúde, educação superior, alta renda e comportamentos saudáveis, assim como aqueles que não os têm,⁽³⁾ impondo uma conclusão: a riqueza de um país não implica necessariamente melhor nível de saúde. Do mesmo modo, outro estudo⁽⁴⁾ mostrou, em 2008, que apesar da melhora geral da saúde da população européia, existia uma diferença de até 16 anos na esperança de vida entre os países da região, e um dos autores desse estudo afirma que a explicação para tal diferença encontra-se em como as circunstâncias sociais, culturais, políticas e

¹Veja-se, por exemplo, a plataforma criada pelos governos da Suécia e Botsuana, com o apoio da OMS e UNICEF (THE WORLD we Want. *Health in the Post-2015 Development Agenda*. Disponível em: <<http://www.worldwewant2015.org/health>>. Acesso em: 15 jul. 2013) ou o movimento criado em 2000 por acadêmicos e profissionais de saúde, que afirma ser a saúde um assunto social, econômico e político, mas, sobretudo um direito humano fundamental (PEOPLE'S Health Movement. Disponível em: <<http://www.phmovement.org>>. Acesso em: 15 jul. 2013).

²Austrália, Áustria, Canadá, Dinamarca, Finlândia, França, Alemanha, Itália, Japão, Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça, Holanda, Reino Unido e Estados Unidos.

³Cf. U.S. HEALTH in International Perspective: Shorter Lives, Poorer Health (2013). Disponível em: <http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=13497&page=34>. Acesso em: 16 jul. 2013.

⁴WORLD HEALTH ORGANIZATION. EUR/RC61/Inf.Doc./5. Interim second report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/148375/d5E_2ndRepSocialDet-jh.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2013.

ambientais influenciam a vida das pessoas e sua saúde. É o que ele chama a causa das causas.⁽⁵⁾

Em suma, a implicação níveis de saúde e fatores ambientais amplamente considerados é real, mas de determinação bastante complexa, o que fala a favor de muita parcimônia no uso de bandeiras globais nesse tema. Já vimos que a simples extensão da cobertura de serviços de assistência médica não será capaz de atender aos muitos outros problemas de saúde pública, indispensáveis para assegurar melhores níveis de saúde para as populações.⁽⁶⁾ Assim, não será demais voltar a insistir na necessidade de ter sempre presente a existência de um importante “mercado da doença”, que tem privilegiado os aspectos econômicos e financeiros das atividades inerentes à organização dos serviços e produtos de saúde. É bastante provável que o alcance de “hospitais padrão FIFA” não melhore os níveis de saúde da população brasileira. É com esses mesmos olhos “abertos para ver” que será necessário examinar a eventual utilização de institutos do direito tributário para fins extrafiscais, como a imunidade tributária, no bojo do chamado “complexo industrial da saúde”. O excelente artigo de autoria de *Gilberto Bercovici* tratando do tema sob a ótica da proteção constitucional ao mercado interno deve induzir oportuna reflexão: é a saúde uma mercadoria a ser comercializada ou trocada ou a saúde é um direito? A opção pela saúde como um direito humano fundamental implica reconhecer que ela é socialmente determinada e que só poderá ser alcançada com a efetiva participação popular em todos os níveis e esferas da organização social. Há muito a ser discutido, portanto, atrás de palavras de ordem como os “hospitais padrão FIFA”. E estamos seguros de que a *Revista de Direito Sanitário* seguirá propondo artigos que estimulem esse debate.

Quero concluir reforçando o pedido para que nossos prezados leitores enviem seus artigos, resenhas ou comentários de um trabalho forense, ou ainda suas sugestões de temas para debate e nomes de eventuais debatedores. Não deixe de contribuir! Temos certeza de que o sucesso da nossa *Revista* depende absolutamente da participação de nossos leitores. Contamos, portanto, com a colaboração de todos para que a *Revista de Direito Sanitário* siga cumprindo, com qualidade, sua missão de divulgar informações e provocar reflexões em busca de soluções mais justas para fazer da saúde um direito de todos.

Sueli Gandolfi Dallari
Editora científica

⁵MARMOT, M. Europe: good, bad, and beautiful. *The Lancet*, v. 381, n. 9872, Mar. 2013.

⁶DALLARI, S.G. Editorial. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 7-8 nov.2012/ jan.2013.