



Fundação Educacional do Município de Assis  
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis  
Campus "José Santilli Sobrinho"

**ISABELLE PERCONE BARTOS**

**ANÁLISE DA EFICÁCIA DO SUS: UMA ABORDAGEM CRÍTICA**

**Assis/SP  
2019**



**Fundação Educacional do Município de Assis  
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis  
Campus "José Santilli Sobrinho"**

**ISABELLE PERCONE BARTOS**

**ANÁLISE DA EFICÁCIA DO SUS: UMA ABORDAGEM CRÍTICA**

Projeto de pesquisa apresentado ao curso de Direito do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA e a Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, como requisito parcial à obtenção do Certificado de Conclusão.

**Orientando(a): Isabelle Percone Bartos**

**Orientador(a): Fernando Antônio Soares de Sá Junior**

**Assis/SP  
2019**

FICHA CATALOGRÁFICA

B292a BARTOS, Isabelle Percone.  
**Análise da Eficácia do SUS: uma abordagem crítica** / Isabelle Percone  
Bartos. –  
Assis, 2019.  
62 páginas.

Trabalho de conclusão do curso (Direito). – Fundação Educacional do  
Município de Assis – FEMA

Orientador: Ms. Fernando Antonio Soares de Sá Júnior

1. Saúde pública 2. SUS 3. Administração pública

CDD614

# **ANÁLISE DA EFICÁCIA DO SUS: UMA ABORDAGEM CRÍTICA**

ISABELLE PERCONE BARTOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis, como requisito do Curso de Graduação, avaliado pela seguinte comissão examinadora:

**Orientador:** \_\_\_\_\_  
Fernando Antônio Soares de Sá Junior

**Examinador:** \_\_\_\_\_  
Leonardo de Gênova

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu avô, Moacir Domingos (in memoriam), pelo grande exemplo de pessoa e dedicação, pois sem ele não me tornaria o que sou hoje.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço este trabalho primeiramente a Deus, pois sem Ele, nada seria possível. A Nossa senhora que passou a frente a todo o momento.

Ao meu Orientador, Prof Ms. Fernando Antônio Soares de Sá Júnior, pelo apoio, orientação cuidadosa, incentivo no desenvolvimento deste trabalho, pela orientação de bibliográfica e seu grande desprendimento em ajudar na construção acadêmica profissional de seus alunos, oferecendo condições para concluir mais esta etapa de minha vida.

Aos meus amigos que me apoiaram em vários momentos nessa jornada e pelo incentivo a correr atrás dos meus objetivos e sonhos.

Em especial a minha família José Roberto da Silva, Odilia Percone Gregorio, Heloisa Percone, que de alguma forma me ajudaram e acreditaram em mim, que ficaram na retaguarda me dando muito apoio e carinho.

E ao meu namorado Arthur Barreto por todo conhecimento compartilhado, apoio e carinho.

“Teu dever é lutar pelo Direito, mas se um dia encontrases o Direito em conflito com a justiça, luta pela justiça.” COUTURE, Eduardo Juan

## RESUMO

A saúde pública é um direito fundamental de todos os cidadãos assegurado pela Constituição Federal, sendo ele um dos mais, se não o mais importante para o ser humano. Diante disso a presente dissertação tem como objetivo modificar e ampliar a perspectiva da saúde pública, visando abandonar o simplório estereótipo definido como defasado ou irregular, e conseguir aprofundar não somente na matéria prática do tema, mas também denotar o desenvolvimento histórico dessa necessidade tão valiosa para uma sociedade.

O sistema de saúde estatal guarda correlação com o acesso a saúde pela população e o desenvolvimento econômico da nação e, não compreende apenas o aspecto o fornecimento de medicamentos, tratamentos e procedimentos específicos, mas também voltado para campanhas preventivas e de conscientização sobre doenças, profilaxias que objetivam a redução de condições favoráveis para desenvolvimento de enfermidades locais e mutirões de saúde que tem como resultado reduzir a exposição da população a doenças venéreas.

Em tempos restrição orçamentária, dialogar entre valores fundamentais constitucionais e naturais relativos à saúde e as dificuldades econômicas em se atender todas as demandas é tema que faz necessário tanto aos operadores do Direito quanto aos próprios gestores públicos que devem ordenar os escassos meios para atendimento das infinitas necessidades públicas.

**Palavras-chave:** saúde pública, administração pública e SUS.

## **ABSTRACT**

Public health is a fundamental right of all citizens annihiliated by the Federal Constitution, being one of the largest, is no longer important to humans. Given this, the present dissertation aims to modify and broaden the perspective of public health, aiming to abandon the process as a way to get rid or irregular, and to obtain a simpler result in the practice of the theme, but also the development of same. a society.

The health isometric to the access to the health health and the development of the treatment of the epidemiology and specific treatment, to the prevention of the epidemiology and the prevention of the awareness of diseases, prophylaxis that we obtained a reduction of the favorable conditions for the development of local diseases and health efforts that result in reduced venereal disease.

In times of budget constraint, dialogue between healthy constitutional and natural core values and difficulties in all matters, such as demands to become more precise service operators public needs.

**Keywords:** public health, public administration and SUS.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Tabela de Investimentos à saúde .....	50
Tabela 2: Tabela de ações em face da saúde pública.....	52

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AIS – Ações Integradas de Saúde

CAMEDS – Câmara de Mediação em Direito de Saúde

CAP'S – Caixa de Aposentadoria e Pensão

CEBES – Centro Brasileiro de Estudo de Saúde

CF – Constituição Federal

CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

CONASP – Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária

DNERU – Departamento Nacional de Endemias Rurais

DF – Distrito Federal

EC – Emenda Constitucional

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

LOS – Lei Orgânica da Saúde

NOB-SUS – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

SAMHPS – Sistema de Assistência Médico – Hospitalar da Previdência Social

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SUCAM – Superintendência de Campanhas da Saúde Pública

SUS – Sistema Único de Saúde

TJSP – Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DOS DIREITOS SOCIAIS .....</b>	<b>15</b>
<b>3. CONCRETIZAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS, ENTRE O MÍNIMO EXISTENCIAL E A RESERVA DO POSSÍVEL .....</b>	<b>19</b>
<b>4. O DIREITO À SAÚDE E SUA EVOLUÇÃO HISTÓRICA ATE A CF/88.27</b>	
<b>4.1. CRIAÇÃO DO SUS E PRINCÍPIOS .....</b>	<b>35</b>
<b>4.2. O DIREITO A SAÚDE COMO DEVER DO ESTADO E A ESCASSEZ DE MEIOS.....</b>	<b>45</b>
<b>5. LIMITES À JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE – ANÁLISE CRITICA DAS INTERVENÇÕES JUDICIAIS NO ÂMBITO DA SAÚDE. ....</b>	<b>51</b>
<b>6. CONCLUSÃO .....</b>	<b>57</b>
<b>7. REFERENCIAS.....</b>	<b>58</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Segundo o artigo 196 da CF a saúde é um direito fundamental e inerente a todos os cidadãos, que deve ser assegurado pelo Estado, termo este, aplicado pela Magna Carta em sentido amplo, isto é, englobando as esferas executivas, administrativas e judiciárias.

Com saúde, assegurou-se não somente os cuidados, proteção e recuperação, mas também assegurou melhores condições de vida a população, evitando assim o risco de doenças.

A saúde pública é oferecida na sua maior parte através do SUS (sistema único de saúde) que tem sua funcionalidade por meio de princípios, como o da universalização que todos têm direito a saúde pública assegurado pelo Estado, independente de raça, cor, sexo, ocupação entre outras características sociais ou pessoais, o da Equidade tem como objetivo diminuir as desigualdades. Mesmo que todas as pessoas têm direito a ter acesso à saúde, elas têm necessidades distintas. Sendo necessário investir onde se encontra mais carência. E o princípio da integralidade é entendido como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

O SUS foi uma das maiores conquistas sociais desde a Constituição de 1988, ele é constituído por princípios, que norteiam seu funcionamento. Seus princípios apontam a democracia nas atividades e serviços da saúde que deixam de ser restritos e passam a ser universais, partindo da mesma idéia que se tornem descentralizados e passem a nortear pela descentralização, bem como a equidade, universalidade e integridade.

O direito a saúde não é um direito infinito, por tamanha demanda na área ele se torna finito, pois não existe base para o Estado oferecer tudo para todos.

Sabe-se que muitas são as dificuldades da saúde e que se encontra em grande escassez, como seus crescentes custos, inovação tecnológica, as crescentes

necessidades, a falta de médicos, de leitos, a longe espera para marcar consultas, precariedade de infraestrutura, ausência de recursos, entre outros problemas.

O principal responsável pela condição atual da saúde no Brasil financiamento e a má gestão, sendo uma preocupação e um grande desafio para o Estado.

Em suma, a política econômica aplicada pelo governo federal em detrimento das políticas sociais, tem sido a responsável pela morte de centenas de brasileiros todos os dias, devido à ausência dos elementos já mencionados.

A Lei 8.080/90 instituiu o SUS (sistema único de saúde) que é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais municipais, da administração direta e indireta e das funções mantidas pelo poder publico.

A lei trata a respeito da organização, da direção e da gestão do SUS, das competências e atribuições das três esferas do governo, da participação complementar dos serviços privados a assistência à saúde, da politica de recursos humanos, dos recursos financeiros e do planejamento de orçamento.

Apesar de ser um grande patrimônio para o Brasil, o SUS vem passando por tempos difíceis, por conseqüência a demanda de processos por não prestação de algum serviço é muito vasta e de grande morosidade.

Diante disso, há de se compreender os princípios do mínimo existencial e a reserva do possível. Portanto, mínimo existencial, abrange o conjunto de prestações materiais necessárias e absolutamente essenciais para todo ser humano ter uma vida digna. Entretanto, há um crescimento muito elevado dos direitos fundamentais e por conseqüência a falta de recursos, sendo assim, esse principio impõe limites, para que o Estado realize apenas o que esta dentro da sua capacidade financeira, entretanto, esse princípio não retira a obrigação do Estado em prestar o mínimo para dignidade humana.

Por muitas vezes o Estado não cumprir de imediato com suas obrigações, as pessoas vão ate o judiciário, para ter seus direitos efetivos. A judicialização hoje no Brasil é de tamanho imensurável, os números de processos estão cada vez maiores, e por conseqüência há muita morosidade nas resoluções do mesmo. Existem hoje, projetos para diminuir a judicialização ou ate mesmo evitá-la.

À saúde pública foi conquistada durante anos e por muitos movimentos históricos, sendo assim, o presente trabalho visa concluir uma análise crítica do sistema pública de acesso à saúde sob o contexto jurídico e social, avaliando sua essencialidade como ente público a serviço da sociedade, assim como ponderando suas premissas e deficiências, com base em pesquisas de artigos sociais e jurídicos que debatem sobre a temática sob diversas óticas estatísticas, empíricas e sociológicas.

## 2. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DOS DIREITOS SOCIAIS

Os direitos sociais são as garantias básicas e os direitos fundamentais que devem ser atribuídas a todos os seres humanos, para que por meios desses tenha uma vida digna por meio de garantias amparadas pelo estado de direito. Segundo Alexandre de Moraes (2003, pág. 202.):

*“Direitos Sociais são direitos fundamentais do homem, caracterizando-se como verdadeiras liberdades positivas, de observância obrigatória em um Estado Social de Direito, tendo por finalidade a melhoria das condições de vida aos hipossuficientes, visando à concretização da igualdade social, e são consagrados como fundamentos do Estado democrático, pelo art. 1º, VI, da Constituição Federal.”*

Em geral, os direitos sociais foram conquistados ao longo de vários séculos, eles são efeitos de muitos movimentos sociais históricos. Mas a maior parte da conquista dos direitos ocorreu no século XX, por conta dos movimentos sociais e de trabalhadores da época, mas o que mais impulsionou o surgimento dos direitos sociais foi o tratamento desumano vivido durante a Revolução Industrial na Europa no século XVIII e XIX. A principal característica da revolução foi à substituição do trabalho artesanal pela produção em grande escala e com uso de máquinas. Nessa época os proprietários de fábricas europeus queriam sempre lucrar mais e os operários acabavam sendo abusados, trabalhando por horas exaustivas em troca de salários baixos. Sendo então o descontentamento da classe operária fortaleceu a ideia sobre a necessidade das pessoas dos “direitos sociais”, que por meio do Estado seria a defesa das minorias.

De início os direitos sociais limitavam-se a proteger os trabalhadores, em resposta ao tratamento oferecido pelo capitalismo industrial, diante da indiferença do próprio Estado liberal. A necessidade dos direitos sociais emanou da fragilidade dos “direitos liberais” quando o homem queria proclamar a liberdade, mas não satisfazia as necessidades primárias, como: alimentar-se, vestir-se, moradia, saúde pública entre outras.

A primeira constituição a estabelecer e reconhecer esses direitos foi a Mexicana, foi promulgada no dia 5 de fevereiro de 1917, a “Constituição Política dos Estados Unidos Mexicanos”, ela apresentava a proibição de reeleição de Presidente da

República, que para a época vivida era um grande feito, garantias para as liberdades individuais e políticas, quebra no poder da Igreja Católica, reforma agrária, expansão do sistema de educação pública e proteção do trabalho assalariado. Em virtude da conquista dos direitos sociais, a Constituição Mexicana foi a primeira a conceder aos direitos trabalhistas a qualidade de direitos fundamentais, em conjunto com as liberdades individuais e os direitos políticos.

A Constituição Alemã de 1919, conhecida como Weimar, também teve uma grande influência decisiva sobre a evolução dos direitos sociais. Em 1944 a Conferência da Organização Internacional do Trabalho acolheu uma manifestação que dá um valor extremamente relevante à dignidade do ser humano; à liberdade de expressão e de associação, à formação profissional, ao direito de todos à educação.

Foi considerada como direito fundamental no âmbito internacional em 1948 por meio da Declaração Universal dos Direitos Humanos, um dos documentos mais importantes que regem os direitos humanos, sendo proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas. Segundo a Declaração Universal dos Direitos Humanos, determina que a base dos direitos sociais, além do princípio da dignidade da pessoa humana, é o princípio da solidariedade, pelo fundamento que este princípio proclama que o direito da seguridade social, direito ao trabalho e a proteção contra o desempregado, os princípios direitos ligados ao trabalho, o direito a educação gratuita, a saúde pública, são itens imprescindíveis para a proteção dos grupos sociais mais necessitados.

Depois de algum tempo no Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, em 1996. No término das guerras mundiais na metade do século XX a necessidade da garantia da dignidade humana ficou ainda mais evidente, pois observava ainda mais o descaso com o indivíduo e a desvalorização do seu direito diante do interesse das maiores potências econômicas.

Constata-se que com o decorrer dos anos surgiu à consciência das pessoas sobre a necessidade de garantia da dignidade da pessoa humana. Afirmou a ideia de que o Estado deve estar presente e agir para diminuir os problemas sociais, buscando a melhoria de condições de vida, e sempre visando à igualdade social.

No fim da segunda guerra mundial e com a base da Declaração Universal dos Direitos humanos, outras Constituições introduziram em seu texto os direitos sociais.

Na Europa teve a Constituição Francesa em 1946, a Italiana em 1948, e a lei Fundamental da República da Alemanha de 1949. Logo depois, a Constituição Portuguesa em 1976 e a Espanhola em 1978. Já no continente Americano, em particular na América Latina, também teve constituições com estatutos dos direitos sociais, como, a Constituição Brasileira com uma breve menção no ano de 1934 e definitivamente em 1998 e a Constituição Política da Colômbia de 1991.

Diante os fatos narrados sobre a positivação e a efetividade dos direitos sociais, não há como omitir que a Declaração Universal dos Direitos Humanos é uma das principais, senão a principal, fonte dos direitos sociais consagrados pelas atuais constituições sobre sua influência.

No Brasil, a primeira Constituição a inserir os direitos em seu corpo foi a de 1934, que foi influenciada pela Constituição Alemã (Weimar), foi a primeira a proclamar uma ordem econômica e social. Mas os direitos sociais foram estabelecidos de fato somente na Constituição Federal de 1988, tais direitos estão dispostos no artigo 6º da seguinte forma:

*“Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e a infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.”*

Quando surgiu em 1998 houve uma grande necessidade exigências de mudança na mão de obra escrava e nas jornadas de trabalho excessivas, sendo então reivindicado o fim das mesmas. Os movimentos que ocorriam no século XIX, contribuíram significativamente para o fortalecimento desses direitos, que de iniciam era mais sobre trabalho do que os demais quesitos.

Em a relação dos direitos sociais, José Afonso da Silva (2011, p. 286-289) explica:

*“Assim, podemos dizer que os direitos sociais, como dimensão dos direitos fundamentais do homem são prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais. São, portanto, direitos que se ligam ao direito de igualdade.”*

Os direitos sociais pertencem à segunda dimensão de direitos fundamentais, que tem o objetivo de fornecer aos indivíduos os usufrutos dos direitos inerentes à dignidade humana, e por consequência as condições de vida em igualdade, sendo que esses direitos exigem a observação e interdição de entes estatais, e de forma

gradativa, o homem para além da sua posição individualista. Concluindo então que os direitos sociais são reflexos da preocupação do constituinte com a integridade do homem, que interliga diretamente com a igualdade, que foi um dos temas da revolução Francesa, querendo no contexto atingir a justiça social. Neste sentido, Dalmo de Abreu Dallari (2094, pág. 46.) diz:

*“Não basta afirmar que todos são iguais perante a lei; é indispensável que sejam assegurados a todos, na prática, um mínimo de dignidade e igualdade de oportunidade.”*

Dentre os direitos que o indivíduo tem por meio dos direitos sociais segundo o artigo 6º da Constituição Federal, tem o direito a saúde pública, sendo ela essencial.

### **3. CONCRETIZAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS, ENTRE O MÍNIMO EXISTENCIAL E A RESERVA DO POSSÍVEL.**

Os direitos sociais representam as liberdades positivas, ou seja, têm o propósito de promover a melhoria nas condições de vida de cada indivíduo, buscando a concretização da igualdade social. À vista disso, é importante salientar que os direitos sociais se encontram no artigo 6º da Constituição Federal de 1998, como já apresentado.

É necessário compreender e entender os princípios do “Mínimo existencial” e “Reserva do possível”, que se relacionam de modo intrínseco com a concretização dos direitos sociais, e também entender os conflitos que ocorrem em situações de fato onde o indivíduo necessita que o Estado lhe preste assistência, como no caso da Saúde Pública e a Administração Pública apresenta entraves fiscais à realização destas prestações.

O princípio do mínimo existencial é baseado no direito à vida e à dignidade humana, sendo um direito essencial, que está vinculado a Constituição Federal, dispensando regulamentação legal para que se extraia sua aplicabilidade.

Tal primado tem como objetivo garantir as condições mínimas da dignidade humana, conseqüentemente sem ele não é possível ter uma vida digna deixando evidente que é dever do Estado garantir que os direitos sejam aplicados com eficácia.

O mínimo existencial abrange os direitos sociais, como também os econômicos e culturais que estão previstos na Constituição Federal, que seria o trabalho, salário mínimo, alimentação, lazer, educação, férias entre outros. São os direitos programáticos da 2ª geração, ou seja, que o Estado deve desenvolver programas para que esses direitos cheguem até o indivíduo.

O princípio não tem uma dicção constitucional própria. Deve-se compreender na idéia de liberdade, nos princípios constitucionais de igualdade, do devido processo legal e da livre iniciativa, na Declaração dos direitos humanos e nas imunidades e privilégios do cidadão. Mas ele foi consagrado pela Constituição Federal no art 1º, III, como sendo núcleo do Princípio da Dignidade Humana.

*Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:*

*III - a dignidade da pessoa humana;*

Até mesmo no âmbito do Direito Internacional ainda não existe consenso acerca do conteúdo concreto do mínimo existencial, conforme se depreende da observação feita pelo Antônio Augusto Cançado Trindade:

*É significativo que já se comece hoje a considerar o que constituiria um “núcleo fundamental” de direitos econômicos, sociais e culturais. Há os que, como a Comissão Interamericana de Direitos Humanos, argumentam que tal núcleo seria constituído pelos direitos ao trabalho, à saúde e à educação. Em recentes reuniões internacionais de peritos também se tem referido, como possíveis componentes daquele núcleo, aos chamados “direitos de subsistência” (e.g., direito à alimentação, direito à moradia, direito aos cuidados médicos e direito à educação). Os debates apenas têm início, e certamente se prolongarão no decorrer dos próximos anos neste início do novo século. (TRINDADE, 1997, p. 493. IN: SGARBOSSA, 2010, p. 307).*

Distante da criação de uma conciliação há de se detonar pontos em comum nos diversos conceitos apresentados pelos doutrinadores, como a relação entre a utilização de prestações materiais que assegurem condições mínimas de um bem comum ao respeito do princípio constitucional da dignidade humana.

Essas prestações materiais que asseguram condições mínimas de sobrevivência estão positivadas, no direito brasileiro, sob o título de “Direitos Sociais”, no Capítulo II (artigos 6º a 11) do Título II (“Dos direitos e garantias fundamentais”) da Constituição da República Brasileira de 1988, abrangendo o direito à educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância, assistência aos desamparados, dentre outros.

Existem inúmeras definições doutrinárias sobre o mínimo existencial que apresentam em comum a relação com as prestações materiais que asseguram as condições mínimas de sobrevivência e dignidade humanas, como já mencionadas, que estão presente na Constituição Brasileira como os “direito sociais”.

Há doutrinadores que evidenciam que o mínimo existencial não é somente sobre as condições de físico do indivíduo, mas também as condições que preservem a dignidade humana, como:

*Tomando-se o exemplo do direito à educação, poder-se-á sempre afirmar que negar, em face de argumentos como o da ausência de recursos, até*

*mesmo o acesso ao ensino fundamental não chega a comprometer a existência do indivíduo. A resposta a esta indagação, contudo, passa pelo princípio da dignidade humana, que indubitavelmente pressupõe certo grau de autonomia do indivíduo, no sentido de ser capaz de conduzir a sua própria existência, de tal sorte que a liberdade pessoal (...) constitui exigência indeclinável da própria dignidade. Neste sentido, não restam dúvidas de que manter o indivíduo sob o véu da ignorância absoluta significa tolher a sua própria capacidade de compreensão do mundo e sua liberdade (real) de autodeterminação e de formatar sua existência. O princípio da dignidade da pessoa humana pode vir a assumir, portanto, importante função demarcatória, estabelecendo a fronteira para o que se convencionou denominar de padrão mínimo na esfera dos direitos sociais. (OLSEN, 2008, p. 332)*

Há, porém, doutrinadores que expressam a indefinição do conceito, como o Ricardo Lobo Torres:

*Carece o mínimo existencial de conteúdo específico. Abrange qualquer direito, ainda que originariamente não-fundamental (direito à saúde, à alimentação, etc.), considerado em sua dimensão essencial e inalienável. Não é mensurável, por envolver mais os aspectos de qualidade que de quantidade, o que torna difícil extremá-lo, em sua região periférica, do máximo de utilidade (maximum welfare, Nutzenmaximierung), que é princípio ligado à ideia de justiça e de redistribuição de riqueza social. Certamente esse mínimo existencial, “se o quisermos determinar precisamente, é uma incógnita muito variável.” (TORRES, 2008, p. 313-339).*

Ele ainda conclui que o mínimo existencial não é um valor ou um princípio jurídico, mas é de fato uma regra jurídica que coincide com o conteúdo essencial dos direitos fundamentais:

*O mínimo existencial não é um valor nem um princípio jurídico, mas o conteúdo essencial dos direitos fundamentais. Nada obstante está impregnado pelos valores e princípios jurídicos os mais relevantes. O mínimo existencial não é um valor, por não possuir a generalidade e a abstração de ideias como as de liberdade, justiça e igualdade. Além disso, o mínimo existencial pode se traduzir, para a sua garantia, em regra jurídica, o que jamais acontece com os valores. Mas o mínimo existencial se deixa tocar e imantar permanentemente pelos valores da liberdade, da justiça, da igualdade e da solidariedade. O mínimo existencial também não é princípio jurídico, por não exibir as principais características dos princípios, que são as de ser objeto de ponderação e de valer prima facie. De feito, o mínimo existencial não pode ser ponderado e vale definitivamente porque constitui o conteúdo essencial dos direitos fundamentais, que é irreduzível por definição e insuscetível de sopesamento. O mínimo existencial é regra, porque se aplica por subsunção, constitui direitos definitivos e não se sujeita à ponderação. (TORRES, 2008, p. 316).*

Geralmente a doutrina já identifica de pronto o princípio do mínimo existencial como o núcleo essencial dos direitos sociais, mas ainda existem muitos questionamentos sobre o mesmo.

Porém, há uma parte da doutrina que entende que esse fato não é uma regra, ou seja, nem todo direito fundamental social terá de núcleo um conteúdo equivalente ao mínimo existencial. Por exemplo, o art. 7º, XI, da constituição federal, que estabelece que a participação nos lucros do empregador, que considerado como um direito fundamental, o seu núcleo essencial não possui fundamento para se enquadrar no mínimo possível. Já quando se tratar da saúde pública fica evidente a necessidade do princípio. Mas em uma visão geral, essas divergências não contem mais relevância.

Já o princípio da reserva do possível surgiu quando houve um crescimento muito grande dos direitos fundamentais, e conseqüentemente a falta de recurso do Estado para supri-los. Ele é o fenômeno controla os limites para a concretização dos direitos fundamentais, como os direitos sociais.

É importante entender que esse princípio não significa um “salvo conduto” para o Estado deixar de cumprir suas obrigações sob uma alegação genérica de que “não existem recursos suficientes”. A não efetivação, ou efetivação apenas parcial, de direitos constitucionalmente assegurados somente se justifica se, em cada caso, for possível demonstrar a impossibilidade financeira (ou econômica) de sua concretização pelo Estado (ALEXANDRINO; PAULO, 2013, p.253).

Fica em evidencia que o Estado não pode meramente se eximir de prestar suas obrigações alegando recurso insuficiente quando lhe convém, mas é necessário de fato provar que não ha naquele exato momento possibilidade de arcar com os custos.

Alexandrino completa ainda:

*Em contrapartida, o que se tem como limite ao princípio da reserva do possível é justamente o princípio constitucional implícito da garantia do mínimo existencial. Segundo este princípio, apesar de o Estado ter recursos financeiros limitados, não está eximido de seu dever de garantir um mínimo necessário para que população tenha uma existência digna, no que se refere aos direitos sociais. Este princípio decorre do princípio da dignidade da pessoa humana e tem a função de impedir que o Estado negue o direito ao mínimo de prestações sociais necessárias para uma existência digna da pessoa, prestações essas referentes à saúde, à educação, à moradia, à alimentação e a outros direitos sociais protegidos constitucionalmente (ALEXANDRINO; PAULO, 2013, p. 16).*

Diante do exposto pelo Alexandrino, claramente nenhum princípio é absoluto, entretanto, no que diz respeito ao princípio da reserva do possível e do mínimo existencial, o último sendo mais importante, sobressai e deve prevalecer no caso concreto, sob pena de se legitimar a omissão de prestação de saúde, por exemplo. Além do mais, na realidade social como a vivida atualmente no Brasil, onde as desigualdades são exorbitantes.

Diante da obstrução que a sociedade tem mediante ao acesso aos direitos sociais básicos, principalmente em questão da saúde pública mínima para amparar a necessidade da população, é importante a presença do judiciário para garantir a prestação do Estado, mesmo ele se recusando. Sendo esse amparo judicial a obrigação do estado de distribuir a população coisas como, por exemplo, quando se tratar da saúde pública, o ingresso nos leitos de hospitais, seja ele para intervenções cirúrgica simples, urgentes ou até as mais complexas e a disponibilização de medicamentos gratuitos.

A respeito da atividade do Poder Judiciário, no que atinge a concretização dos direitos sociais, a doutrina completa:

*A escassez de recursos exige que o magistrado tenha preocupação constante com os impactos orçamentários de sua decisão, pois a ausência de meios materiais disponíveis para o cumprimento da ordem judicial poderá tanto gerar o desprestígio do julgado (pela frustração na execução) quanto prejudicar a implementação de outros direitos igualmente importantes. É preciso cuidado, portanto, ao efetivar um direito fundamental que implique em grandes gastos financeiros ao poder público. No entanto, se a decisão estiver dentro da reserva do possível, o direito fundamental não pode deixar de ser concretizado sob a alegativa de que a realização de despesa ficaria dentro da esfera da estrita conveniência do administrador (MARMELSTEIN, 2014, p. 324).*

O princípio da reserva do possível foi criado pelo Tribunal Constitucional Federal da Alemanha no ano de 1973, após o julgamento de uma ação que se impugnava a limitação de vagas para o curso superior de medicina, decidiu não ser possível garantir o acesso universal ao ensino superior, pois não haveria recursos orçamentários suficientes. Tal precedente foi denominado *numerus clausus I*.

Quando foi julgado o precedente citado, o número de estudantes universitários na República Federativa Alemã praticamente dobrava. Conseqüentemente as estruturas universitárias não conseguiram acompanhar o crescimento da demanda,

por essa razão as leis passaram a incluir o sistema do *números clausus* como critério para aprovação nas instituições, tendo um limite de vagas para ingressar no curso superior de medicina.

Ainda sobre o precedente, a Corte Constitucional Alemã concluiu as leis que adotavam esse critério eram compatíveis com o texto constitucional, pois era claro que não seria possível garantir o acesso para todos ao ensino superior, diante da falta dos recursos orçamentais. Rejeitou então a questão que o Estado seria obrigado a criar vagas suficientes para atender toda a demanda de candidatos. Decidiu ainda que o direito a liberdade de escolher sua profissão, que era assegurado pela Constituição Alemã, não englobava o direito do indivíduo de impor que deveria ter uma vaga para o determinado curso que escolhesse. Não seria coerente resguardar esse benefício, caso o mesmo trouxesse prejuízos para os programas sociais ou políticas públicas.

A seguir, algumas interpretações de doutrinadores sobre o julgamento mencionado:

*Tais noções foram acolhidas e desenvolvidas na jurisprudência do Tribunal Constitucional Federal da Alemanha, que, desde o paradigmático caso numerus clausus, versando sobre o direito de acesso ao ensino superior, firmou entendimento no sentido de que a prestação reclamada deve corresponder àquilo que o indivíduo pode razoavelmente exigir da sociedade. Com efeito, mesmo em dispondo o Estado de recursos e tendo o poder de disposição, não se pode falar em uma obrigação de prestar algo que não se mantenha nos limites do razoável. (SARLET, 2010, p. 138.)*

*Em síntese, levadas em consideração as circunstâncias do caso concreto, o Tribunal Constitucional Alemão decidiu pela impossibilidade de declarar a inconstitucionalidade das leis de Hamburgo e da Baviera que estabeleciam o numerus clausus, bem como afirmou a inexistência de um direito subjetivo individual à vaga no curso e na universidade de livre escolha do candidato a partir da norma contida no artigo 12, 1, da Grundgesetz, fixando a decisão entendimento no sentido de que o cidadão somente exigir da sociedade (e do Estado) aquilo que dela possa racionalmente esperar, no marco do Estado Social, como visto, essência mesma do construto da reserva do possível. (SGARBOSSA, 2010, p. 139-140.)*

Portanto, verificou-se que o Estado Alemão estava fazendo tudo que estava ao seu alcance a fim de tornar o ensino superior acessível. Exigir mais, para o fim de satisfação individual de cada cidadão, obrigando o Estado a negligenciar outros programas sociais, ou mesmo comprometer suas políticas públicas, não se mostra razoável. A questão central, entretanto, não parece ter sido financeira, enquanto escassez absoluta de recursos, mas sim dizia respeito à razoabilidade com que a alocação destes recursos poderia ser demandada.

Mesmo que o Estado dispusesse dos recursos, segundo a reserva do possível instituída pelo Tribunal alemão, não se poderia impor a ele uma obrigação que fugisse aos limites do razoável, tendo em vista os fins eleitos como relevantes pela Lei Fundamental. Não se poderia exigir o comprometimento de programas vinculados à satisfação de outros interesses fundamentalmente protegidos, para o fim de tornar o acesso ao ensino superior possível a absolutamente todos os indivíduos que assim o quisessem. Fazê-lo, seria colocar a liberdade individual muito acima dos objetivos comunitários, comprometendo e deturpando a própria noção de Estado Social. (OLSEN, Juruá, 2008, p. 219).

Hoje em dia, no Brasil, o argumento da reserva do possível é muito utilizado em julgamentos que abordam sobre as políticas públicas de execução dos direitos sociais. Nos casos onde o Estado tenta desviar da responsabilidade, como já mencionado, ou ainda, limitá-los, com o argumento que não possui recursos financeiros suficientes, passando então para o Poder Judiciário através da judicialização das políticas públicas a tarefa de decidir sobre o mesmo.

Sendo necessária a decisão de o judiciário ser baseada no princípio da proporcionalidade e no princípio de “mínimo existencial”. Na jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, os casos mais freqüentes em que se apresenta essa questão versam sobre direito à saúde (artigo 196 da CF), à educação (artigo 205 da CF) e proteção dos direitos da criança (artigo 227 da CF).

A chamada “textura aberta dos direitos” (*open texture*) tem uma grande relação com a análise da concretização dos direitos sociais, significa que ao longo do tempo a sociedade tinha que decidir quais direitos sociais deveria receber maior ou menos atenção, de acordo com as necessidades que lhe convinha. Diante disso, a textura aberta dos direitos sociais permite que para que eles não permaneçam sempre da mesma forma, pois as necessidades mudam, algumas se tornam mais importantes que outras, então para que os direitos sociais pudessem ser adaptados ao longo dos anos foi criada a “textura de abertura”.

Ao que se refere à concretização dos direitos sociais, vale ressaltar que o Poder Executivo e o Poder Legislativo exercem um papel de grande influencia na concretização do mesmo, por meio das políticas públicas e a edição de leis. Porém, quando se trata do poder judiciário a fatores contra e a favor da sua intervenção para efetuar a concretização.

Entre as justificativas favoráveis pode-se denotar o baixo sendo de confiança no Poder Legislativo da democracia brasileira, no mais o Poder Judiciário ao intervir para a harmonização da aplicação dos direitos sociais estaria apenas exercendo sua função ordinária, já os fundamentos de forma antagônica a intervenção do poder judiciário para a aplicação dos direitos sociais, estão norteados como se os direitos da segunda geração são meras normas programáticas.

Além de que a participação ativa do poder judiciário na aplicação de normas sociais violaria a distinção dos três poderes, já que seus membros não possuem a prerrogativas de representatividade já que os seus servidores não são eleitos.

Não basta apenas que esses direitos estejam apenas presente na Constituição, mas vai muito, além disso, eles precisam ser concretizados, colocados em pratica. Sendo necessária a firme atuação estatal por meio de políticas públicas voltadas para a concretização do mesmo. Mas nem sempre ocorre à concretização efetiva, por assim dizer, tem sido exteriorizada por diferentes posições ideológicas, tendo uma falta de planejamento do Estado e de políticas públicas que sejam 100% eficazes. Mesmo com os direitos já incorporados a Constituição Federal, ainda há muita falta efetiva, como por exemplo, á saúde pública educação de qualidade, entre outros.

As políticas públicas exercem sua função por meio de união e empenho, que mediante isso passam a estruturar uma coletividade de interesses, que giram em torno de objetivos comuns, sendo um instrumento de racionalização e que possuem participação popular.

Com resultados, o problema primordial que envolve os direitos sociais abordados a remete a sua concretização e eficácia, principalmente no que se relaciona aos programas de implementação de políticas sociais, bem como sua aquisição ao poder publico e manutenção, diante desse obstáculo financeiro e político. Por fim, agregam ao núcleo normativo de uma República Democrática de direito, que é minuciosamente dedicado com a aplicação e concretização da justiça social. Por outro lado a realidade socioeconômica do país ilumina a existência de uma profunda disparidade social que excluem muito de seus cidadãos do usufruto de seus direitos inerente a cidadania plena.

#### **4. O DIREITO À SAÚDE E SUA EVOLUÇÃO HISTÓRICA ATÉ A CF/88.**

O direito a saúde é um dos direitos básicos de todos os indivíduos, um dos marcos norteadores do Estado Brasileiro, está previsto na Constituição Federal de 1988, no artigo 6º, entrando mais a fundo nos artigos 196 a 200. Sendo um direito fundamental social de segunda dimensão tem força constitucional.

No Brasil, a saúde pública é coordenada pelo SUS – Sistema Único de Saúde – que também está prevista na Constituição de 1988. Antes da criação do mesmo o atendimento sanitário público era destinado em sua totalidade apenas aos cidadãos que eram vinculados à economia formal e seus dependentes.

A saúde pública antes de ser considerado um direito fundamental passou por um longo e gradativo caminho para a evolução não apenas no que se concerne aos conceitos de Direito, mas da própria concepção do que seja a saúde, em si mesma considerada.

Antes da colonização portuguesa, o Brasil era habitado pelos povos indígenas, eles já tinham enfermidades, mas com a colonização piorou, pois doenças comuns da Europa não existiam no Brasil, acabaram sendo trazidas. Os indígenas que habitavam o Brasil, não tinham imunidades contra esses tipos de doenças e por consequência muitos morreram. Os portugueses desde o descobrimento até a instalação do império, não davam atenção para a saúde da população e o tampouco demonstravam interesse em adquirir. Porém se utilizava dos recursos naturais, como plantas e ervas e conhecimentos empíricos (denominados como curandeiros).

Conforme os anos se passavam pouco era feito sobre a saúde. Não havia centros de atendimento à população, muito menos uma estrutura de política pública. E o acesso ao pouco tratamento e cuidados médicos que tinha na época dependia da classe social.

No Brasil Colônia e Brasil Império existia uma ausência muito grande de profissionais da área da saúde, um exemplo, no Rio de Janeiro, em 1789, existiam apenas quatro médicos exercendo a profissão. Já em outros estados brasileiros eram quase que inexistentes. Por consequência, por falta de assistência médica,

começaram a surgir muitos Boticários (farmacêuticos), eles manipulavam as formulas prescritas pelos médicos, mas em muitos casos eles mesmos indicavam.

Não possuindo um aprendizado de nível superior, o processo de aprovação na função basicamente era composto apenas no acompanhamento do serviço supracitado de um estabelecimento farmacêutico em um período de tempo pré-estabelecido, onde ao concluí-lo a pessoa era submetida à um exame perante fisicatura, que seria uma espécie de estudos da natureza, seus componentes e aplicação ao sistema biológico do corpo humano, e se aprovado o candidato recebia uma espécie de carta de habilitação, honraria que o registrava como apto a instalar sua própria botica e poder administrá-la com autonomia.

A chamada fisicatura, era o órgão máximo para as questões de saúde, era na verdade um tribunal, com leis, alvarás, regimentos e restrito a regulamentação da profissão.

Em 1808, a família Real portuguesa chegava ao Brasil, e eles queriam que o território brasileiro se aproximasse da realidade vivida em Portugal, por consequência queriam desenvolver e precisavam desenvolver o Brasil, uma das primeiras medidas foi à fundação de cursos de nível superior, como a medicina. Foi fundado na Bahia o Colégio Médico - Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador. Logo depois, no mesmo ano, foi criada a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, anexa ao real Hospital Militar. Aos poucos os médicos estrangeiros, foram substitutos por médicos brasileiros, ou que foram formados no Brasil.

No início do século XX, a cidade do Rio de Janeiro, a capital da época, por falta de um modelo sanitário, ficava a mercê das epidemias, como o esgoto corria a céu aberto e o lixo era depositado em valas, isso só agravava a situação. A cidade possuía uma situação desenfreada de caos e instabilidade, graças à ampla diversidade de doenças que estavam sendo alastradas pela população, como varíola, a febre amarela, a malária e a peste, que posteriormente gerou seriam consequências como para a saúde coletiva, como também para outros setores, como o do comercio exterior, pois os navios estrangeiros não queriam atracar no porto da capital, em função da exorbitante situação sanitária.

Rodrigues Alves, na época presidente do Brasil, nomeou Oswaldo Cruz, como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, se propôs a um papel muito

importante para a situação vivida na época, que era acabar com a epidemia de febre-amarela na cidade do Rio de Janeiro.

Neste período Oswaldo Cruz procurou organizar a diretoria geral de saúde pública, criando uma seção demográfica, um laboratório bacteriológico, um serviço de engenharia sanitária e de profilaxia da febre-amarela, a inspetoria de isolamento e desinfecção, e o instituto soroterápico federal, posteriormente transformado no Instituto Oswaldo Cruz.

Oswaldo criou um exercito para desempenhá-la atividades de desinfecção no combate da febre-amarela. Os “guarda - sanitários” eram muito arbitrários e esclareciam o que estavam acontecendo, isso causou uma revolta na população, pois não foram explicados os objetivos da campanha e do que se tratavam as vacinas. Sendo essa intervenção conhecida como “campanhistas”. E foi gerado por uma perspectiva militar, no qual os objetivos fundamentam as atitudes questionáveis, ou com base no livro “O príncipe” de Nicolau Maquiavel “os fins justificam os meios”, no qual o uso do poder, da influência e da hierarquia autoritária era considerado como meios predominantes da ação.

O trabalho para a desinfecção que estava sendo realizado pelo serviço sanitário municipal, começou deixar a população com receio das medidas tomadas. Diante a situação, foi criado a Lei Federal nº1261, de 31 de outubro de 1904, que estabeleceu a vacina anti-varíola obrigatória para todo o território brasileiro. A população ficou totalmente insatisfeita, por conseqüência surgiu um grande movimento popular, conhecido como a “revolta da vacina”. Ainda que tenha sido cometidos abusos e utilizado de uma arbitrariedade sem tamanho, ele obteve importante vitórias no controle das doenças, e conseguiu acabar com a febre amarela da cidade do rio de janeiro, o que era seu primeiro objetivo.

Quando Oswaldo criou os modelos das “campanhas sanitárias”, tinha a intenção que combatesse as epidemias urbanas, e se obtivesse sucesso, as endemias rurais. As vacinas chegaram ate as zonas rurais, divulgando a importância dos cuidados com a saúde, ainda mais no meio rural, todavia as pessoas eram muito pobres nessas regiões e viviam em moradias precárias, vitimadas por doenças mesmo com as vacinas.

Logo após, em 1920, Oswaldo Cruz teve um sucessor, Carlos Chagas, ele reestruturou todo o cenário da saúde, inclusive o Departamento Nacional de Saúde, que era ligado ao ministério da Justiça. E ainda introduziu a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação. Nessa época, ele ainda criou vários órgãos especializados na luta contra a tuberculosa, a lepra e as doenças venéreas.

O apoio hospitalar especializado a área infantil, e a higiene industrial, vista a vasta quantidade de agentes nocivos que deixam a atividade industrial insalubre em muitas vezes, se ascenderam como problemas individualizados, visto seu grau de perícia e técnica para atender, identificar e resolver a situação de modo eficiente. Cresceram as atividades de saneamento para outros estados, não apenas no Rio de Janeiro e criou-se a escola de enfermagem Anna Nery.

Não obstante, a sociedade brasileira esteve submissa por um centro econômico agroexportador, valorizando ainda mais a crescente da monocultura cafeeira, o que se exigia de um sistema de saúde, preponderante uma política de saneamento vinculado aos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a extinção ou controle das doenças e sintomas visíveis de doenças que poderiam prejudicar a exportação ou a credibilidade do produto. Por esta razão, desde o final do século passado até o início dos anos 60, predominou o modelo do sanitarismo campanhista.

Em 1923, se inicia a história da Previdência Social, foi aprovada pelo Congresso Nacional a Lei Eloi Chaves, através dela foi instituído o CAP'S (caixa de aposentadoria e pensão), criado para garantir uma proteção na velhice, recurso para a saúde pública, ate fundos que proviam para serviços funerários.

Em meados de 1930, começou a surgir os primeiros Institutos de Aposentadoria e Pensões, que com o financiamento parcial do Poder Executivo, constituíram as principais organizações de política social do País, foram criados por Getúlio Vargas. Entretanto, esses institutos favoreciam as camadas de trabalhadores urbanos mais aguerridos em seus sindicatos e mais fundamentais para a economia dominante na época que era a agroexportadora. Eles eram organizados por categoria profissional e não por empresas. E somente os membros que podiam participar, era os das comunidades que era localizada nas ocupações em que fosse definida por lei e ainda que contribuíssem para a Previdência Social.

Durante o período de 1938 a 1945, com a presidência de Getúlio Vargas, famosa “Era Vargas”, as ações de saúde coletiva chegaram ao auge do sanitarismo campanhista. O departamento nacional de saúde teve muitas alterações nos sistemas a fim de criar uma atuação mais centralizada, principalmente quanto à saúde pública, ele foi completamente reestruturado e dinamizado, articulando e centralizando as atividades sanitárias de todo o território brasileiro. Ele tinha como foco do seu governo ainda continuar a tratar das epidemias e endemias, porém sem muito sucesso, já que muito dos recursos eram desviados a outros setores.

No ano de 1942 foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública – SESP, ele foi criado com o intuito de atuar nas áreas onde os serviços tradicionais não cobriam. Já em 1944 a constituição, promulgada durante o governo Vargas, concedia novos direitos aos trabalhadores, como a assistência médica. Depois em 1943, a CLT também determina benefícios à saúde do trabalhador.

Houve uma grande conquista em 1953, a criação do Ministério da Saúde, pela primeira vez no decorrer dos anos que houve um ministério dedicado somente para a criação de políticas de saúde, mas tinha um principal objetivo em atender as zonas rurais, por conta que nas cidades a saúde pública era um privilégio dos trabalhadores que possuíam carteira assinada.

Entre 1945 e 1985 no período da ditadura militar, a área da saúde sofreu com o corte de verbas, por consequência houve doenças que se intensificaram, como dengue, meningite e malária, como também houve um grande aumento nas epidemias e na taxa de mortalidade infantil. Diante dos fatos, o governo militar procurou soluções, uma das soluções foi à criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, em meados de 1966, foi basicamente a união de todos os órgãos previdenciários que já funcionavam há tempos, afim de melhoria para o atendimento médico.

A implementação do INPS significou para a saúde previdenciária apenas a confirmação de aumento das contratações de produtos privados de serviços integrados a saúde de sociedade, com uma tênue dominância para o aumento das ofertas de serviço. Com a criação do INPS forma pactuadas convênios e contratos com a maioria dos profissionais médicos e hospitais existentes no território nacional, gastando-se pelas deduções produzidas (“pró-labore”), o que proporcionou um efeito cascata no consumo de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares a partir

do marco em que se pode monetizar a saúde e capitalizar em cima da saúde imperícia da população sob o assunto.

No período militar foram desenvolvidas as seguintes ações no campo da organização da saúde pública no território nacional:

- Em 1967, foi promulgado o decreto Lei 200, ele estabelecia quais as competência do Ministério da Saúde que seria: a responsabilidade por todas as atividades medica ambulatoria e as ações preventivas em geral, o controle de drogas, medicamentos e alimentos, pesquisa medico - sanitário e a formulação e coordenação da política nacional as saúde;

- A criação da Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (SUCAM) que ficou com a atribuição de executar as atividades de erradicação e controle de endemias foi em 1970, sendo o sucessor do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERU) e a campanha de erradicação da malária.

- Em 1975 foi consagrado em documentação o Sistema Nacional de Saúde, que, estabelecida de forma sistemática o campo de ação na área de saúde, das repartições públicas e privadas, para o crescimento das atividades de promoção, defesa e recuperação da saúde. O documento oficializa e legitima o bifurca mento da questão da saúde, reforçando que a medicina com o intuito de recuperação de anomalias ao sistema corpóreo humano seria de competência do ministério da previdência, e a medicina preventiva e profilática de responsabilidade do ministério da saúde.

Mas o governo federal destinou uma verba muito baixa ao ministério da saúde, que por sua vez foi incapaz de desenvolver as ações públicas proposta, portanto tiveram uma escolha clara pela medicina curativa, era mais cara, mas pelo menos contava com os recursos garantidos pela contribuição dos trabalhadores para o INPS. Por fim, pode se dizer que o ministério da saúde, tornou se mais um órgão burocrático normativo do que um órgão executivo de política de saúde.

Porém, ainda no ano de 1975 o modelo que havia sido implantado pela ditadura começa entrar em crise, pois o capitalismo internacional também entrava em crise e porque em função da diminuição do fluxo de capital estrangeiro para mover a economia nacional, o país diminuiu o ritmo de crescimento que em períodos áureos chegou a 10% do PIB, tornando o crescimento econômico não mais sustentável.

O que na teoria precisava ser feito para economia crescer e depois redistribuir para a população, na prática não funcionou, por consequência os pobres ficaram mais pobres, e os ricos mais ricos. Diante dos fatos, a população mais pobre, começou a conviver com o desemprego, com a marginalidade, com a mortalidade infantil e outras consequências sociais. O modelo de saúde previdenciário começa a mostrar as suas frustrações, para Polignano (2001, p.17), o modelo entra em crise pelos seguintes motivos:

*Priorizado a medicina curativa, o modelo proposto foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias, e os indicadores de saúde (mortalidade infantil, por exemplo); Aumentos constantes dos custos da medicina curativa, centrada na atenção médico-hospitalar de complexidade crescente; Diminuição do crescimento econômico com a respectiva repercussão na arrecadação do sistema em atender a uma população cada vez maior de marginalizados, que sem carteira assinada e contribuição previdenciária, se viam excluídos do sistema; Desvios de verba do sistema previdenciário para cobrir despesas de outros setores e para realização de obras por parte do governo federal; O não repasse pela união de recursos do tesouro nacional para sistema previdenciário visto ser esse tripartite (empregador, empregado, e união).*

O governo em 1982 criou o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) com o intuito de conter os custos e acabar com as fraudes, que era ligado ao INAMPS que foi criado em 1977 com o intuito de articular as ações de saúde entre si e elas com o conjunto de políticas de proteção social. Foi criado o CONASP por causa da escassez dos recursos para manutenção do modelo que havia sido proposto, o aumento dos custos operacionais, e aos descriditos sociais em resolver a agenda da saúde, por esses fatores o modelo entrou em crise.

O plano primeiro do CONASP entrega a inversão gradativa do modelo médico - assistencial, através da majoração da eficiência do sistema, do aumento da qualidade da atenção, da harmonização de serviços prestados à população urbana e rural, da extinção da ociosidade e da morosidade do setor pública, da hierarquização, da criação do domicílio sanitários, da montagem e integração de um sistema de auditoria e aplicação de multas caso haja incoerência ou fraude nos meios médico - assistencial.

Os dois projetos mais essenciais para a concretização e aprovação da CONASP pela pública foram à criação do Sistema de Atenção Médico-hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) que era virtuado a simplificação do sistema financeiro, e a manutenção da rede assistencial privada contratada e programas de

implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) com o objetivo de revigorar e descentralizar a oferta da rede pública, vinculando mecanismos para regionalizar e amplificar a força vinculante da rede pública dos planos governamentais, até então completamente engessadas e sem dinamismo para aplicar os projetos.

Em 1986, teve a realização da VIII Conferência Nacional da Saúde, teve como tema “saúde como direito de todos e dever do Estado” e foi a abertura de uma série de documentos que basicamente preparam o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS). A conferência fez com que tivesse uma grande mudança nos conceitos de saúde Pública no Brasil, propôs várias mudanças como a descentralização dos serviços e a participação efetiva da população nas decisões, fez referência a saúde preventiva, mudanças nos direitos universais à saúde com melhorias na condição de vida. Todo o relatório da conferência foi incorporado a Constituição Federal de 1988.

A saúde passou a ser um direito do indivíduo e dever do Estado efetivamente através da Constituição Federal de 1988, que foi o primeiro documento a colocar o direito a saúde no ordenamento jurídico brasileiro. Ainda completa que o sistema de saúde deve ser inteiramente gratuito, de qualidade e acessível a todos os brasileiros. Esta prevista no capítulo VIII, da Ordem social e na seção II, no artigo 196º:

*“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”.*

O Sistema Único de saúde (SUS) foi regulado posteriormente, em 1990, com aprovação da Lei 8.080.

## 4.1. CRIAÇÃO DO SUS E PRINCÍPIOS

O Sistema Único de Saúde (SUS), que surgiu como fruto do movimento da Reforma Sanitarista ocorrida no final década de 70 e prosseguiu na década de 80, foi regulamentada em 19 de setembro de 1990, pela Lei 8.080, ela expressava que a saúde era um direito fundamental do ser humano, sendo responsabilidade do Estado suprir as condições para o exercício da mesma, responsável por assegurar o acesso universal, e assegurar os serviços de qualidade para proteção, recuperação da saúde, entre outros.

Em março de 1996, em Brasília, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, durante o processo de redemocratização do país e foi nas vésperas da realização da Constituição de 1988. Foi nessa conferência onde foi gerado o SUS e as suas bases doutrinárias.

A Constituição Brasileira, promulgada em 1988, integrou a ela as teses que foram defendidas na conferência, tratando a saúde como sempre deveria ser tratada, como um direito inerente a cidadania. Diante dos fatos houve uma grande mudança no sistema de saúde brasileiro, reconhecendo a saúde como um direito social.

O SUS encontra-se previsto na Constituição nos artigos 198 a 200, os quais definem as diretrizes, garante que as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada.

*Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:*

*Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;*

*Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;*

*Participação da comunidade.*

*§ 1º - o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.*

Ao longo do processo de construção da constituinte, entre 1987 e 1988, o movimento da reforma sanitária nacional jamais teve força suficiente para garantir a fusão de recursos da saúde no orçamento do poder tripartite, e, paulatinamente, foi conquistando um primeiro sucesso na aprovação da CPMF.

Logo após, em 2000 ocorreu à aprovação da proposta de emenda constitucional de 169 e se formalizou com a emenda constitucional 29, que modificou o artigo 198 da carta magna. O parágrafo foi incluído em 13/09/2000 com a EC29 e breves alterações com a EC86 de 2015:

*§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000);*

*No caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000);*

*No caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento); (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015);*

*No caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000);*

*No caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000);*

*§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000);*

*Os percentuais de que trata o § 2º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000);*

*Os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015);*

*Os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000);*

*As normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000);*

*As normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000);*

Em 14 de fevereiro de 2006, foi introduzida outra modificação ao artigo 198, a EC51 e uma breve alteração com a EC63 de 2010:

*§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006);*

*§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência*

*financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 63, de 2010);*

*§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006);*

O artigo 199 resguarda que a saúde é livre para exploração de institutos privados, amparando que tanto a esfera privada e as entidades filantrópicas possuem um caráter complementar ao SUS. Alega ainda que as entidades sem fins lucrativos possuem uma prioridade em relação a esfera que visa monetizar sob a saúde. Veta o repasse de recursos públicos para ajuda de custeio ou subvenção aos institutos privados com fins capitalizatórios, tanto quanto a intervenção direta ou indireta de empresas ou capital estrangeiro na assistência a saúde do Brasil.

*Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.*

*§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.*

*§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.*

*§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.*

*§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.*

O artigo 200 da carta magna estabeleceu os limites da competência para o SUS, entre as competentes encontram-se atreladas com o SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, ordenamento na constituição de recursos humanos, participarem da formação da política e da execução das ações de saneamento básico, amparo ao desenvolvimento científico e tecnológico bem como ações mescladas na área ambiental, incluindo o ambiente de trabalho. Breve alteração ao artigo pela EC 85 de 2015.

*Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:*

- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;*
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;*
- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;*
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;*
- V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 85, de 2015);*
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;*
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;*
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.*

Fica evidente que a concepção do SUS foi de início um modelo as saúde para as necessidades da população, querendo resgatar o compromisso que o estado tinha com as necessidades dos indivíduos, principalmente a saúde coletiva e o bem-estar.

A Lei Orgânica da Saúde (lei 8.080/90) era responsável pela operacionalização do SUS e a Lei nº 8.142 que imprimiam quais as suas principais características, e dentre elas, qual a principal: o controle social, ou seja, a participação dos usuários (população) na gestão do serviço. A LOS especificava algumas coisas do SUS, como suas atribuições, a organização do mesmo, os papéis inconstitucionais de cada esfera governamental no plano da gestão da saúde, a estrutura de financiamento e as regras de transferência de recursos entre os diferentes níveis de governo, por meio dos Fundos de Saúde.

Segue observação feita por Luiz Odorico Monteiro de Andrade, pg. 47, de 2007:

*“A Lei 8.080/90 disciplina a descentralização politico-administrativa do SUS, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços.”*

*“A Lei 8.142/90 é fruto de grande negociação ocorrida na época entre os vários atores envolvidos no processo de construção do SUS no Brasil. Ela repara os vetos feitos pelo chefe do Executivo à Lei 8.080/90 e dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de saúde (SUS) e sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.”*

Dessa forma, já se era entendido que a saúde de cada indivíduo não se limitava apenas a ausência de doenças, mas também a qualidade de vida diante das desigualdades políticas e financeira. Com sua criação, foi proporcionado um acesso a todos ao sistema público de saúde, sem discriminação de qualquer gênero. Passou-se a ter uma atenção integral a todos os brasileiros, desde a gestação, até por toda sua vida.

Entende-se que o SUS deve abranger todo o campo da Saúde, dando atenção básica, média e altas complexidades, a atenção hospitalar, os serviços de emergência e urgência, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

Anteriormente a criação do SUS, havia um sistema de gestão a saúde pública que abrangia, no setor público, os pacientes que tinham direitos aos institutos de assistência, que já passaram pela centralização do antigo INAMPS. Então quem não possuísse essas prerrogativas a esse instituto tinham que ser atendidos em outro sistema paralelo, que seria os sistemas de avaliação médica estadual ou municipal. No Rio de Janeiro, isso exemplificava pelos antigos hospitais federais quem no INAMPS, e pela rede de postos de atendimento e para cuidados hospitalares, que até hoje estão sob a gestão de município e do estado. O SUS unificou o acesso população a tudo isso, e por meio dos princípios que doutrinam o SUS, como o da universalidade, tornou o sistema de fato público, aberto a todo e qualquer indivíduo, sem necessidade de vínculo a qualquer instituição, tornando-se universal.

O SUS é contemplado como uma pluralidade de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições de todas as esferas administrativas de direito público, incluindo as diretas e indiretas, além das fundações mantidas pelas verbas de natureza pública. Os institutos de natureza particular poderão participar do SUS em caráter complementar, agindo apenas quando há a ausência da especialidade nas vias públicas.

Oriundo a todas as formalidades necessárias para buscar uma maior amplitude para amparar as necessidades específicas do brasileiro, em cada região, o Órgão supracitado acima é organizado e direcionado por princípios, sendo eles:

- Universalidade: o acesso à saúde pública de qualidade deve ser assegurado pelo Estado a todos os indivíduos, independente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais;
- Equidade: é um princípio voltada a justiça social, com o objetivo de diminuir as desigualdades, para todos terem a acesso a mesma saúde, dentro de suas necessidades, sem preconceitos ou privilégios. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior;
- Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação Inter setorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Destes princípios, derivaram os princípios organizativos:

- Regionalização e Hierarquização: os serviços e diretrizes devem ser orientadas em níveis ascendentes de sofisticação e dificuldade, circunscritos a uma determinada camada geográfica, determinados a partir de quesitos epidemiológicos e com especificidade e conhecimento da parcela populacional a ser abrangida. A regionalização é um processo de desdobramentos entre os serviços já aplicados, visando uma unicidade de comandos, possuindo um objetivo de dinamizar e facilitar toda tramitação. Já a hierarquização deve garantir a desconcentração de níveis de agencia e garantir o acesso a serviços que façam parte da necessidade, sempre observando as limitações impostas, seja ela econômica técnica ou social, gerando um pseudo equilíbrio;
- Descentralização: este princípio é sobre dividir a responsabilidade entre os três níveis de governo e redistribuir o poder. Quando se tratar da saúde, significa de forme objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir a participação d população com uma fiscalização. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e

financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade;

- Participação popular: a participação ativa da população no dia a dia do sistema, por meio dos Conselhos e as Conferências de Saúde, que servem para formular estratégias e avaliar a execução da política da saúde pública.

E também teve as atribuições e objetivos do SUS:

- Identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; formular as políticas de saúde;
- Fornecer assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.
- Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica; executar ações visando à saúde do trabalhador;
- Participar na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- Participar da formulação da política de recursos humanos para a saúde;
- Realizar atividades de vigilância nutricional e de orientação alimentar;
- Participar das ações direcionadas ao meio ambiente;
- Formular políticas referentes a medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção; controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- Fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
- Participação no controle e fiscalização de produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- Incremento do desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde;
- Formulação e execução da política de sangue e de seus derivados.

Pela aglomeração dos objetivos propostos e pela constatação de instabilidade socioeconômica regional, a implantação do SUS não foi aplicada de maneira isonômica em todos os Estados e municípios brasileiros, pois para que haja é necessária uma alta disponibilidade recursos monetários, de mão de obra qualificada e especializada para atender cada minuciosidade de cada região, e de uma política concreta de todas as esferas públicas para viabilizar de modo estável e suficiente para as necessidades da população.

Ficou estabelecido pela Lei 8.080 em seu artigo 33º que:

*“Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.”*

Essa lei estabelece cada detalhe do SUS, como a forma de repasse de recursos financeiros a serem transferidos para estados e municípios, e quais critérios eles deviam se basear para isso, como: perfil demográfico; perfil epidemiológico; rede de serviços instalada; desempenho técnico; ressarcimento de serviços prestados. Isso é tratado especificamente em um artigo da lei, que previamente foi alterado com edição das NOBs que regulamentaram a aplicação desta lei.

Norma Operacional Básica, conhecida como NOB, trata da edição de normas operacionais para o funcionamento do SUS e também para sua operacionalização. E ao longo da década de 1990, foram editada três dessas normas, sendo elas a NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/93, NOB-SUS 01/96.

Em janeiro 1991 foi publicada a NOB-SUS 9, sua criação foi como intuito de disciplinar e padronizar os fluxos financeiros entre as esferas de governo e para reduzir a ineficiência das redes públicas de natureza federal, estadual e municipal acusadas de baixa produtividade e supre estimadas monetariamente.

Já a NOB-SUS 93 foi editada em maio 1993, tinha o intuito de restabelecer o SUS como tinha sido originalmente criado. Gerou uma municipalização gradativa e ascendente, em módulos de forma a observar e atender diversas etapas de preparação institucional e técnica dos municípios para assumir a gerencia da saúde.

Em novembro de 1996, foi à vez da publicação da NOB-SUS 96. É denotada na base do consenso a essencialidade de implementar o modelo de gestão

descentralizada e pactuada, de avançar na autonomia municipal, vinculando e solidificando bases as instâncias colegiadas, e de induzir, em âmbito nacional mudanças na lógica dos programas assistências e na administração da oferta de serviços.

Ao longo dos anos o SUS sofreu as consequências da instabilidade institucional e da desarticulação organizacional na arena decisória federal que aparecem para o senso comum como escassez de financiamento.

Indiferente da ascendência da política e da hierarquização, os ministros da saúde, como serão observados no desenvolvimento dessa dissertação, foram alterados para "reféns" das incertezas e rupturas que ao decorrer do tempo sempre colocaram a margem do interesse público as instituições de saúde nacionais.

Inobstante das dificuldades impostas pode-se constatar que o grau da atenção primária o SUS apresentou desenvolvimento notável no setor público, porém luta com problemas graves com o setor privado, que detém a maioria dos serviços de complexidade e de alta qualidade, sendo referência a grau secundário e terciário. Tais setores não possuem motivação em integrar o modelo presente em detrimento do baixo rendimento para pelos expedientes médicos aplicados, o que vem impossibilitando a ideia de hierarquização de serviço.

Diante da ineficácia das normas, implementou-se os Pactos pela Saúde. Ele foi um meio alternativo de encarar os desafios da gestão organização do sistema, para atender as necessidades da população no quesito saúde pública, com a intenção de torná-la uma política do Estado e não uma política do governo. Tinha a finalidade de melhorar a qualidade da gestão pública do SUS, com a intenção de uma melhor eficiência e efetividade.

Dimensões do pacto pela Saúde, 2016, GUIDINI, Cristiane, pag. 19.

*PACTO EM DEFESA DO SUS*

*Repolitização da discussão do SUS, com envolvimento da sociedade;  
Financiamento compatível com as necessidades da saúde por parte dos entes federados, expressos na luta pela regulamentação da EC nº29 pelo Congresso Nacional;*

*Elaboração e ampla divulgação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS;  
Discutir nos conselhos municipais e estaduais as estratégias para implementação desta dimensão no estado;*

*Priorizar espaços com a sociedade civil para realizar as ações previstas.*

*PACTO PELA VIDA*

*Compromisso entre os gestores em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira;*

*Definição de uma agenda comum, enxuta, com metas pactuadas e revisão anual;*

*Prioridades estabelecidas através de metas nacionais, estaduais ou municipais;*

*O pacto pela vida 2006 definiu seis prioridades: saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde e fortalecimento da atenção básica /primária.*

#### **PACTO DE GESTÃO**

*Estabelece as responsabilidades solidárias dos gestores de forma a diminuir as competências concorrentes, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS;*

*Avança na regionalização e descentralização do SUS, a partir da proposição de algumas diretrizes permitindo uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais;*

*Propõe a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os municípios, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional;*

*Explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite em grandes blocos de financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos.*

Para dar uma administração de competência em razão da descentralização e regionalização é necessário que haja um financiamento e esse em harmonização com os pactos estabelecidos pela tripartite. As bases de cálculo que formam cada bloco de custo e o capital financeiro destinado para Estados, Municípios e Distrito Federal são vinculadas na memória de cálculo. Para fins de registro e supervisão. Desta forma os estados e municípios possuem uma maior autonomia para alocação de recursos de acordo com as metas e objetivos pontuados nos planos de saúde.

## 4.2. O DIREITO A SAÚDE COMO DEVER DO ESTADO E A ESCASSEZ DE MEIOS

No artigo 196 da Constituição Federal, impõe que a saúde pública é um direito de todos e que é um dever do Estado. A CF/88 revolucionou a saúde pública, estendendo o direito a todos os cidadãos sem distinção.

**“Art. 196** 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 a promoção, proteção e recuperação”.

Pelos termos da Constituição Federal e seus princípios todos nós temos direito a saúde pública de qualidade, que no nosso país é oferecida pelo SUS, mesmo que com muitas falhas no atendimento e tratamento. E com uma falta de investimentos muito grande na área para que tenha uma plena eficácia.

No ano de 2000 houve uma grande decisão sobre a saúde pelo Supremo Tribunal Federal, que merece um destaque, sendo ela:

*“O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica da República (art. 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular – e implementar – políticas sociais e econômicas que visem a garantir, aos cidadãos, o acesso universal e igualitário à assistência médico-hospitalar. O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política – que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado Brasileiro – não pode converter-se em promessa institucional incoseqüente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever por um gesto de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado” (RE 267.612 – RS, DJU 23/08/2000, Rel. Min. Celso de Mello).*

Diante da decisão conclui que a responsabilidade pela efetivação das normas que estabelecem a saúde pública, sendo elas constitucionais ou ordinárias é do Poder Publico.

A constituição defende tanto a recuperação quanto a prevenção de doenças através de medidas que preservam a integridade física e psíquica do ser humano como resultado direto do fundamento da dignidade do ser humano, restando ao estado sua efetiva responsabilidade. Há de se manifestar que ao mencionar o Estado,

estamos falando do tríplice orbe da administração pública, dito que a competência e a responsabilidade do poder público são comuns e solidárias já que a tripartite deve cuidar da saúde e assistência pública, dar proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência, conforme artigo 23 inciso II da magna carta.

Todo o atendimento gerado diretamente pelo município ou SUS, deve obrigatoriamente atender os parâmetros e excepcionalidades de outrem, tanto na prestação dos serviços médicos de consulta quanto na realização de qualquer procedimento de exame ou avaliação que se fizerem indispensáveis para o perfeito prognóstico médico. No caso das pessoas financeiramente hipossuficientes que não conseguem adimplir com seus medicamentos prescritos por profissional responsável, devem localizar posto de atendimento local, ou órgão responsável pela assistência social da localidade, sendo no caso de não concessão desses benefícios por via desses departamentos deve ser postulado ação judicial em face da Fazenda pública relacionado, podendo por instrumento judicial a aplicação do "jus postulando" em que consiste a pessoa física reduzir seu direito a termo, sendo ajuizado em cartório competente, e sendo apreciado seu pedido sem a necessidade primaria de um advogado procurador instituído nos autos. Sendo a capacidade postulatória da parte aceita para ajuizamento de medicamentos prescritos com o valor de ate 60 salários mínimos, segundo o artigo 10º da lei 10.259/2001.

Ficou decidido pelos tribunais que seriam obrigação do Estado fornecer medicamentos as pessoas de baixa renda, que não possuem recursos para a aquisição e aos pacientes carentes. Sendo considerado e do entendimento de todos que para muitos os medicamentos são essenciais à vida, não podendo sem negado a quem necessita. O Poder Público tem o dever de indenizar as pessoas que sofreram algum dano por falta de atendimento ou o fornecimento de remédios.

Sendo então a saúde pública um direito indiscutível, assegurado pela CF, portanto, é dever do Estado em mantê-la acessível e de boa qualidade para todos os cidadãos brasileiros. Ela é uma obrigação do Estado porque é capitalizada e administrada pelos impostos adimplidos pela população que reside na extensão territorial da nação, pelos contribuintes e pelo poder tripartite que tem o dever legal de gerar condições para toda e qualquer pessoa presente em seu território tenha acesso aos serviços de saúde, centro médicos, tratamentos e/ou a programas de prevenção e

medicamentos, fora todo contexto social dos programas de prevenção e projetos que visam abranger a população de difícil acesso a essas informações.

Sempre que alguém necessite, ou não, use de seu direito fundamental que está sendo discutido nessa dissertação, que é a saúde. O poder público não presta sequer um favor ou um ato considerado de caridade e benevolência a sua população, mas sim uma obrigação e imposição legal, ele tem total dever de amparar e cuidar de todos indistintamente, já que o mesmo é o detentor da arrecadação de impostos, e tendo a obrigação de trazer a melhor condição de aplicar os direitos que sua sociedade possui.

A legislação não só garante a assistência à saúde, a farmacêutica, mas, também o fornecimento de “insumos terapêuticos” (podendo ser órteses, prótese, marca-passos, cadeira de rodas, entres outras.). Neste caso, a previsão legal destina-se tão só às crianças, adolescentes e idosos, que por explícita previsão constitucional possuem tratamento prioritário em nossa sociedade. Que este previsto no artigo 6º, inciso I, alínea "d":

“Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - A execução de ações:

a) De assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;”

Mas o SUS depois de tanto anos e a saúde pública em geral enfrentam os maiores entraves orçamentários, a saúde padece de escassez dos meios e de verbas. Pela constituição e seus princípios, o SUS deve prestar atendimentos a todos, uma cobertura integral na área da saúde pública, mas ate o dado momento, ele não conseguiu colocar em pratica os seus princípios, sendo eles: universalidade, integralidade e equidade. Sabe-se que de fato o atendimento é aberto a toda população, sem custo individual, mas nem todo o território brasileiro tem o SUS implementado. E nem todas as unidades existentes tem profissionais suficientes, aparelhos para exames, remédios e verbas para adquirir esses entre outros meios.

As maiorias do descompasso da saúde são de uma completude multidimensional e complexa e que por reflexo de uma pluralidade de períodos políticos com ideais distintos, a integração de diversas áreas, como escolha, desenhos para a implantação envolve severas dificuldades, não estávamos pensando somente em dificuldades a respeito da perícia, como a imprevisibilidade de resultados ou a

complexidade de verificar realmente a efetividade de determinado projeto político, dificultando a maleabilidade que a saúde deveria ter com as variações territoriais, econômicas e políticas, apesar o problema de escassez de recursos num todo atrapalha de modo direto com o dinamismo do setor de saúde.

Mesmo que soubéssemos quais políticas deveriam ser usadas para conseguir atingir o ápice da saúde pública, não seria possível adquirir todas as políticas que seriam necessárias. Pois quando se trata de saúde, as necessidades são inúmeras e sem fim, já os recursos são opostos disso, contudo, mesmo sendo de extrema importância, a saúde não é a única necessidade da sociedade.

Isso denota uma diferença que é essencial fazer quando se pensa apenas em saúde diante da falta de recursos. Poderíamos manifestar do modo como "escassez relativa" e "escassez absoluta".

Por "escassez relativa" expõe o fato dos recursos que estão disponíveis ao Estado para ser investidos, mas não se destinam exclusivamente para a saúde. Em destarte a saúde compete com uma pluralidade de outras áreas em que o Estado é obrigado a investir, como educação, segurança pública, esporte, cultura. No caso brasileiro Há, atualmente, apesar de passível de regulamentação, um limite mínimo de investimento na saúde estimado constitucionalmente (emenda 29), mas tudo que ultrapassar esse mínimo compete com as demais áreas (Senado Federal 2007). O que se pode e necessita gastar em saúde sempre é relativo, assim no compasso e na perspectiva de outras áreas.

Já por "escassez absoluta" seria o que ocorre nos países do mundo, dos mais pobres, aos mais ricos, o que ocorre em menor ou maior escala neles. Por mais que os recursos que são destinados à saúde sejam muitos, ainda assim não é suficiente para as necessidades da população.

Entre tantas falta de recurso, existe o financeiro. A saúde pública é financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Para que os municípios possam manter os postos de saúde, a lei definiu que devem ser investidos pelo menos 15%, os Estado no mínimo 12%, porem não é determinado o porcentual da União, sendo ela o ente que mais arrecada. Entretanto, esses porcentuais não têm sido suficiente para suprir as necessidades da população

no quesito saúde. Muitas vezes não é a falta de recurso em si, mas também o mau gerenciamento, fraudes, corrupção e desperdícios. A verba que é destinada à saúde é muito mal aproveitada.

Os recursos de outros países aumentaram conforme as necessidades, já no Brasil, os gastos continuaram estáveis, mesmo com o crescimento da população e o envelhecimento dela.

Além de tudo existe também a falta de hospitais, de médicos, medicamentos e isso ocorre em todo o Brasil, sendo cada vez mais difícil conseguir atendimento nos postos de saúde e vaga nos prontos-socorros. Porém, prontos-socorros vivem lotados de pacientes que poderiam ter sido atendidos em consultórios médicos ou os postos de saúde.

A respeito do assunto completa o oncologista Drauzio Varella deu uma entrevista em 2010 e completa:

*“Um ambulatório que funciona bem resolve 90% da demanda. 10% são casos mais complexos, que precisam de exames especializados e de hospitais de atendimento terciário, com mais tecnologia. Como o atendimento ambulatorial normalmente é de má qualidade, quando as pessoas ficam doentes, correm para o pronto socorro, pois sabem que, apesar a demora, serão atendidas. E aí vemos filas intermináveis. Se essa pessoa for marcar consulta na unidade de saúde do bairro, pode levar semanas”.*

A porta de entrada do sistema de saúde deveria ser a atenção básica, que inclui postos de saúde, centros de saúde, unidades de Saúde da Família, entre outros. A partir desse primeiro atendimento, haveria o encaminhamento para hospitais e clínicas especializadas, mas o atendimento é muito lento, demoram semanas a meses para, por exemplo, conseguir marcar uma consulta.

Em uma entrevista feita com 2.418 pessoas realizada pelo Datafolha, nas cinco regiões do país, apenas 24% conseguiram realizar suas consultas, fazer cirurgias e exames em menos de 30 dias, 30% dos entrevistados aguardarem marcação de consultas, ou a realização de alguém procedimento no SUS. 47% esperam em torno de seis meses para suprir sua necessidade, e 29% esperam mais que seis meses, sendo metade desses entrevistados já estão na fila de espera em torno de um ano.

O pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e conselheiro do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) afirmam que sem a lei que obrigue a

investir determinado porcentual, o governo tem diminuído sua participação no financiamento. Jose Noronha completa:

*“A redução é sistemática. Passou de 72,70% da receita bruta, em 1990, para 45% em 2011.”*

Tabela 1: Tabela de Investimentos à saúde.

<b>Investimentos na Saúde</b>			
<b>Ano</b>	<b>% Receitas da União</b>	<b>% Receitas Estaduais</b>	<b>% Receitas Municipais</b>
1990	72,70	15,40	11,80
2000	59,80	18,50	21,70
2005	49,90	23,10	27
2011	45	26	29

Fonte: ICICT/Fiocruz

Ao decorrer do tempo há de se denotar uma grande renovação positiva quanto ao poder público e sua oferta à saúde, mais infelizmente é importante constatar na dissertação que há um grande aumento populacional, e conseqüentemente um aumento na população carente nas populações presentes em áreas de risco.

É importante dizer que o serviço público de saúde esta em vias certas para sua estabilização, porém, os problemas constatados estão crescendo de modo maior, sempre resultando na insatisfação populacional.

## **5. LIMITES À JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE – ANÁLISE CRÍTICA DAS INTERVENÇÕES JUDICIAIS NO ÂMBITO DA SAÚDE.**

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988 e com a criação do SUS, o Estado ficou inteiramente responsável pela saúde pública. Por consequência dessa responsabilidade foi acarretou uma serie de reconhecimentos legais, deste modo, os direitos do indivíduo de requerer o que é seu de direito perante a justiça brasileira. Diante dessa situação, o Poder Público é um mediador dos direitos fundamentais, quando se há dificuldade de conquistá-los sem o poder judiciário.

Por mais que o SUS na teoria seja exemplar e reconhecido por vários doutrinadores e por outros países, sabe-se que na pratica tem passado por inúmeras dificuldades, como já citado acima, enfrenta muitos desafios, principalmente quanto ao orçamento.

Diante desses desafios a população se encontra sem amparo para a saúde pública e cada vez mais ciente do dever do Estado em garantir acesso de qualidade, sendo necessário, diante desse momento, recorrer às vias judiciais, para garantir seus direitos, mas a demanda é grande, o que muitas vezes deveria ajudar, acaba tendo uma morosidade muito grande.

Em 2014 foram apresentado os dados referentes à judicialização da saúde, o Conselho Nacional de Justiça apontou o numero de 330.630 casos em andamento a respeito da saúde pública.

Tabela 2: tabela de ações em face da saúde pública:

Tribunal Estadual	Número de ações
TJSP	44.690
TJAC	7
TJAP	76
TJAL	6.303*
TJBA	841
TJAM (não informado)	-
TJCE	8.344
TJDFT	2.575
TJES	8.991
TJMG	66.751
TJPA	19
TJGO	309
TJMS	1.081
TJMA	668
TJMT	6.664
TJPE (não informado)	-
TJRJ	46.883
TJRR	64
TJPI	229
TJRN	452
TJPR	2.609
TJRO	595
TJRS	113.953
TJSC	18.188
TJTO	149
TJSE	189
TJPB (não informado)	-
<b>Total:</b>	<b>330.630</b>

\*Números fornecidos pela assessoria de imprensa do tribunal.

Em 2015 teve um total de 792.851, já em 2016 esses números tiveram um aumento de 49%, subindo o número para 1.183.81.

Encontramo-nos em um bioma complexo que pede auxílio e urgência para a resolução do problema de judicialização da saúde pública, políticas públicas precisam ser visionadas, e a harmonia entre governo e poder judiciário e sociedade precisam ser estabelecidos para encontrar uma alternativa sustentável para o sistema de saúde nacional.

As sínteses sobre o fenômeno da judicialização no território nacional revelam uma pluralidade de déficits e desprovidimento do Sistema de Amparo à saúde e o sistema judiciário brasileiro para agir de forma considerável as responsabilidades sanitárias. Os trabalhos experimentais denotam que o propósito judicial Brasileiro mais recorrente no quesito de saúde é formalizado por requerimentos individuais e coletivos de medicamentos. Os ajuizamentos se baseiam em uma prescrição médica com competência relacionada ao pedido, e na presunção de urgência de adquirir aquele elemento, ou realizar procedimentos médicos sejam no sentido de diagnosticar alguma anomalia ou a própria intervenção cirúrgica para normalizar o caso, capazes de resolver uma específica necessidade ou problema de saúde. A decisão da via judicial para o pedido pode se der pela "ordem" para a incorporação dos medicamentos ou procedimento no SUS, seja pela falta ou pela inovação do pedido

em relação a prestação Estatal na rede de serviços públicos. Nesta última situação, pode-se dizer que a judicialização da saúde exprime problemas de acesso a saúde em seu sentido mais amplo, ou seja, como uma dimensão da funcionalidade dos sistemas de saúde unificados à oferta, e que a anomalia pode ser definida como recurso legítimo para a diminuição dos lapsos entre o direito vigente e o direito vivido, ou seja, a saúde pública e o direito a saúde.

Aos poucos, em alguns Estados, estão sendo criando medidas alternativas para amenizar o efeito cada vez mais crescente de demandas judiciais que envolvem a saúde pública.

Em 26 de fevereiro de 2013, foi promulgada a Câmara Permanente Distrital de Mediação em saúde (CAMEDS). O Distrito Federal com a Secretária do Estado de Saúde do DF obtém um enorme resultado a respeito da redução de ações judiciais com esse meio alternativo.

A CAMEDS tem o intuito de realizar a conciliação e mediação entre os gestores da saúde pública do DF e os pacientes do SUS, evitando, os conflitos judiciais no ramo da saúde pública. Há de se evitar as ações judiciais, ou ate mesmo antes de propô-las oferecer soluções viáveis, ate mesmo para as ações que já estão correndo no judiciário. Essa iniciativa ganhou o premio Innnovare - Edição XI -20147.

No Estado de São Paulo também foi criado uma iniciativa, a chamada de “Acessa SUS” com o intuito de também diminuir as demandas. Foi uma parceira entre o TJSP, a Secretaria Estadual de Saúde, o Ministério Público e a Defensoria Pública. Por meio deste, passou-se a oferecer um local na capital e na grande São Paulo, um local para se solicitar medicamentos.

Por meio do auxilio presencial ao pacientes peritos buscarão atendimento da demanda pelo SUS: a alteração do fármaco por outro com compatibilidade e que conste no estoque terapêutico já disponível, ou ainda, a legitimação da solicitação administrativa. Além do atendimento direto aos pacientes, o acessa SUS também receberá solicitações administrativas via Ministério Publico e Defensoria Pública, esquivando-se de ações judiciais obsoletas. No caso do TJSP, quando os magistrados da 1º região administrativa judiciária receber uma demanda com solicitação de medicamento contra a soberania Estatal, podendo consultar diretamente o Acessa SUS sobre a disponibilidade do fornecimento. A consulta é via

e-mail e os técnicos deverão apresentar resposta em até 30 dias e em casos de tramitação prioritária e urgência clínica será de até 72 h. São dois exemplos que estão servindo de parâmetro a outros estados, o que auxilia em todos os sentidos aos envolvidos. Diminuindo principalmente a quantidade de lides processual e a concretização da disponibilidade dos tratamentos e fármacos aos que deles precisam.

Diante de todo o exposto ao longo da dissertação há de se constatar que a integração e aplicação do princípio da dignidade da pessoa humana relacionada à saúde pública é imprescindível para a população brasileira, não apenas pelo regime político que o Estado se gerencia, mas também pela essencialidade da parte carente da população nacional.

Além de ser preocupante, ao denotar a necessidade da intervenção do poder judiciário em algumas, e em alguns distritos a maioria dos casos para que haja o real exercício desse direito adquirido e essencial para o homem.

Por essa ótica por mais positivo que seja a intervenção do poder judiciário, sendo mais um instituto para a população recorrer para manter suas respectivas condições de saúde, é importante salientar que é um grande problema ao mesmo tempo.

Em primeiro lugar a administração pública é um órgão gerenciado por capital público, capital esse oriundo de tributos pagos pela população, que visa retorno desse dinheiro na aplicação de seus direitos de natureza subsistente pelo menos, sendo esses tributos obrigações legais impostas pelo estado para que ele arrecade essas riquezas, e que o mesmo gerencie essas riquezas.

Diante dessa observação, pode-se chegar à conclusão de que o Estado, por essa postura draconiana quanto à matéria tributária, interpreta a necessidade de administração de suas riquezas acima da própria população, já que a mesma não possui liberdade em investir de modo direto e autônomo seu capital em entidades públicas, sendo sua distribuição feita a partir da esfera administrativa pública.

A partir do momento que se precisa de um órgão público para obrigar outro órgão público para que reconheça a necessidade de uma pessoa física em precisar de amparo do Estado seja em procedimentos cirúrgicos, ou para custeio de medicamento de baixo\médio\alto custo é um viés preocupante.

Não somente pelo procedimento burocrático e moroso da administração pública nacional, mas também pelo entrave judicial que a justiça brasileira se encontra, visto que mesmo pela digitalização processual, o processo jurídico não possui a celeridade de fato que deveria ser aplicado pelo princípio da instrumentalidade e celeridade processual.

Fora que não apenas essas constantes administrativas e judiciais que devem ser observadas ao longo da necessidade da Saúde para o brasileiro, mas fatores como tempo, local, instrução, e influencia atingem diretamente para o resultado de qualquer cidadão em conseguir um acesso no sistema de saúde pública de qualidade ou não.

Não sendo apenas constantes negativas, podemos ver claramente que o poder judiciário ao se intrometer na administração pública é inquestionável sua boa-fé.

Podendo ser aplicado a processualidade da lei 9099\1995, junto com toda sua liberalidade processual, sua aplicação nas demandas de ações de concessão de medicamentos ou de cirurgia, sendo aplicadas de vias de tutela de urgência ou evidência, além de presumir a capacidade postulatória do cidadão em conseguir formalizar seu pleito sem a necessidade de um procurador jurídico, apenas trazendo relatórios médicos contendo a seu CID, comprovante de residência, documentação, e notas orçamentárias do medicamento, visto que a comprovação da hipossuficiência da pessoa física é dada pela simples declaração, presumindo a boa-fé da parte em requerer um direito de matéria tão nobre, que até mesmo consciências questionáveis iriam refletir sobre qualquer ação de má-fé que se relaciona com a saúde de si ou de outrem.

Porem é de extrema necessidade correlacionar que a saúde e o processo em si não deveriam ser relacionados, não pela sua essência, mas por suas características, e denotações.

A saúde por si só é um conceito implementado pela constituição de 1988, decretado como um direito de segunda dimensão em todo o território nacional, podendo presumir que tal direito, por sua vasta amplitude interpretativa, é um quesito importantíssimo, já que podemos associar a saúde como intervenções cirúrgicas de grande necessidade, como a utilização de medicamentos de modo urgente para reverter um quadro clínico crítico, a necessidade de um acesso a um centro de

nutricionismo para o entendimento de uma alimentação saudável, e até mesmo o feitiço de campanhas para a conscientização de doenças.

Excluindo a última idéia, as demais são todas requeridas por qualquer cidadão, tendo ele que se direcionar ao setor público e requerer que ele seja amparado, podendo presumir que a mera atitude do cidadão de se locomover para pedir ajuda do Estado significa a necessidade ou uma eminente necessidade da pessoa em receber efeitos de seu requerimento.

O processo, para que se obtenha o melhor resultado ele não deve ser célere, mas pelo menos possuindo um tempo de resolução essencial para que não seja revestido de vícios.

Prazo essencial esse, que contem a aplicação de vários quesitos, como o princípio do devido processo legal, o princípio do contraditório, o princípio da ampla defesa, fora o prazo para ajuizamento de processos, e além da obrigatoriedade de processos cuja administração pública é parte, o princípio do duplo grau de jurisdição é aplicado automaticamente, sendo obrigatório o reexame necessário de sentenças prolatadas em instância de primeiro grau em face da administração pública, sendo remetidas para juízo superior.

Sendo claramente constatado que a celeridade processual não se harmoniza diretamente com a celeridade que a população necessita.

Com base em toda reflexão supracitada pode-se dizer que a intervenção do poder judiciário, nas obrigações da administração pública prolatando sentenças em que consiste em impor um gerenciamento justo não é de fácil posicionamento em seu favor ou em sua contrariedade.

Visto que por mais que seja benéfico o cidadão ter o direito de recorrer à justiça para almejar seus direitos é notória a defasagem da administração pública em gerenciar seus deveres.

Por fim, é importante citar que não deveria haver situações em que o brasileiro tem que recorrer em vias jurídicas, já que a própria administração pública deveria ser eficiente em atribuir suas funções, distribuir seus recursos, e descentralizar suas instituições para que todos seus investimentos públicos possam abranger o território nacional.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Depois de inúmeros fatos históricos é indiscutível a grande dificuldade para adquirir a saúde pública que temos hoje.

Tratando – se de um assunto polemico ficou em evidência a importância da saúde pública de qualidade para todos os cidadãos, sendo ela dependendo do Estado e por consequência de recursos públicos. Como já mencionado ela é oferecida por meio do SUS, que passa por inúmeras crises de escassez de recursos, porem, por maior que seja a dificuldade enfrentada, de fato o SUS é a maior conquista brasileira para a saúde pública. Pois imagina como seria o caos sem ele, por mais que tenha uma enorme morosidade, ele ainda é a melhor saída para adquirir tratamentos, consultas, remédios, entre outras.

Ele é descrito pelo Ministério da Saúde como: “um sistema ímpar no mundo, que garante acesso integral, universal e igualitário à população brasileira, do simples atendimento ambulatorial aos transplantes de órgãos”.

A saúde privada é muito cara e não são todos os cidadãos que conseguiriam ter acesso. Sabe-se que hoje um dos maiores problemas do SUS além da falta de recursos, é de fato a má gestão.

## 7. REFERÊNCIAS

ALVES, Terezinha Noemides Pires. SOUZA, Alexandre Gomes De. CORRÊA, Thadeu. Centro Odontológico de Atenção a Pacientes com Necessidades Especiais – COAPE: a resolutividade e a gestão no atendimento aos pacientes com necessidades especiais, 2013.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro DE. BARRETO, Ivana Cristina De Holanda Cunha. E colaboradores. SUS – PASSO A PASSO: História, Regulamentação, financiamento e Políticas Nacionais, 2007. Pág. 47.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro DE. BARRETO, Ivana Cristina De Holanda Cunha. E colaboradores. SUS – PASSO A PASSO: História, Regulamentação, financiamento e Políticas Nacionais, 2007.

CAMEDS. Disponível em: <<http://www.cameds.com.br/>>. Acesso em: 20 de julho de 2019.

CANÇADO TRINDADE, Antônio Augusto. Tratado de Direito Internacional dos Direitos Humanos, v. I. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 1997. In: SGARBOSSA, Luís Fernando. Crítica à teoria dos custos dos direitos. v 1 – Reserva do Possível. Porto Alegre: S.A. Fabris, 2010.

CARVALHO, Antônio Ivo de Barbosa, Pedro Ribeiro. Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS /Antônio Ivo de Carvalho, Pedro Ribeiro Barbosa. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração /UFSC; (Brasília): CAPES: UAB, 2010.

CONASP. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71671983000200001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671983000200001)> Acesso em: 12 de julho de 2019.

Conheça a historia da Saúde Pública no Brasil. Disponível em <<https://guiadoestudante.abril.com.br/blog/atualidades-vestibular/conheca-a-historia-da-saude-publica-no-brasil/>>. Acesso em: 5 de junho de 2019.

Constituição Federal. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 25 de junho de 2019.

DALLARI, Dalmo de Abreu. Direitos Humanos e Cidadania. 2ª ed. Reform. – São Paulo: Moderna, 2004, p. 46.

Direito à Saúde - Dever do Estado. Disponível em: <<http://www.oabsp.org.br/subs/auriflama/institucional/jornal-oab-local/direito-a-saude-dever-do-estado>>. Acesso em: 27 de Junho de 2019.

Evolução da Saúde no Brasil. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/22446/evolucao-da-saude-no-brasil/1>>. Acesso em 15 de junho de 2019.

GUIDINI, Cristiane. Abordagem Histórica da evolução do Sistema de Saúde Brasileiro: conquistas e desafios, 2012.

IURCONVITE, Adriano dos Santos. A evolução dos direitos sociais: da Constituição do Império à Constituição cidadã.

Judicialização da Saúde. Disponível em: <<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/judicializacao-da-saude>>. Acesso em: 20 de Julho de 2019.

Judicialização da saúde no Brasil em números. Disponível em: <<https://blog.ipog.edu.br/saude/judicializacao-da-sade-em-numeros/>>. Acesso em: 22 de julho de 2019.

JUNIOR, Dolivar Gonçalves. Os direitos fundamentais e a concretização do direito social à saúde: o conflito entre o mínimo existencial e a reserva do possível, 2017.

KOETZ, Fernando Henrique. Artigo 6º da Constituição da Republica Federativa do Brasil (Direitos Sociais), 2015.

Lei Nº8. 080 de 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 10 junho de 2019.

Lei Nº 8. 142. Disponível em:< [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em: 10 de junho de 2019.

MATSUDA, Juliana Tiemi Maruyama. PEREIRA, Helida Maria. SOUZA, Luciana Camila de. O Mínimo Existencial como limite à aplicação da Reserva do Possível aos Direitos Fundamentais Sociais.

MORAES, Alexandre de. Direito Constitucional. 13ª ed. – São Paulo: Atlas, 2003.p.202.

Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>>. Acesso em: 10 de julho de 2019.

OAB, Conselho Federal. A OAB e os Direitos Sociais: uma abordagem para o cidadão, 2000 – Brasília.

OLSEN, Ana Carolina Lopes. Direitos Fundamentais Sociais. Efetividade frente à reserva do possível. Curitiba: Juruá, 2008.

O nascimento do SUS. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/nutricao/o-nascimento-do-sus/13454>> Acesso em 21 de julho de 2019.

Princípios do SUS. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>>. Acesso em: 21 de julho de 2019.

POLIGNANO, Marcos Vinicius. Historias dos Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão. Cadernos do Internato Rural – Faculdade de Medicina /UFMG, 2001.

RAMOS, Flavia. Direitos Sociais e sua efetividade, 2017.

RIBEIRO, Ronei Plácido. Direitos Sociais na Constituição de 1988 e sua Efetividade Jurisdicional, 2016.

SARLET, Ingo Wolfgang. A Eficácia dos Direitos Fundamentais. 5. ed. rev. atual. e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005, p. 312-313. In: OLSEN, Ana Carolina Lopes. Direitos Fundamentais Sociais. Efetividade frente à reserva do possível. Curitiba: Juruá, 2008.

Setor da saúde sofre escassez crônica de recursos. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2014/03/1432506-setor-da-saude-sofre-escassez-cronica-de-recursos.shtml>>. Acesso em: 23 de julho de 2019.

SGARBOSSA, Luís Fernando. Crítica à teoria dos custos dos direitos. v 1 – Reserva do Possível. Porto Alegre: S.A. Fabris, 2010.

SILVA, José Afonso Da. Curso de Direito Constitucional Positivo. 18ª ed. São Paulo: Malheiros, 2000.

SILVA, José Afonso Da. Curso de Direito Constitucional Positivo. 34ª ed. São Paulo: Malheiros, 2011;

SILVA, Michelle Emanuella de Assis. Direito à Saúde: Evolução Histórica, atuação Estatal e Aplicação da Teoria de Karl Popper, 2016.

SILVA, Leny Pereira Da. Direito à Saúde e o Princípio da Reserva do Possível.

SOARES, Andressa dos Anjos. VIDAL, Camilla Gusmão de Miranda. Direito à Saúde, Escassez e Judicialização: uma tríade de paradoxos, 2017.

TAIRA, Ronaldo Mitsuo. A Judicialização da Saúde: um estudo sobre a problemática da Efetivação da saúde no Brasil e suas Conseqüências Jurídicas, 2018.

TORRES – Ricardo Lobos. O mínimo existencial e os Direitos Fundamentais.

TORRES, Ricardo Lobo, “O Mínimo existencial como conteúdo essencial dos direitos fundamentais”. In: C. P. De Souza Neto e D. Sarmento (org). Direitos Sociais. Fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008.