Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

DIREITO FUNDAMENTAL DE ACESSO À SAÚDE PÚBLICA À LUZ DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Shirlena Campos de Souza Amaral[1]
Bianka Pires André[2]
Décio Nascimento Guimarães[3]
Ari Gonçalves Neto[4]
Daniel André dos Santos Farias[5]
Nilvia Coutinho Gomes[6]

RESUMO - O direito social e fundamental à saúde foi elevado a essa categoria em momento superveniente a Segunda Grande Guerra Mundial, notadamente quando da criação da Organização das Nações Unidas e da Organização Mundial da Saúde no final da década de 1940. No Brasil a efetivação normativa desse direito demorou um pouco mais. Em verdade, durante praticamente metade do século XX o Brasil viveu sob a égide de um sistema de saúde assistencialista, voltado para a manutenção da saúde dos empregados, com vistas a garantir a superprodução do setor industrial. Nesta perspectiva, tem-se o caráter eminentemente segregador do sistema de saúde então vigente chancelado, inclusive, pelas organizações estatais. Apenas em 1970 com a efervescência dos movimentos reformistas sanitaristas é que se impulsionou uma gradual e pouco abrangente mudança do sistema de saúde. Já nas décadas de 1980 a 1990, a combinação das demandas sociais voltadas para a saúde e os movimentos de redemocratização fizeram com que o legislativo se debruça-se sobre o anseio da sociedade brasileira em ver posto a disposição um sistema único, democrático e universal de saúde. Foi por meio da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 que se estabeleceu esse direito fundamental no ordenamento jurídico pátrio. O SUS foi efetivamente inserido no contexto interno apenas em 1990, e embora apresente

[1] Doutora em Ciências Sociais e Jurídicas (UFF).
[2] Doutora em Educação (UB).
[3] Doutorando e Mestre em Cognição e Linguagem (UENF).
[4] Mestrando em Cognição e Linguagem (UENF).
[5] Mestrando em Cognição e Linguagem (UENF).
[6] Mestrando em Cognição e Linguagem (UENF).

Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

ainda sérias mazelas e necessidades de reforma, oportunizou e oportuniza uma flagrante democratização do acesso à saúde quer seja por empregados, desempregados ou mesmo por ricos e pobres. Todos tem acesso à saúde pública. Assim, tem-se que o objetivo do presente artigo perpassa pela importância de se entender e considerar o SUS como sendo o instrumento necessário para a efetivação do direito constitucionalmente assegurado à saúde, com vistas a coroar o princípio da dignidade da pessoa humana considerado um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito. A metodologia, por sua vez, é bibliográfica baseada em autores afetos a esta temática, bem ainda baseada em jurisprudência do Supremo Tribunal Federal. Neste sentido, tem-se que o sistema posto é sobremodo importante a fim de que toda a população brasileira usufrua deste direito fundamental, mas também são necessárias sérias e efetivas políticas públicas de preservação, promoção e efetivação da saúde pública brasileira.

Palavras-chave: saúde pública, direito fundamental, estado democrático de direito.

ABSTRACT - The social and fundamental right to healthcare was elevated to said category by the World War II, especially with the creation of the United Nations and the World Health Organization in the late 1940s. In Brazil, the normative implementation of this fundament took a little longer.In truth, during practically half of the twentieth century Brazil lived under the aegis of a asistential health care system, aimed at the maintenance employees health, in order to guarantee the overproduction of the industrial sector. In this spectrum the eminently segregating character of the health system enforced, by the state organizations. In the 70's, with the effervescence of the reformist sanitarist movements, that performed a gradual and far-reaching change inthe health care system . From the 80s to the 90s, the combination of social demands for health and redemocratization movements led the legislation to look forward to the Brazilian society wishes to see a single, democratic and universal health systems . It was by means of the Constitution of the Federative Republic of Brazil of 1988 that this fundamental right was established in the legal order of the country. The SUS was effectively inserted in the internal context only in 1990, and although it still presents serious problems and long for a reform, it has opportunized and opportunize a flagrant democratization of access to health whether by employees, unemployeds,among rich and poor. Now Everyone has access to public health. Thus, the objective of this article , that being the importance to understand and consider SUS as the necessary instrument

Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

for the realization of the constitutionally guaranteed right to health, with a view to crowning the principle of human dignity considered one of the foundations of the democratic rule of law. The methodology, in turn, is bibliographical based on authors related to this subject, well still based on jurisprudence of the Federal Supreme Court. In this sense, it is assumed that the system is extremely important in order for the entire Brazilian population to rejoice this fundamental right, but also serious and effective public policies for the preservation, promotion and implementation of Brazilian public health care are also necessary.

Keywords: public health, fundamental right, democratic state of law.

INTRODUÇÃO

A Saúde Pública no Brasil perpassou no decorrer dos anos por várias fases. E em cada uma delas houve preponderante influência de fatores sociais, políticos e econômicos. No início do século XX, a Saúde Pública era estritamente voltada para o atendimento dos trabalhadores efetivamente registrados, a fim de garantir apenas a manutenção da saúde o que, em via de consequência, garantia a manutenção do sistema capitalista produtivo do setor industrial. Esta perspectiva se dava, inclusive, sob a chancela do Estado.

Em verdade, aos não empregados e desafortunados, restava apenas o sistema de atendimento médico-hospitalar filantrópico, esses eram os considerados indigentes. Verifica-se, em verdade, que esta política de saúde era diametralmente oposta das disposições da Organização das Nações Unidas (ONU), bem ainda da Organização Mundial da Saúde, posto que para estas entidades desde o final da Segunda Grande Guerra a saúde passou a ser considerada um direito de todo ser humano, devendo ser o seu acesso amplamente democratizado e universalizado pelos Estados- signatários.

Assim, apenas em meados da década de 1970 foi que os debates concernentes à reforma sanitária começaram a ganhar força, sobretudo, no âmbito acadêmico, para depois se alinharem aos movimentos sociais pregadores da redemocratização em 1980, o que gerou então todo um debate social, político e econômico sobre a criação de um sistema único de saúde.

Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 consagrou este direito fundamental, elevando a saúde ao patamar dos direitos de todos os cidadãos brasileiros, dando um caráter universal semelhante aquele estabelecido pela ONU em 1948. No entanto, apenas em 1990 é que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi efetivamente inserido no ordenamento jurídico pátrio.

Registra-se que, embora atualmente haja toda uma conjuntura de direitos fundamentais referentes à saúde estabelecidos no texto da Lei e materializados pela criação do SUS, constata-se que o Estado em suas divisões administrativas busca de toda sorte descumprir com o comando legal. E para isso, tem-se lançado à mão de uma série de justificativas políticas e jurídicas, dentre elas, as concepções referentes ao princípio da reserva do possível que estabelece que o Estado apenas pode agir quando há dotação orçamentária suficiente, e mesmo assim, quando não haja a possibilidade, ao menos em tese, de prejuízo ao interesse público.

Neste sentido, o presente artigo aborda as questões afetas ao Sistema Único de Saúde sob a perspectiva de sua imprescindível importância para fins de garantia e materialização do acesso amplo, irrestrito e universal à saúde pública. O artigo perpassa, também, pelas questões concernentes as políticas públicas que necessitam ser implementadas para que o Estado cumpra com seu dever legal sem, com isso, se furtar as suas outras responsabilidades institucionais. E ainda estabelece-se um paralelo entre o dever-fazer do Estado brasileiro frente ao princípio da reserva do possível.

A metodologia é qualitativa baseada em autores afetos a esta temática, bem ainda baseada em jurisprudência do Supremo Tribunal Federal.

O SISTEMA DE SAÚDE DO BRASIL E SUAS EVOLUÇÕES

O funcionamento da Saúde Pública e as múltiplas intervenções em cada marco histórico se estabeleceram em estreita ligação com os movimentos políticos, sociais e econômicos respectivos de cada época. Neste sentido, tem-se que a Saúde Pública sempre acompanhou as influências e tendências da sociedade, estruturando-se de modo a compatibilizar as necessidades e os contextos específicos.

A Saúde Pública no Brasil configurou-se como uma política de saúde nacional, notadamente a partir do início do século XX juntamente com a sistematização das práticas sanitárias. Emergiu-se, em verdade, segundo Nunes (2000), no contexto sociopolítico do país e de acordo com a configuração capitalista dominante.

Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

Vasconcelos (2000) afirma que a Saúde Pública está inserida no campo das políticas de responsabilidade pública e como direito social, ante o fato de ser considerada como sendo uma política social voltada à proteção das pessoas. E de acordo com a época e o funcionamento e desenvolvimento das entidades federativas é que se definiu a organização afeta a aplicação da Saúde Pública. Assim, pode-se afirmar que este sistema surgiu da necessidade em se compreender a vida comunitária, os costumes, as formas de sociabilidade, diversidade dos modos de vida, conformando-se assim nas suas formas de assistência e proteção. Neste sentido Vasconcelos afirma que:

> A Saúde Pública surge, então, como um saber específico, voltado às relações interpessoais, à vida familiar privada e à ocupação do espaço público nas cidades (VASCONCELOS, 2000, p.29).

No início do século passado, época de incontáveis imigrações, a economia brasileira iniciava suas exportações, principalmente de café. E haviam sérios riscos nos portos ante a iminência de doenças como a peste, a febre amarela e também a possibilidade de proibição em aportar navios nacionais em outros países devido a essas endemias. Assim, a preocupação e a mobilização da Saúde Pública nessa época foram direcionadas para a criação de grandes campanhas, como a vacinação em massa da população com o escopo de controlar a salubridade local.

E nessa fase histórica, a preocupação com a forma de prestação da assistência à saúde se encontrava voltada para o controle tão somente das endemias, conforme anteriormente dito. Essa preocupação, em verdade, possuía uma expectativa de lucro, na medida em que o controle das endemias estava por sua vez intrinsecamente vinculado à potencialização das exportações brasileiras (CONH, 1999). Essa prática de assistência médica foi alcunhada como campanhista visto as campanhas concretizadas para se combater as doenças daquele período.

Já os trabalhadores do setor industrial e bancário começaram a se organizar nas chamadas caixas de aposentadorias e pensões, as denominadas CAPs (VASCONCELOS, 2000). Essa instituição tinha como finalidade a prestação de certos benefícios como a aposentadoria e a assistência médica a todos os filiados e seus dependentes. A aquisição desse plano assistencial era por meio de contrato e na modalidade contributiva.

A CAPs se expandiu em pouco tempo para as empresas de organização mais complexa, e em 1923, com a Lei Eloy Chaves, passou a ser assegurada essa modalidade

Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

de seguro a todas as empresas com mais de cinquenta empregados efetivamente contratados.

Em meados nos anos de 1930, o jovem Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio unificou a CAPs para formar o Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Esse instituto era de caráter nacional com participação direta do Estado (VASCONCELOS, 2000).

Assim, se tem que a saúde era um direito apenas dos empregados integrantes dos IAPs e seus respectivos familiares dependentes. A grande maioria da população utilizava apenas dos serviços de assistência médica particular, e caso não possuíssem recursos financeiros para subsidiar essa assistência, restava apenas os serviços oportunizados pelos hospitais filantrópicos. Nesta perspectiva, verifica-se que a saúde pública nesse período estava voltada, especialmente, para a preservação da força de trabalho com o fim de garantir o crescimento industrial do país (VASCONCELOS, 2000).

Foi então que em 1960 com a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) que os serviços prestados pelos IAPs foram uniformizados. E em 1966 unificou-se a Previdência Social, passando a integrar toda a população brasileira empregada. Assim, por um lado (CONH, 1999) a unificação em comento garantiu a assistência à saúde e a aposentadoria a todos os brasileiros empregados. E por outro lado, houve significativa apropriação pelo Estado de um direito privado, referente à contribuição desses trabalhadores, recursos financeiros que passaram a ser utilizados como instrumento público e de investimento em grandes construções e, posteriormente, postos à venda a especuladores e investidores estrangeiros.

Importante ressaltar que até meados de 1960 a assistência à saúde dava-se apenas e tão somente por meio do modelo médico-sanitário, com duas vertentes bem definidas, a primeira, de caráter epidemiológico, e a segunda, de viés clínico, baseada na necessidade de recuperar a força de trabalho, com direito a atendimentos médicos somente a quem integrasse o sistema previdenciário da época.

Nas décadas seguintes, o governo militar com toda a concentração decisória do país em suas mãos, realizou pontuais alianças e investimentos com instituições privadas. A saúde pública nesse período segundo Mendes (1998) teve baixíssimos investimentos do Estado. A valorização estava mesmo atrelada a aquisição de tecnologias de ponta, ao passo que toda e qualquer intervenção em saúde especializada, medicalizada, curativa e individualizada era algo apenas para a pequena elite dominante. Intervenções voltadas para a grande massa da população ficava a cargo dos heróis da resistência, que eram

Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

médicos que tentavam de tudo, mesmo com poucos recursos, atender a grande demanda de pacientes.

A exclusão, com isso, de determinados segmentos da sociedade no que diz respeito ao atendimento do Sistema Público de Saúde estava posta. Essa crise tomou proporções jamais vistas junto a outras crises originadas pela resistência e insatisfação da população com o regime militar ditatorial (RODRIGUES NETO, 1994).

Neste contexto, Rodrigues Neto (1994) afirma que profissionais da saúde sensibilizados e preocupados com a assistência médica oferecida à população, e ainda mobilizados pelas dificuldades de acesso e tratamento, uniram-se com profissionais de outros setores como os políticos, intelectuais, sindicalistas e lideranças de movimentos sociais, em um movimento crítico, com a finalidade de mostrar os nefastos efeitos do sistema econômico vigente sobre as condições de acesso à assistência à saúde da população. Esse movimento crítico-reformista não somente evidenciou os prejuízos do vigente Sistema de Saúde, como ainda trouxe propostas de novas modalidades para uma nova perspectiva do pensar e fazer a saúde, de forma estritamente humanizada e universalizada. Essa mobilização perdurou por toda a década de 1970 e foi alcunhada como movimento sanitarista (MENDES, 1998).

Mendes (1998) pontua que os principais locais de fomento do movimento sanitarista foram as Universidades, na medida em que havia a possibilidade de se discutir criticamente nesses espaços de formação profissional toda a temática atinente à Saúde Pública brasileira. Gerschman (1995) assenta que foi nesse período de grandes discussões e proposições que foram criados os departamentos de medicina preventiva no âmbito das Faculdades de Medicina.

Em verdade, todas essas discussões em âmbito acadêmico davam demasiada oportunidade de participação popular que até então era negado pelo regime vigente. Em suma, a democratização foi a principal marca do movimento sanitarista (MENDES, 1998).

Para Fleury (1997), o movimento sanitarista e a reforma sanitária propriamente dita estavam ligados à democracia, na medida em que havia em suas proposições formulações doutrinárias para o encontro de ideias igualitárias, bem ainda tentativas de transformação das políticas públicas por meio da regulamentação e responsabilização do Estado pela proteção à saúde dos cidadãos.

Ainda neste contexto, em 1979, realizou-se o primeiro Simpósio Nacional de Políticas de Saúde, onde foram tratadas propostas de reorientação da saúde como, por exemplo, a criação de um sistema único de saúde para toda a população brasileira, não apenas para os empregados (MENDES, 1998). A previsão deste novo sistema já

Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

estabelecia a integralidade e a descentralização da saúde entre todos os entes integrantes do pacto federativo. No entanto, o momento político no qual o país estava não oportunizou a concretização destas propostas.

Os anos de 1980 e 1990 concretizaram-se, por sua vez, pelo processo de redemocratização, acompanhado de uma profunda crise nas políticas de saúde. Nessas décadas, a saúde funcionou dentro de um sistema plural, onde vários modelos diferentes de assistência conviviam, ou seja, sistemas público e privado (CAMPOS, 1997).

Campos (1997) ainda afirma que o modelo hegemônico de prestação de serviços de saúde que se configurou no Brasil foi o neoliberal, ora com viés assistencialista como aquele aplicado aos empregados assalariados, como aquele vinculado aos convênios com instituições, empresas e órgãos estatais. A intervenção mínima do Estado nesse modelo hegemônico contava com a regulação das ações e serviços, remetendo este dever regulador do Estado para o mercado capitalista, o que produziu certa mercantilização da assistência à saúde.

O subsistema público tornou-se, paulatinamente, cada vez mais precário. Mendes (1999) caracterizou esse processo como o funcionamento do subsistema público dentro do projeto capitalista neoliberal.

Pontua Campos (1997) que esse modo hegemônico de produção na saúde estruturado durante o regime ditatorial, com a redemocratização e com o estabelecimento do Estado de intervenção mínima, fez originar contradições na maneira de gestar e gerar a assistência, de modo que não se alcançavam as metas e as propostas e também se mostrava insuficiente para o atendimento da demanda da população no que diz respeito à saúde. Assim, exatamente imersos nesse espaço paradoxal é que foi promovido o desenvolvimento de formas alternativas de se pensar a Saúde Pública brasileira. Em suma, foi a crise que tornou o momento relevante para a criação de modelos de Saúde Pública não hegemônicos.

E com o fim do regime militar em 1985 e a reabertura e reorganização dos poderes estatais, o governo então empossado passou a investir em uma nova formulação de Constituição para regrar a sociedade. Na efervescência de discussões que inundou o final da década de 1980, foi convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) com o objetivo de tratar da incorporação da reforma sanitária concomitantemente com a proposta de um Sistema Único de Saúde no novo texto constitucional (MENDES, 1998).

As Conferências Nacionais de Saúde destinavam-se a discutir as atividades que estavam sendo realizadas no país sobre saúde, bem como trazia para o campo de conhecimento do Governo Federal com vistas a alcançar as concessões de auxílio para a

Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

realização de projetos considerados fundamentais para o desenvolvimento no campo da saúde. As CNS foram instituídas pela Lei n. 378 de 1937.

Essas discussões da 8ª Conferência Nacional de Saúde já estavam sendo realizadas e fomentadas desde a criação do movimento sanitarista, de modo que a partir de 1970, esse movimento passou a contribuir sobremodo para os debates que se intensificaram a partir de 1985, notadamente no que se referia a possibilidade de legalização do SUS na nova Constituição Federal. Dentre os debates que foram realizados na 8ª Conferência se tem:

> "Em primeiro lugar, ficou evidente que as modificações necessárias ao setor da saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencionando chamar a reforma sanitária" (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986, p. 02).

Os principais temas discutidos nessa Conferência foram referentes a saúde como sendo um direito de todos, e ainda a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial. Buscou-se ampliar, em verdade, o conceito de saúde modificando o caráter puramente técnico, com o fim de deixar de ser algo abstrato para se definir dentro de um contexto histórico específico de uma sociedade na qual a população exerce papel fundamental para a conquista de seus direitos (MENDES, 1998).

Mendes (1997) pontua, ainda, que foi nessa Conferência que se propôs o financiamento do Sistema de Saúde pelo Estado de forma integral, por intermédio de uma política descentralizada.

Assim, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 incorporou as propostas discutidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, porém a regulamentação do SUS só se efetivou em 1990 com a promulgação da Lei n. 8.080/1990. E o Sistema Privado de Saúde apenas passou a prestar serviços de Saúde Pública para toda a sociedade quando criado o referido Sistema Único de Saúde (RODRIGUES NETO, 1994).

As diretrizes estabelecidas quando da 8ª Conferência Nacional de Saúde e incorporadas pela Lei do SUS, tem como objetivos a ampliação da assistência à saúde

Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

em todos os municípios do país, eis que estabelece literalmente a garantia da descentralização entre os entes da federação, bem como a municipalização, o financiamento dos serviços de caráter público e de arrecadação de impostos, a participação social, a universalidade, a equidade, e a integralidade (MENDES, 1998).

Pode-se dizer, assim, que a regulamentação da saúde pública consubstanciada na Lei do SUS foi o marco para o país em todos os tempos. No entanto, Pedro Lenza (2013) assenta que embora a regulamentação tenha sido efetivada no texto legal, sua implantação prática enfrentava sérias dificuldades. E em 1992 foi realizada a IX Conferência Nacional de Saúde na Universidade de Brasília, onde foram discutidas as dificuldades de implementação das diretrizes e princípios do SUS e a formulação das propostas para o seu fortalecimento.

Dimenstein (1998) afirma que mesmo frente a toda legitimidade da regulamentação do SUS, a conjuntura do país ainda continuava desfavorável. A falta de interesse político impedia a transformação do sistema brasileiro de saúde.

Ressalta-se que os princípios organizativos do SUS não estavam sendo contemplados quando das assistências a população, como por exemplo, o princípio da equidade, visto que havia a permanência das desigualdades, e ainda aos princípios da integralidade e intersetorialidade, na medida em que embora houvesse o estabelecimento de uma visão ampliada do ser humano e de seu contexto vivencial, na prática, estavam sendo apenas realizadas ações pontuais como no trato da epidemia da dengue e nas campanhas nacionais estimuladas pelo Ministério da Saúde.

Mendes (1998) traz à lume outra questão que gerava debilidade ao efetivo funcionamento do SUS, principalmente considerando a descentralização. E Pedro Lenza (2013) no mesmo sentido que Mendes, afirma que em um país de dimensões continentais como o Brasil, com múltiplas diferenças regionais, mostrava-se como ainda se mostra imprescindível existir um Sistema Único de Saúde para, inclusive, garantir a cada região certa autonomia para priorizar e investir no que for mais necessário para a realidade local. A descentralização, neste sentido, propiciava e propicia a participação democrática da população na tomada das decisões. No entanto, Pedro Lenza (2013) também pontua ao argumento de que a descentralização na forma como estava sendo praticada não materializava os princípios da equidade, qualidade e satisfação da população. Isso, ainda segundo o autor, ocorria porque mesmo descentralizados da União, os recursos ficavam centralizados dentro do próprio estado federado ou no município à disposição de interesses que por vezes não se alinhavam aos anseios da população o que, de fato, ainda trata-se de uma realidade significativa em boa parte das entidades administrativas.

Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

Mesmo com todos os esforços de profissionais envolvidos na luta do movimento sanitário e com a conquista do SUS, a sua implantação estava, como também se encontra atualmente, sendo realizada ainda com muitas dificuldades especialmente porque a cultura hegemônica do país baseia-se no tratamento individualizado, voltado apenas para a supressão de sintomas clínicos.

Neste aspecto, Merhy, Cecílio e Nogueira Filho (1991) propuseram para a democratização da saúde um modelo tecno-assistencial em defesa da vida. E citam em complementação alguns princípios norteadores, a fim de viabilizar essa concretização:

> Gestão democrática (co-gestão entre usuários organizados, prestadores e governo); saúde como direito de cidadania e serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva (MERHY et al.,1991, p. 50).

Assim, Merhy et al. (1991) afirma que os princípios gerais para que se sustentem como elemento vital na configuração desse modelo de saúde, torna imprescindível que o estabelecimento de uma relação bem firmada entre instituição e usuário permita o controle social, bem ainda a organização de um processo de trabalho em saúde que leve em consideração as necessidades do usuário dos serviços, propondo com isso o abandono de uma programação das ações em saúde rígida e burocratizada. Ou seja, os autores fomentam a adoção do planejamento estratégico situacional, visto ser mais flexível e contextualizado, sendo elaborado e reelaborado a partir da situação local. E ainda garantindo o acesso aos serviços e a todos os recursos tecnológicos necessários ao tratamento dos usuários segundo os princípios da igualdade e universalidade legitimando, por fim, as necessidades em saúde.

Portanto, os princípios, regras e as propostas estabelecidas para o SUS notadamente considerando a necessidade de reorganização do Sistema de Saúde, estabelecem que a população não conquistará um Sistema de Saúde apenas com a cura das doenças, mais também por meio do processo de vivenciamento da saúde e doença, em uma perspectiva mais ampla e global, vez que necessita-se de vários outros investimentos para a comunidade juntamente com a intervenção setorial na Saúde Pública.

Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA NOVA PERSPECTIVA A PARTIR DE 1988

A saúde em seu conceito mais amplo reflete toda a conjuntura social, econômica, política e cultural da sociedade brasileira. Em verdade, a definição do que vem a ser saúde não é a mesma para todos os indivíduos. As épocas, os lugares e as classes sociais influenciam sobremodo esta realidade. E ainda os valores individuais, as concepções científicas, religiosas e filosóficas contribuem para essa diversidade de perspectiva (SCLIAR, 2007).

Neste sentido, percebe-se também que a definição de doença caminha no mesmo sentido, eis que no decorrer dos anos e considerando os avanços na área médica, muitos foram os seus significados. Inicialmente, acreditava-se que a divindade (HIPÓCRATES, 2002) era que se fazia adoecer. Hipócrates de Cós (460-377 a.C.), alcunhado como o pai da Medicina, dentre os estudiosos de seu tempo foi o pioneiro em defender a tese de que as doenças decorriam de um fenômeno natural. Corrobora essa afirmação (HIPÓCRATES, 2002) a referência que o mesmo fez notadamente no que diz respeito à epilepsia que é ainda hoje considerada a libertação dos estudos médicos das superstições consuetudinárias.

Já a Organização das Nações Unidas afirma que a saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade (AGUIAR, 2015). Ressalta-se que a definição suso referida surgiu no cenário internacional imediatamente após o advento da Segunda Grande Guerra Mundial, e aponta infelizmente para uma flagrante ilusão a ser pregada do que uma realidade efetiva de grande parte dos países signatários da ONU. E o fator de destaque neste contexto consiste nas declarações dos próprios estudiosos sobre o tema, como por exemplo, dos bioeticistas, eis que afirmar que o conceito insculpido pela ONU atentaria contra os caracteres da dignidade da pessoa humana (AGUIAR, 2015).

Ainda sobre as positivações do direito à saúde como sendo um direito fundamental intrínseco a toda pessoa humana tem-se que, segundo Aguiar (2015), as fortes influências da Declaração de Alma-Ata, privilegiadora dos cuidados primários e da assistência universal, fez com que países como o Brasil e o Canadá decretassem em suas constituições que este direito deve ser garantido indistintamente a todos os cidadãos.

No entanto, o que se verifica é a forte crítica a essa definição sobre saúde, sob os mais diversos argumentos os quais perpassam segundo Almeida Filho (2000) pelos

Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

debates epidemiológicos, bem ainda pelas dúvidas epistemológicas, chegando as discussões psicanalíticas afetas à saúde.

Nesta perspectiva, e considerando a realidade da saúde brasileira, tem-se que antes do advento do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde apoiado pelos demais entes federativos promovia praticamente e exclusivamente todas as ações de fomento da saúde e a prevenção contra as doenças. Destacavam-se neste período as campanhas elaboradas com o escopo de controle das endemias. E todas essas ações eram estritamente de caráter universal, de modo que nenhum tipo de discriminação era aceitável, notadamente considerando a população beneficiária (SOUZA, 2002).

Já no aspecto da assistência à saúde, as políticas públicas do Ministério da Saúde eram garantidas tão somente por meio de alguns poucos hospitais, os quais eram especializados em tratamentos psiquiátricos e de combate à tuberculose. A Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (Fsesp) desenvolvia certos atendimentos em regiões predeterminadas, sobretudo na região norte e nordeste do país (SOUZA, 2002).

As ações desenvolvidas eram igualmente denominadas de Assistência médico-hospitalar, e eram prestadas aqueles considerados indigentes pelos estados federados e municípios. Registra-se que esses indigentes tratavam-se de parcela da população brasileira que não possuía qualquer direito, sendo toda a assistência prestada em caráter meramente voluntário, para não se dizer um favor (SOUZA, 2002).

O Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) era o grande garantidor desse acesso. O referido instituto foi o resultado (SILVA, 2003) da fusão dos institutos de aposentadoria e pensões de diferentes categorias profissionais organizadas. Assim, tinha a responsabilidade de prestar a assistência à saúde de seus associados, na medida em que havia a justificativa plausível de construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, sem contar a pactuação com grandes centros urbanos privados para a prestação de serviços aos membros das categorias abrangidas pelo INPS.

Há que se ressaltar, por oportuno, que conforme Silva (2003), essa assistência à saúde era prestada apenas aos empregados e trabalhadores formalizados, ou seja, apenas aqueles que tinham suas carteiras de trabalho e previdência social assinada pelo empregador, bem ainda aos dependentes previamente informados. Ou seja, o caráter universal estabelecido pela ONU em 1948 não tinha sido até então consubstanciado como uma fática realidade brasileira.

Assim, o INPS aplicava-se nos estados e municípios por intermédio de suas superintendências regionais, e com recursos para a assistência à saúde de modo proporcional a demanda de beneficiários considerando, sobretudo, os recursos arrecadados. Verifica-se que de acordo com essa política pública desigual de promoção

Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

da saúde pública, o estado que tivesse sua economia mais desenvolvida, bem ainda com maior presença das relações formais de emprego e trabalho, maior seria a demanda e, consequentemente, maior seriam as arrecadações e os investimentos em saúde. O sul e o sudeste, portanto, eram as regiões mais beneficiadas com a política do INPS (SOUZA, 2002).

Silva (2003) ainda afirma que em relação à assistência à saúde, a população brasileira estava dividida em três categorias. Primeiro, os que possuíam recursos financeiros bastantes para pagar pelos serviços; segundo, os que tinham o direito à assistência prestada pelo INPS; e terceiro, os que não possuíam quaisquer direitos, os denominados de indigentes.

Inseridos neste contexto desigual, violador dos direitos considerados básicos e inerentes a todos os seres humanos (SOUZA, 2002), foi ganhando no Brasil um forte impulso os movimentos de reforma sanitária, concomitantemente com o efervescer das ruas e dos movimentos sociais pela redemocratização.

Foi então com a efetiva retomada da democracia no Brasil e com a promulgação da CRFB em 1988 que a saúde passou a ser considerada como direitos de todos e dever do Estado (AGUIAR, 2015). A partir deste marco começa-se a definir de maneira bem clara toda a universalidade que a cobertura do SUS viria a abranger.

Importante ressaltar, que o parágrafo único do artigo 198 da CRFB/88 assenta que "o sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes" (SOUZA, 2002). E esta previsão constitucional é de extrema importância, na medida em que se estabelece que o financiamento do SUS com a participação da União Federal é como se este ente fosse o único responsável.

Já em 1990, efetivando toda a normatização o acesso amplo e universal à saúde, foi criado o SUS pela promulgação da Lei n. 8.080/1990, norma infraconstitucional. O comando do SUS em cada esfera de governo redefiniu a política pública de saúde, colocando o Ministério da Saúde como o gestor no âmbito federal. Essas afirmações evidenciam-se pelo disposto no artigo 7º da Lei em comento, eis que neste dispositivo consta que a lei estabelece entre os princípios do SUS a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência. A previsão legal trouxe, em verdade, uma mudança de paradigma para a realidade da saúde pública brasileira. O Brasil passou a ter um sistema único e universal de saúde.

O que se verifica diante da implantação do Sistema Único de Saúde é que ainda que o ordenamento jurídico brasileiro aponte para a criação de um sistema unificado e

Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

universal sob a chancela do Estado, se tem que esta ainda não se traduz, segundo Silva (2003), em uma realidade presente na vida dos brasileiros.

Infelizmente, ainda vigora o sistema implementado pelo INPS. Explica-se. Quando em vigor o sistema do INPS, vigorava o antigo sistema previdenciário, que tomou toda sua forma e estrutura a partir de um processo de adequação de forças produtivas e ao interesse da produção de um sistema alternativo de assistência à saúde do empregado. Utilizava-se, como anteriormente dito, das medicinas de grupos e do sistema de autogestão pelas empresas privadas. E toda essa estrutura (SOUZA, 2002) era unicamente para que o trabalhador se mantivesse em condições sanitárias regulares, a fim de que o processo produtivo continuasse sendo beneficiado pela sua força de trabalho despendida, bem ainda para que a produção não sofresse quaisquer interrupções de continuidade.

Em reação crescente a esse poderio das medicinas de grupo os especialistas médicos, se opuseram. E criaram as cooperativas de trabalho nacionalmente conhecidas como Unimed. Com o mercado em franca expansão, outros agentes econômicos relacionados a área financeira passaram a se interessar pelos negócios de vendas de planos de saúde e criaram vários planos e seguros de saúde. E tudo isso se alongou mesmo após a implantação do SUS, precipuamente o surgimento dos múltiplos planos de saúde privados (MENDES, 1993).

No Brasil atualmente segundo Aguiar (2015) há mais de 50 milhões de cidadãos que buscam na medicina suplementar uma assistência para a sua saúde e de sua família.

Sob essas análises, observa-se que um dos maiores problemas do Sistema Único de Saúde perpassa por toda essa temática. E a universalidade (MENDES, 1993) tão propagada, ao menos, parece que exclui a grande massa de dependentes deste sistema, a classe média trabalhadora. E por isso, constata-se o grande anseio entre parcela significativa da população em ter um plano de saúde. Os postos de emprego atualmente estão muito procurados porque não apenas garante a percepção das contraprestações respectivas mensalmente, mais também pela garantia de uma proteção de natureza médico-assistencial (SILVA, 2003).

E o que tem favorecido essa perspectiva cada vez mais distante dos princípios constitucionais aplicáveis ao direito à saúde é o fato de que ante a universalização proposta, invariavelmente, se cai no laço do racionamento dos serviços de saúde e na perda de sua qualidade. Essa deficiência é que estimula os usuários do SUS a buscar outras diversas formas de assistência, de modo que inevitavelmente as mazelas do sistema é a melhor demonstração dos planos de saúde suplementar (AGUIAR, 2015).

Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

Os planos suplementares surgem com objetivos bem claros, de forma que visam atender a uma necessidade dos meios de produção a fim de manter o trabalhador em constante atividade; contrabalanceiam a exploração da mão de obra médica pelas medicinais de grupos como o faz a Unimed; e ainda se aproveitam de uma demanda cada vez mais emergente (AGUIAR, 2015).

E se o objetivo é, em última hipótese, o lucro, ainda que nas cooperativas de trabalho haja a principiologia ligada a justiça distributiva interna, não há como se furtar a esta fatídica realidade. Apesar da regulamentação do setor com o advento da Lei n. 9.656/1998 que trata dos planos de saúde, o sistema é cristalinamente excludente ao passo que cria a figura da doença preexistente, a carência a ser preenchida e a lista de procedimentos como elementos reguladores do acesso aos serviços. Essas situações que são passadas como mecanismos de justiça contratualista funcionam na verdade como barreiras a impedir o acesso dos pacientes aos cuidados de saúde necessários (AGUIAR, 2015).

Nesse aspecto o SUS e a saúde suplementar equiparam-se, posto que prometem inúmeros benefícios e falham por falta de lastro econômico bastante, e pelas gestões ineficazes.

Portanto, as novas perspectivas trazidas pelo advento do SUS não são de todo desanimadoras, eis que este instituto universalizou o acesso aos meios de tratamento da saúde, o que antes inexistia de forma precipuamente democrática. Assim, todo cidadão brasileiro rico ou pobre, empregado ou desempregado, possui o direito de requerer do Estado a prestação positiva deste direito social fundamental, como corolário do axioma interpretativo de todo o ordenamento jurídico brasileiro que é o supraprincípio da dignidade da pessoa humana.

DIREITO À SAÚDE E O PRINCÍPIO DA RESERVA DO POSSÍVEL

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 consagra em um dos seus dispositivos como direito fundamental a saúde, especificamente no art.196 que "a saúde é um direito de todos e dever do Estado", isto é, posicionamentos políticos econômicos e sociais devem garantir como um dos seus objetivos a erradicação de doenças em trabalhos preventivos, na redução de agente nocivos sejam eles, físicos, biológicos ou químicos, e fatores de riscos ou posteriores de forma a garantir a promoção da proteção e recuperação quanto a infortúnios que de alguma forma venha atentar contra a integridade física ou psíquica do administrado.

Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

Em que pese à proteção estatal à saúde, consagrada no bojo da CRFB/1988 quanto à manutenabilidade do estado saudável do indivíduo, através de meios que garantam o seu bem estar, existem posicionamentos utilitaristas que ameaçam limitar a aplicabilidade desse direito fundamental em uma perspectiva de norma programática a ser interpretada em uma escolha baseada na possível ausência de recursos pelo Estado e a prioridade na contingência a ser selecionada. Tal princípio que verifica a escassez e a possibilidade de cumprimento pelo Poder Público, denomina-se reserva do possível.

Em um contexto de recursos escassos, em uma situação hipotética em que haja apenas a possibilidade de escolha, devido à capacidade financeira, e que os únicos recursos disponíveis seriam suficientes apenas para escolha de uma opção dentre duas existentes. A primeira opção "A" seria destinar os recursos da saúde para salvar a vida de uma pessoa. A segunda opção "B" seria destinar os recursos para salvar a vida de cem pessoas. Em tal situação qual deveria ser a escolha do Poder Público em critérios de justiça? Conforme Bentham analisado o seu pioneirismo do pensamento utilitarista por SANDEL (2012) na obra Justice, nos dilemas morais "a coisa certa a ser feita é aquela que maximizará a utilidade" (p.48), definindo-a como algo "que produza prazer ou felicidade e que evite a dor ou o sofrimento". A maximização dessa utilidade, ainda conforme o pensamento, poderia de certo modo suprimir o interesse individual para o favorecimento do interesse coletivo, interesse de uma maioria, o que poderia tentar justificar pela Administração Pública uma possível escolha para a situação B. Explica SANDEL (2012, p.48) que "Ao determinar as leis ou diretrizes a serem seguidas, um governo deve fazer o possível para maximizar a felicidade da comunidade em geral".

No direito brasileiro existe algumas repercussões desse pensamento utilitarista de Bentham, como é o caso de um princípio administrativo conhecido como a supremacia do interesse público, ao qual, pode pelo interesse da coletividade suprimir um direito individual, sendo como modalidade exemplificativa desse princípio a desapropriação de um imóvel particular para a criação de uma escola ou hospital público. Conforme FILHO (2013):

> [...] não é o indivíduo em si destinatário da atividade administrativa, mas sim o grupo social num todo. Saindo da era do individualismo exacerbado, o Estado passou a caracterizar-se como o Welfare State (Estado/bem-estar) (p.33).

De certo modo há ainda uma concepção de que tal princípio fortalece o viés democrático brasileiro, pois se o governo republicano, res publica, (coisa pública, coisa

Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

do povo) é instrumentalizado pelo povo, pela coletividade, nessa perspectiva nada seria mais justo que o interesse do gestor fosse direcionado a satisfação dessa maioria.

Existe explicações ponderativas como justificação da escolha certa a ser feita em situações complexas de valores morais relevantes como nos casos supra descritos, com os critérios de escolhas entre A e B. Ainda se deve corroborar ao pensamento utilitarista de Bentham uma releitura utilitarista com valores morais nos conceitos de Stuart Mill, no sentido que existem dois fatores a serem considerados no presente caso. De um lado, o valor moral, e de outro o valor utilitário, na premissa que talvez se devesse maximizar a sobrevivência da espécie optando pela escolha de maior numerosidade de vidas a serem salvas. Outra justificativa poderia ser que o fator moral é comum as duas escolhas, logo então não devesse ser considerado, resultando apenas no critério excedente que seria o utilitário, salvar o maior número de vidas, justificando a escolha da opção B pelo Poder Público.

O fato é que existe nesse critério de escolha a consideração pelo Estado do fator da escassez de recursos na razão em que são evidenciadas apenas duas escolhas a serem tuteladas no objetivo de garantir a proteção do direito fundamental à saúde.

Ocorre que há um problema camuflado, e implícito, na perspectiva utilitarista no contexto brasileiro, que é a utilização da perspectiva da escassez no princípio da reserva do possível para cada vez mais o Poder Público se esquivar das responsabilidades assumidas. Em situações de busca de medicamento, internações hospitalares, tratamentos, é comum no feito contestatório da administração alegar a sua impossibilidade, por falta de recursos, de se prover os meios que atendam a necessidade de recuperação do indivíduo na debilidade ocorrida.

O problema implícito está na reserva do possível poder altear o processo de favorecimento do denominado estado de coisas inconstitucionais, isto é, quando constantemente não são concretizados os deveres dirigentes em seu corpo jurídico dos Direitos Fundamentais pelo Poder público, tais omissões na estrutura generalizada infringe direitos humanos, como o caso da saúde.

Se contemporaneamente essa preocupação já se dá na precariedade dos sistemas prisionais brasileiros, como foi o caso da ADPF n. 347 caso haja a adoção frenética do princípio da reserva do possível pela Administração Pública, parece que não muito distante, em outros setores ditos com fundamentais pela Constituição como a educação, segurança e saúde, encontrem de forma cada vez mais comum essa discussão no pretório excelso.

Assim surgem questionamentos até se haveria uma intervenção do judiciário em outros poderes devido a esse ativismo constante. O ativismo judicial é uma interferência

Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

do Poder Judiciário no Executivo de modo a violar a separação dos poderes contida no artigo 2º da República Federativa do Brasil de 1988?

No caso deve-se levar em consideração que de fato os três poderes, executivo, legislativo e judiciário, são delimitados em contextos a não haver a tirania e o absolutismo em suas funções, sendo para tanto harmônico entre si. De fato existem determinações do Poder Judiciário, como em alguns casos, a título exemplificativo que, em não havendo espaço público para o atendimento do serviço de saúde a um indivíduo, que este seja deslocado a um estabelecimento particular a ser custeado pelo Estado. Porém, deve-se atentar que quando a constituição menciona expressamente que a garantia à saúde é dever do Estado, significa em uma interpretação teleológica que cabe a este, uno, porém com diversas funções típicas e atípicas nas searas executivas, legislativas e judiciárias proceder com tal finalidade, razão que a suposição da interferência de um dos Poderes sobre o outro merece de certo modo ser incabida, pois, cada poder faz parte integrante deste Ente, o qual existe a sua responsabilização na efetividade do que é determinado nos preceitos constitucionais. O judiciário também é o Estado, o Estado-Juiz, o qual não é feito distinção de atuação para tutelar este direito consagrado, caso assim teria feito a própria Constituição.

Importante mencionar que o direito a saúde pode partir de um direito individual para o coletivo, no sentido que a defesa da norma é justamente em prol da coletividade, pois o desrespeito ao que é determinado por esta, elaborada mediante seus representantes eleitos, e corporificada no ordenamento jurídico, seria uma afronta a própria base democrática, pois, na medida que se busca a estabilidade social com segurança normativa no que é pensado pela coletividade, faz-se necessário que ocorra a manutenção do que é estatuído por essa sociedade, sob pena dessa violação, seja por um particular ou pela própria Administração Pública, comprometer o interesse da coletividade, até mesmo se tal interesse for destinado a resguardar um direito individual. Mas o direito a saúde seria um direito destinado ao indivíduo ou ao coletivo?

O direito a saúde apesar de mencionado como direito social no artigo 6º da Constituição da República Federativa de 1988, ganha uma seção própria no artigo 196 a qual difunde seus preceitos. O questionamento interpretativo a se ponderar seria se o termo “todos” na expressão, contida no artigo 196 qual seja, “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”, se se refere a coletividade por estar também contida como um direito social no artigo 6º ou a um pronome indefinido como direito relativo a qualquer indivíduo que compõe essa coletividade, pois isso traz repercussões atribuídas a reserva do possível pelo Poder Público, uma vez que é alegada a escassez para se tutelar um direito de todos a saúde, principalmente se o tratamento individual apesar de eficiente

Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

for oneroso para o Estado, utilizando-se para tanto desse subterfúgio a um comodismo de ineficiência e seletividade em suas prioridades administrativas.

Deve-se integrar tal princípio ao também delineado no artigo 194 do mesmo diploma o qual entende que a saúde é integrante da seguridade social, juntamente com a previdência social e assistência, razão que a saúde tem como um dos seus princípios a "universalidade da cobertura e do atendimento", conforme o parágrafo único inciso I, o que significa pela universalidade a destinação de tal direito a todos os indivíduos, brasileiros ou estrangeiros na cobertura protetiva de qualquer prejudicialidade a integridade física ou psíquica. Assim, a saúde poderia também tangenciar o pronome indefinido em que todos seria a atribuição individual a qualquer pessoa componente da coletividade, pois se assim também quisesse dizer de modo contrário a Constituição expressaria que: a saúde é um direito coletivo e dever do estado.

Ainda, verifica-se um entimema programático no viés principiológico da reserva do possível ao passo que nessa aplicabilidade a justificação é que no momento não seria possível a efetivação de tal direito pelos recursos escassos da Administração Pública, e, talvez em um futuro será. Isso tornaria programático pela indefinição temporal de uma responsabilidade que é do Estado e que pode ser exigida pelo indivíduo de forma imediata, conforme o §1º do artigo 5º da Constituição a qual prescreve: "As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata." Salientando que o princípio da reserva do possível não vem expresso no bojo constitucional, contrário a visibilidade tratada em diversos artigos quanto ao direito a saúde na Carta Maior e o dever do Estado em se prover sua aplicabilidade imediata.

É imperioso ressaltar que não é desconhecido que a efetivação dos direitos fundamentais repercute em recursos de ordem patrimonial do Estado. A seguridade dos direitos pelo Poder Público refletirá em uma perspectiva financeira, sem dúvida. No entanto, o uso ou a possibilidade contínua pelo Estado em justificações de recursos exíguos para efetivação de um direito mandamental, poderia elevar um comodismo e uma despreocupação com a eficiência na prestação do serviço público, podendo haver com isso uma inversão de diretrizes dos fundamentos da República que é a dignidade da pessoa humana, contida no artigo 1º, inciso III, da Constituição brasileira de 1988, em sua substituição principiológica pela "a possibilidade financeira de efetividade de direitos".

Nova formulação denotaria um país fragilizado no silogismo de que o Estado é formado pelo povo, território e soberania, tendo este primeiro elemento debilidade aparente pela restringibilidade de direitos, principalmente a saúde e vida, concludente seria a impossibilidade no exercício dos demais elementos. Tal razão é um dos motivos

Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

que a dignidade da pessoa humana se encontra em um pilar de fundamentação da república brasileira. Assim, como um pensamento coletivo se origina de uma ótica individual com repercussões de aderência, formando o pensamento social, não há uma coletividade sem os particulares, uma vez que sua existência depende do somatório destes, cada qual realizando suas funções em perfeitas condições de saúde. Para tanto, devendo ser respeitado esse direito constitucionalmente expresso, principalmente pelo Estado que o instituiu, no prognóstico positivo de sua efetivação e garantia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Saúde Pública no Brasil é considerada como sendo um direito social fundamental desde a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Assim, as perspectivas sobre saúde não mais se encontram atreladas ao assistencialismo reinante do século XX. Em verdade, todos os cidadãos brasileiros tem irrestrito acesso ao Sistema de Saúde Pública.

Neste sentido, gestou-se para o Estado uma responsabilidade inexistente durante praticamente toda a história, de modo que a União, os Estados federados, os Municípios e o Distrito Federal possuem responsabilidade solidária na prestação deste serviço público. A dotação orçamentária anual deve prever fundos capazes de atender a demanda social nacional.

No entanto, percebe-se que embora o SUS tenha sido um marco na história do país servindo, inclusive, como fonte de inspiração para legislações alienígenas, ainda faltam políticas públicas sólidas que venham a exaurir devidamente todas as expectativas sociais quanto aos programas, projetos e assistências oportunizados pelo SUS. O que se verifica, no entanto, é que a falta destas políticas públicas está atrelada à corrupção de muitos agentes políticos especialmente quando dos repasses de verbas de uma entidade administrativa para outra, bem ainda quando da distribuição dos recursos públicos dentro de cada ente federado.

E como não bastasse esta triste realidade fática, verifica-se, ainda, que há forte atuação política e jurídica no sentido de eximir o Estado de muitas das responsabilidades afetas a garantia de um adequando tratamento médico, de uma pronta intervenção cirúrgica, bem assim de uma prestação de cuidados e medicamentos básicos para as terapêuticas paliativas. A justificativa centra-se nas concepções constantes do princípio da reserva do possível, segundo o qual o Estado apenas pode agir quando há

Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

dotação orçamentária suficiente, e mesmo assim, quando não haja a possibilidade, ao menos em tese, de prejuízo ao interesse público.

Em verdade, o que se pretende com tais justificativas é repassar para a sociedade as consequências advindas de uma má gestão da coisa pública. E esta realidade não pode ser aceita ao passo de se negar o Estado Democrático de Direito.

Assim, apenas por meio de uma atuação conjunta dos três poderes da República com a devida observância de suas respectivas independências institucionais, bem ainda pela constante atuação social no sentido de reivindicar os direitos sociais fundamentais é que se fará com que os agentes políticos passem a primar pelo interesse público local, regional e nacional em detrimento do enriquecimento ilícito, notadamente na perspectiva do direito à saúde pública de qualidade.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS – Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo. 2 Ed., Martinari, 2015.

ALMEIDA FILHO, Noamar. **O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? Revista Brasileira de Epidemiologia**. V. 03, N. 1-3, 2000.

BRASIL. CRFB, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm, acesso em 10.jul.2018.

BRASIL. ESTATUTO DO IDOSO. **Lei Federal n. 10.741/2003**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm, acesso em 10.jul.2018.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. Hucitec, São Paulo, 2ª Ed., 1997.

CASTRO, Carlos Alberto Pereira de; LAZZARI, João Batista. **Manual de direito previdenciário.** 19ª ed. São Paulo: Forense, 2016.

CONH, Amélia; NUNES, Edilson; JACOBI, Pedro R.; KARSCH, Úrsula S. **O acesso em discussão: o viés da racionalidade e o viés da carência**. In COHN, Amélia;

Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

NUNES, Edilson; JACOBI, Pedro R.; KARSCH, Úrsula S. A saúde como direito e como serviço. Cortez. São Paulo. Volume único, p. 67-94, 1991.

DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. **O psicólogo no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS): Perfil profissional e perspectivas de atuação nas unidades básicas de saúde (UBS)**. Tese de doutorado não publicada. Universidade Federal do Rio de Janeiro: Programa de pós-graduação em psiquiatria, psicanálise e saúde mental. Rio de Janeiro,1998.

FILHO, José dos Santos Cavalho. **Manual de direito administrativo**. 26 ed. São Paulo: Atlas, 2013.

FLEURY, Sonia. **A questão democrática na saúde**. In FLEURY, Sonia (org.). Saúde e democracia – a luta do CEBES. Lemos Editorial, São Paulo, p. 25-41, 1997.

GERSCHMAN, Silvia. **O processo de reformulação do setor saúde. In GERSCHMAN, Silvia. A democracia inconclusa – Um estudo da reforma sanitária brasileira**. Fiocruz. Rio de Janeiro. p. 41-51, 1995.

HIPÓCRATES. **Conhecer, cuidar, amar: o juramento e outros textos**. São Paulo: Landy; 2002.

LENZA, Pedro. Direito constitucional esquematizado. 17 Ed. Saraiva. São Paulo: 2013.
MARTINS, Sérgio Pinto. **Direito da seguridade social.** 25ª ed. São Paulo: Atlas, 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal**. In MENDES, Eugênio Vilaça. Distrito Sanitário: processo social de mudança das práticas do sistema único de saúde. Hucitec, São Paulo. p. 19, 911, 1999.

_____. Um novo paradigma sanitário: a produção social de saúde. In MENDES, Eugênio Vilaça: Uma agenda para a saúde. Hucitec. São Paulo, 1997.

_____. **A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: Novos recursos e um outro olhar sobre o nível local**. In MENDES, Eugênio Vilaça (org.). A organização da saúde no nível local. Hucitec. São Paulo. p. 17-55, 1998.

Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

_____. As políticas e saúde no Brasil nos anos 80> a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito Sanitário: processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde**. São Paulo. Hucitec, P. 17-95, 1993.

MERHY, Emerson Elias; CECÍLIO, Luis Carlos de Oliveira e NOGUEIRA, Roberto Costa. **Por um modelo tecno assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. Saúde em Debate**. CEBES, São Paulo. p.33, 83-89, 1991.

NUNES, Everardo Duarte. **Sobre a história da saúde pública: idéias e autores**. Ciência Coletiva. São Paulo. V. 5, 2ª Ed., p. 251-264, 2000.

RODRIGUEZ NEO, Eleutério. **A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas**. In Ministério da Saúde – projeto nordeste. Informação, Educação e Comunicação – IEC. Incentivo à participação popular e ao controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

SANDEL, Michael J. **Justiça** - O que é fazer a coisa certa. Tradução: Heloisa Matias e Maria Alice Máximo, 6ª ed. Rio de Janeiro, Civilizado Brasileira, 2012.

SCLIAR, Moacyr. **História do conceito de saúd**e. Physis: Revista de Saúde Coletiva. São Paulo. p. 29-41, 2007.

SILVA, Pedro Luiz Barros. Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década. Revista São Paulo em perspectiva. V. 07, n. 01, 2003.

SOUZA, Renilson Rehen de. O sistema público de saúde brasileiro. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. SUPREMA CORTE BRASILEIRA. **MEDIDA CAUTELAR NA ARGÜIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL 347 DISTRITO FEDERAL**: Cabível é a arguição de descumprimento de preceito fundamental considerada a situação degradante das

Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

penitenciárias no Brasil.. 2015. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=10300665>. Acesso em: 22 jun. 2018.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Os movimentos sociais no setor de saúde: um esvaziamento ou uma nova configuração?** In VALLA, Victor Vicente (org.). Saúde e educação. Rio de Janeiro. Volume único, p. 33-59, 2000.