

UNIVERSIDADE BRASIL
Curso de Direito, Campus Fernandópolis

ISABELLA FUJIOKA MANDELLI

IMPLICAÇÕES JURÍDICAS EM RELAÇÃO AO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Fernandópolis, SP

2020

UNIVERSIDADE BRASIL
Curso de Direito, Campus Fernandópolis

ISABELLA FUJIOKA MANDELLI

IMPLICAÇÕES JURÍDICAS EM RELAÇÃO AO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Direito da Universidade Brasil, como complementação dos créditos necessários para obtenção do título de Bacharel em Direito. Orientador: Prof. Esp. Gustavo Antonio Nelson Baldan.

Fernandópolis, SP

2020

ISABELLA FUJIOKA MANDELLI

IMPLICAÇÕES JURÍDICAS EM RELAÇÃO AO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Direito da Universidade Brasil, como complementação dos créditos necessários para obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Esp. Gustavo Antonio Nelson Baldan

Examinador(a): Prof.(a.). Dr.(a.) Nome completo

Examindor(a): Prof.(a.). Dr.(a.)Nome completo

Fernandópolis, SP

2020

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da Universidade Brasil,
com os dados fornecidos pelo (a) autor (a).

M239i Mandelli, Isabella Fujioka
Implicações jurídicas em relação ao sistema público de saúde / Isabella Fujioka Mandelli. – Fernandópolis: Universidade Brasil, 2021.
23f. ; 29,5cm.

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à Banca Examinadora da Universidade Brasil - Campus Fernandópolis, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Me. Gustavo Antonio Nelson Baldan.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Constituição Federal. 3. Saúde pública. I. Título.

CDD 342.81085

RESUMO

Com o intento de dialogar e trazer reflexões a respeito das implicações jurídicas sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), o presente artigo expõe a trajetória e a problemática do Brasil em busca de melhores condições de saúde acessível a todos, até chegar à conquista da Constituição Federal no ano de 1988 que resultou no advento das políticas públicas de saúde: o SUS. Apesar disso, durante os mais de 30 anos de existência, o sistema apresentou falhas e dificuldades que o ameaçam; tais dilemas foram retratados no curso do artigo na procura de um deslinde. Conclui que a maior ameaça do SUS vem daquele que possui a obrigação de manter o serviço adequado, o Poder Público.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Constituição Federal; Saúde Pública.

ABSTRACT

With the intention of dialoguing and bringing reflections on the legal reasons about the Unified Health System (SUS), this article exposes the trajectory and problems of Brazil in search of the best health conditions accessible to all, until it reaches the conquest of the Constitution Federal in 1988 that resulted in the advent of public health policies: SUS. Despite this, during the more than 30 years of existence, the system has flaws and problems that threaten it; such dilemmas were portrayed in the course of the article in search of a dislinar. It concludes that the greatest threat of the privileged SUS that has the obligation to maintain the adequate service, the Public Power.

Keywords: Unified Health System; Federal Constitution; Public health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 INÍCIO HISTÓRICO DA SAÚDE BRASILEIRA	9
2.1 A Conquista da Constituição Federal em 1988 e Novidades no Âmbito da Saúde	10
3 ACESSO À SAÚDE ANTES DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.....	11
4 SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL (ARTIGO 196 a 200) – DIREITO À SAÚDE.....	11
5 IMPLICAÇÕES JURÍDICAS RELATIVAS AO FINANCIAMENTO DO SUS.....	14
5.1 Como São Utilizados os Recursos Financeiros	14
6 ACOMPANHAMENTO DAS VERBAS.....	16
6.1 SIOPS (Sistema de Informações Sobre Orçamento Público em Saúde)	16
7 IMPORTÂNCIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE À LUZ DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL.....	17
8 PROBLEMAS ENFRENTADOS PELO SUS	18
8.1 Falta de Médicos	18
8.2 Atendimento Desumano.....	19
8.3 Falta de Recursos.....	19
9 SOLUÇÕES APRESENTADAS	19
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21

1 INTRODUÇÃO

De acordo com o conceito elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1947, a saúde é um “*estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade*”. Dito isto, a Constituição Federal garante que: “*A saúde é direito de todos e dever do Estado*” (Art. 196, CF). No âmbito jurídico, político e socioeconômico, devemos dar ênfase ao dever do Estado em assegurar o bem estar de sua população. Os problemas de salubridade no século atual estão arraigados na nossa cultura, visto que esta situação vem nos acompanhando desde a colonização que ocorrera em 1500. O descaso com a classe menos favorecida da sociedade nos acompanha desde essa época; apenas os ricos tinham o privilégio ao acesso à saúde de qualidade, reforçando ainda mais a distância entre as classes mais ricas das mais pobres, fortemente observado até os dias atuais, a famigerada desigualdade social.

A Constituição Federal de 1988 trouxe à população direitos e deveres individuais e coletivos, e assegurou que: “*Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza [...]*” (Art. 5º, CF). Considerando esta afirmação; considerando a desigualdade social; considerando os problemas enfrentados na saúde pública do país, a Constituição, no objetivo de sanar essas falhas, criou políticas públicas para o acesso gratuito à saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), inspirado no *National Health Service* do Reino Unido, criado em 17 de maio de 1988, na 267ª Sessão da Assembleia Nacional Constituinte.

O programa oferece procedimentos de média a alta complexidade, como por exemplo, transplante de órgãos; o programa pode ser utilizado por todos os brasileiros, inclusive estrangeiros, sem nenhuma distinção; o programa atende mais de 190 milhões de pessoas, sendo 80% delas totalmente dependentes dele, onde o desemprego no Brasil atinge 12,8 milhões de pessoas de acordo com a pesquisa realizada no 2º trimestre de 2020 pelo IBGE. Um programa com grande potencial e um exemplo de humanidade a ser seguido por outros países, se não fosse a má gestão, falta de recursos e auxílio, possuindo falhas no atendimento e sofrendo críticas da sociedade, que com razão, tem o direito de reivindicar o direito que a elas fora concedido.

A motivação para essa pesquisa deu-se após a campanha “Defenda o SUS” nas redes de mídias sociais, com o objetivo de levar conhecimento popular em pequenos *posts* na internet sobre a importância deste sistema, o que gerou uma curiosidade sobre a sistemática e legislação por trás desse programa. O presente artigo científico tem como objetivo aprofundar este estudo,

elucidando de forma simples e didática a organização do SUS e seu liame jurídico, mais precisamente a Constituição brasileira, promovendo também reflexões sobre os deveres do Estado, para que mais pessoas tenham conhecimento de seus direitos prometidos para reivindicá-los e até mesmo protegê-los. E para o deslinde da problemática, utilizar-se-á o método qualitativo e bibliográfico sobre as Implicações Jurídicas em Relação ao Sistema Público de Saúde.

2 INÍCIO HISTÓRICO DA SAÚDE BRASILEIRA

Pode-se dizer que o início da saúde pública brasileira se deu há 500 anos com a chegada dos colonizadores portugueses ao Brasil. É evidente que os povos indígenas já padeciam de enfermidades, mas as doenças trazidas da Europa como a varíola, febre amarela, sarampo e até mesmo a gripe, agravaram ainda mais os problemas, infectando a população nativa. Com a chegada da família real, chegaram também as universidades, dentre elas o curso de medicina.

Pouco se fez pela saúde pública durante os mais de 300 anos de colonização. O acesso à tratamentos eram possíveis apenas aos nobres e colonos brancos com poderes aquisitivos; estes tinham acesso fácil a médicos e remédios. Por outro lado, os pobres e escravos eram os primeiros a falecerem. Realidade ainda bem próxima dos dias atuais.

A saúde e a falta de saneamento sempre foi um problema no Brasil, tamanha a intensidade que resultou no fim do Império; o Brasil conquistou a fama de um país insalubre e viver aqui era um risco. Em 1889, a República trazia esperanças de avanços, mas ainda em 1900 até 1920 o país continuava enfrentando os problemas sanitários e nenhum avanço foi conquistado. Deu-se por consequência a morte de 300 mil brasileiros devido à Gripe Espanhola, que paralisou o país.

O país continuava doente, e um povo doente não produz nada ao Estado. Com interesses políticos e econômicos, os sanitaristas movimentaram ações para tornarem obrigatória a vacinação contra a varíola. No período dos anos 20, foi criada a Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAPs) para garantir proteção na velhice e na doença dos trabalhadores, que mais tarde passou a ser um Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAPs), abrangendo mais categorias profissionais. Neste período deu-se início também ao processo de criação do Ministério da Saúde, promulgada apenas em 1953, no período Getulista. Contudo, as verbas destinadas à saúde eram desviadas para financiar a industrialização do país, e mais uma vez, o atendimento não chegava a todos.

2.1 A Conquista da Constituição Federal em 1988 e Novidades no Âmbito da Saúde

Os professores Vicent Paulo e Marcelo Alexandre conceituam que: *“Estado é uma organização de um povo sobre um território determinado, dotada de soberania”*. Em suma, todo Estado tem uma Constituição, que em um sentido amplo nada mais é que uma forma de organização do Estado.

Denomina-se constitucionalismo o movimento político, jurídico e ideológico que concebeu ou aperfeiçoou a ideia de estruturação racional do Estado e de limitação do exercício de seu poder, concretizada pela elaboração de um documento escrito destinado a representar sua lei fundamental e suprema.

Pois bem, no dia 5 de outubro de 1988, o Brasil recebia sua nova Constituição - a 7ª desde a sua independência. Promulgada após o regime militar, a nova constituição foi um marco para a redemocratização do país e para os direitos civis dos cidadãos brasileiros, por garantir liberdades e deveres do Estado. Os direitos humanos são fortemente encontrados no texto. Pela primeira vez os quilombolas e indígenas foram reconhecidos como parte integrante da nossa cultura, e foi lhes concedido direitos. O extenso artigo 5º da Constituição Federal elenca os principais direitos fundamentais dos indivíduos e, ainda no artigo 3º, os objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil. Dentre eles: *“[...] promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”*. Uma enorme conquista do povo brasileiro após enfrentar 21 anos de repressão militar.

A constituição trouxe novidades na busca de soluções para melhoria da saúde pública com o advento dos artigos 196 a 200, tratando-se do direito à saúde e a criação do Sistema Único de Saúde. O artigo 196 revela que: A saúde é direito de todos e dever do Estado, e complementa que deve ser garantida 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.

Atualmente, com 32 anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece ao cidadão brasileiro atendimento integral, universal e gratuito a serviços de saúde. Considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde no mundo, o SUS beneficia cerca de 180 milhões de brasileiros, no entanto, ainda sofre com desafios ligados à gestão do sistema e no subfinanciamento (recursos).

3 ACESSO À SAÚDE ANTES DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

Antes do SUS, o acesso à saúde era para poucos. Até 1988, os atendimentos médicos ficavam a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) - criado em 1977 com o desmembramento do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), atual autarquia federal INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social) - contudo, o sistema público atendia apenas quem trabalhava em empregos formais, sendo assim, contribuintes da Previdência Social.

As pessoas que trabalhavam com “carteira assinada” sofriam um desconto em seus salários fazendo com que elas tivessem direito à atendimentos em hospitais do Inamps e aos conveniados. Com isso, podemos imaginar a desigualdade de acesso à saúde em regiões mais pobres do país, levando em consideração a alta taxa de desemprego e o mínimo de pessoas que trabalhavam com carteira assinada. Estas pessoas (a maioria, diga-se de passagem) não tinham proteção do governo, sobrevivendo assim de caridade e filantropia; do restante, apenas uma pequena parcela da população pagava do próprio bolso as consultas, exames e cirurgias.

Segundo o médico e sanitarista Hêider Aurélio Pinto, a política de saúde exclusiva para os trabalhadores não passava de uma manobra econômica, pois ela foi criada após uma pressão das indústrias para que seus trabalhadores não perdessem dias de trabalho quando doentes e pudessem retornar ao trabalho o mais rápido possível, não levando em consideração (implicitamente) o bem-estar do cidadão.

O Inamps perdurou por 16 anos e foi extinto pela Lei Federal 8.689 em 1993. Os escândalos de corrupção e fraudes no sistema tiveram papel fundamental para sua extinção, mas o seu declínio deu-se mesmo no final dos anos 80 a partir da pressão de movimentos para uma reforma sanitária no Brasil, visto que o número expressivo de pessoas que não possuíam carteira de trabalho pagava impostos e ainda sim eram desprezados pelo Estado.

4 SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL (ARTIGO 196 a 200) – DIREITO À SAÚDE

De maneira inédita, a constituição de 88 apresentou em seu artigo 6º, os seguintes direitos sociais: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados [...]”. Dentre elas, destaca-se a matéria do presente artigo: o

direito à saúde. Com base nisso, passemos à Seção II da Constituição que versa sobre a saúde nos artigos 196 a 200, tendo esta como base para a criação do Sistema Único de Saúde.

A seção II da Constituição que diz respeito à saúde, inicia-se com o art. 196, que diz: *“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 SUS, regulado pela Lei no 8.080/90, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, aduz 3 (três) princípios doutrinários: Princípio da Universalização, Princípio da Equidade e Princípio da Integralidade. O artigo 196 fundamenta-se no princípio da universalização, que se apresenta como garantidor do acesso à saúde as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características pessoais e sociais. Partindo dessa concepção, podemos afirmar que o SUS possui atendimento igualitário? A resposta é: Não. De acordo com o princípio da equidade - que se propõe a diminuir as desigualdades - apesar das pessoas possuírem direito ao serviço, elas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Essas iniquidades levam a desigualdades no acesso, na gestão e na produção de serviços de saúde, portanto, esse princípio visa investir onde a iniquidade é maior.

A constituição federal, ao assegurar o direito a todos, não se restringe apenas aos cidadãos brasileiros; ela atribui este direito a qualquer ser humano sem nenhuma distinção, podendo, inclusive, pessoas provenientes de outros países, desfrutar do serviço público de saúde. O turista estrangeiro que após sentir mal-estar e for socorrido e levado para uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), estará desfrutando do nosso sistema público de saúde oferecido pelo SUS.

Tratando-se da competência de fiscalizar os serviços públicos de saúde, o art. 197 prevê: *“São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”*.

Ao afirmar de forma genérica que as ações e serviços de saúde são de interesse público, não especificando qual o tipo, pressupõe-se então a menção do serviço privado também. Sendo assim, o artigo supracitado confere ao Estado o poder de fiscalizar e controlar quaisquer serviços de saúde, inclusive o sistema privado.

O artigo seguinte, o 198, discorre sobre as 3 (três) diretrizes do Sistema Único de Saúde, observando os 3 (três) Princípios Organizacionais, sendo elas: o Princípio da Regionalização e

Hierarquização, Princípio da Descentralização e Princípio da Participação popular. Confirmando isso, temos a redação do artigo:

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:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

Descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, a descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. Partindo desse pressuposto, o dever do Estado, retomando o artigo 196, ramifica-se em União, Estados e Municípios, o qual possuem gestão própria, ou seja, cada esfera de governo possui um órgão gestor do SUS. A gestão do SUS na esfera federal fica a cargo do Ministério da Saúde; quanto aos Estados, a Secretária Estadual de Saúde é a responsável pela administração do SUS; e aos Municípios é incumbido à Secretária Municipal de Saúde a direção do sistema.

O inciso II relaciona-se também com o artigo 196 na seguinte frase: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença [...]”. Isso quer dizer que o foco principal do SUS é a prevenção de doenças por meio de iniciativas do governo tal como campanhas de conscientização, a título de exemplo temos as campanhas de vacinação.

Sobre os serviços privados de saúde, o art. 199 dispõe: “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada”.

A constituição federal permite o exercício de atividades privadas que objetivam obter lucros com a saúde. Sendo assim, é permitida a abertura de clínicas particulares, *home care*, hospitais particulares e assim por diante. Fato é que, essas instituições privadas podem participar do SUS de forma complementar por meio de contrato ou convênio.

Importante destacar que é vedado a destinação de recursos financeiros e auxílio (emprestar médicos, aparelhos, medicamentos e afins) a essas entidades privadas. Somente é admissível essas destinações às instituições filantrópicas e sem fins lucrativos.

Ao final da Seção, encontra-se o artigo 200 que lista demais atribuições ao sistema único de saúde, sendo eles:

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;

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.

5 IMPLICAÇÕES JURÍDICAS RELATIVAS AO FINANCIAMENTO DO SUS

O ato de financiar significa fornecer dinheiro para a realização de certa atividade. Tratando-se do financiamento do SUS, é fundamental entendermos que esse custeio é proveniente de todas as ações tributárias do cidadão que inclui impostos e contribuições pagos pelo brasileiro ao Estado, como por exemplo, IPVA, IPTU e contribuições à seguridade social. Essa arrecadação irá compor todo o orçamento da união. Com a promulgação da constituição de 1988 e das leis 8.080 e 8.142 (que são as leis orgânicas da saúde de 1990), foram definidos os critérios de distribuição de recursos de cada região, fixando como aconteceria o repasse de verbas e investimentos de cada esfera, portanto, não foi estabelecido nenhum tipo de padrão quantitativo.

Foi necessária a criação da emenda constitucional nº 29/200 para estabelecer percentuais que cada esfera deveria contribuir, juntamente com a lei complementar 141/2012, que definiram os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela união, estados e municípios em ações e serviços públicos de saúde, onde o município contribuiria com 15% de toda a sua arrecadação em impostos; o estado 12% e a união, por sua vez contribuiria empregando seu valor investido em saúde do ano anterior acrescido do percentual da avaliação do PIB.

5.1 Como São Utilizados os Recursos Financeiros

Como dito anteriormente, os repasses de verbas ocorrem entre a União, Estados e Municípios. Tais recursos irão para os fundos nacionais, estaduais e municipais de saúde. Em 2017, foi lançado a portaria nº 3.992 que definiu o novo modelo de financiamento do SUS que passa a organizar os repasses federais em dois blocos, sendo eles: o bloco de custeio das ações e serviços públicos de saúde e o bloco de investimento na rede de serviços públicos de saúde

O bloco de custeio das ações e serviços públicos de saúde é composto pela atenção básica, média e alta complexidade, assistência farmacêutica, vigilância em saúde e gestão do SUS. Neste bloco, o estado e município recebem em conta única os recursos federais vindos do FNS (fundo nacional de saúde).

A atenção primária ou primária à saúde é denominada "porta de entrada" para os usuários do sistema de saúde. Ou seja, este é o serviço inicial. Seu objetivo é orientar na prevenção de doenças, resolver possíveis casos de lesões e orientar o atendimento mais sério desde os aspectos mais complexos. Portanto, a atenção básica atua como um filtro, organizando o fluxo dos serviços na rede de saúde dos mais simples aos mais complexos.

A assistência médica complexa é formada por serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar tem densidade técnica média entre a atenção médica primária e terciária, e historicamente tem sido interpretada como um procedimento de média complexidade. Este nível inclui serviços médicos profissionais, suporte para diagnóstico e tratamento e atendimento de emergência e urgência.

Alta complexidade especifica métodos e procedimentos de tratamento altamente especializados. Também organiza procedimentos de alta tecnologia e/ou de alto custo, como oncologia, cardiologia, oftalmologia, transplante, parto de alto risco, ortopedia, neurocirurgia, diálise (para pacientes com doença renal crônica), otologia (usado para tratar doenças no aparelho auditivo). Além de fornecer medicamentos especiais (como próteses ósseas, marcapassos, *stents* cardíacos, etc.), os procedimentos ambulatoriais de alta complexidade também incluem quimioterapia, radioterapia, hemoterapia, ressonância magnética e medicina nuclear.

Já a Assistência Farmacêutica tem como função formular políticas, diretrizes e metas para as áreas e temas estratégicos necessários à implementação da "Política Nacional de Saúde", principalmente na regulação, controle e distribuição dos medicamentos disponibilizados pelo SUS.

A vigilância sanitária é responsável por monitorar, prevenir e controlar doenças infecciosas, monitorar doenças crônicas não transmissíveis, fatores de risco para o

desenvolvimento ambiental e da saúde do trabalhador e analisar o estado de saúde da população brasileira.

No bloco de investimento na rede de serviços públicos de saúde, os recursos financeiros são destinados para aquisição de equipamentos, obras de construção novas, obras de reforma ou adequações de imóveis já existentes utilizados para realização de ações e serviços públicos de saúde.

6 ACOMPANHAMENTO DAS VERBAS

Para garantir o acesso às informações sobre o financiamento do SUS, foi criado o Sistema de Informação do Orçamento Público em Saúde (SIOPS), ferramenta de monitoramento do cumprimento dos dispositivos constitucionais que determinam o investimento mínimo de recursos no orçamento. Ações e Serviços de Saúde Pública (ASPS). No SIOPS, gestores da liga, governos estaduais e municipais anunciaram dados sobre gastos com saúde pública.

6.1 SIOPS (Sistema de Informações Sobre Orçamento Público em Saúde)

O sistema de informações sobre orçamento público em saúde tem como objetivo coletar, recuperar, processar, armazenar, organizar e disponibilizar dados e informações sobre receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde, para possibilitar o monitoramento da aplicação de recursos pelos entes da Federação.

Para maior compreensão sobre o método deste sistema, o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) explica:

O banco de dados do SIOPS é alimentado pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios, por meio do preenchimento de dados, que tem por objetivo apurar as receitas totais e os gastos em ações e serviços públicos de saúde. O preenchimento de dados do SIOPS tem natureza declaratória e busca manter compatibilidade com as informações contábeis geradas e mantidas pela União, pelos estados e municípios, em conformidade com a codificação de classificação de receitas e despesas, definida em portarias pela Secretaria do Tesouro Nacional (STN)/Ministério da Fazenda (MF). Os dados da União, estados e municípios são coletados mediante aplicativo de auto-preenchimento fornecido pelo Ministério da Saúde, online, para informação sobre a execução bimestral. O módulo de coleta de dados inclui série de filtros, alertas e mecanismos de controle da qualidade da informação prestada. As informações coletadas pelo SIOPS são provenientes

do setor responsável pela contabilidade do ente federado, podendo-se utilizar deste sistema para o preenchimento dos dados contábeis ou informações dos relatórios e demonstrativos de execução orçamentária e financeira dos governos federal, estadual e municipal. Tais informações são inseridas no sistema e transmitidas eletronicamente, pela internet, para o banco de dados do DATASUS, do Ministério da Saúde, gerando indicadores, de forma automática, a partir das informações declaradas pelos entes federados.

7 IMPORTÂNCIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE À LUZ DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL

As garantias fundamentais do cidadão, a qual a constituição é fundamentada, inaugura nossa Lei Maior Brasileira, na qual a dignidade da pessoa humana está inserida no inciso III, sendo esta garantia demasiadamente ligada ao direito à vida. De acordo com o parágrafo 1º, incumbe à união, Estados, Municípios e Distrito Federal promover tais garantias, logo, é obrigação do Estado oferecer meios suficientes que o ser humano precisa para sobreviver. Em suma, o princípio da dignidade humana visa garantir o mínimo existencial às pessoas para que elas possam fruir de uma vida plena e saudável.

Nesse diapasão de promoção social mínima, está o Direito à Saúde, encontrado no rol dos Direitos Fundamentais, o qual este direito é inderrogável, irrenunciável e indisponível, portanto, esses atributos não podem ser extintos por lei, tampouco abdicado pela própria pessoa.

Em meados de 1970, a população, juntamente da participação de médicos e profissionais da área preocupados com a saúde pública, formulou teses e integraram discussões políticas que deu início ao movimento da Reforma Sanitária a fim de promover mudanças e transformações necessárias à saúde. As propostas da Reforma Sanitária deram-se por consequência na universalidade do direito à saúde, oficializada em 1988 com a promulgação da Constituição Federal Brasileira e na criação do Sistema Único de Saúde, que garante ao cidadão acesso aos mecanismos básicos da saúde, promovendo assim o Estado Social.

Sendo assim, não se pode ignorar o fato de que o SUS representa a consubstanciação e a materialização do princípio fundamental da dignidade da pessoa humana prevista na Constituição e a manutenção do mínimo existencial promovido pelo Estado. Importante salientar que, o sistema não promove apenas serviços voltados à tratamentos e atendimentos, como as UBS (Unidade Básica de Saúde) ou UPA (Unidade de Pronto Atendimento), o SUS oferece também vigilância sanitária, através da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), que é responsável pelo controle de qualidade higiene de alimentos, cosméticos, produtos de limpeza, vacinas, transplantes, cigarros e medicamentos no Brasil.

Contamos também com a vigilância epidemiológica, responsável pelo controle de epidemias e doenças no Brasil. No atual contexto de pandemia do Covid-19, os agentes epidemiológicos atuam na coleta e registro de novos casos da doença e estatísticas de óbitos. Tratando-se sobre saneamento básico, o SUS possui papel importante juntamente da FUNASA (Fundação Nacional de Saúde) que realiza construção de poços, redes de distribuição, estações de tratamento de água e reservatórios, além de programas de destinação de lixo para evitar o contágio de doenças nesses locais. Dentre outros serviços, como Banco de Leite Humano, Controle de Tabagismo e distribuição de medicamentos de alto custo.

8 PROBLEMAS ENFRENTADOS PELO SUS

Após toda a façanha conquistada pelo cidadão ao direito à uma saúde digna, o texto da constituição que regula o atendimento público de saúde é deveras encantador, no entanto, é de conhecimento popular – e motivo de muita indignação em virtude de o sistema ser mantido às custas do dinheiro da população que não recebem os serviços hospitalares de forma satisfatória – que na prática o sistema deixa muito a desejar em diversos aspectos. O atendimento do SUS enfrenta por diversas dificuldades como a falta de recursos, desumanização no atendimento, falta de leitos, profissionais desqualificados e a falta de médicos graças à má distribuição destes profissionais, contradizendo o conceito de acesso à saúde a todos sem distinção.

8.1 Falta de Médicos

Em 2017, após participar de uma audiência pública na Comissão de Assuntos Sociais (CAS), o ministro e presidente do Tribunal de Contas da União (TCU), Raimundo Carreiro, afirmou que o principal problema do SUS é a falta de médicos. Segundo o TCU, em 2013 a taxa de médicos re-registrados por dez mil habitantes nas capitais era de 42,2, contra 19,5 no restante do país. Em 2017, segundo pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) existe 1 médico para cada 470 habitantes. No entanto, nas regiões Norte e Nordeste, a quantidade é muito menor e chega, respectivamente, a 1 médico para cada 953,3 e 749,6 brasileiros.

De acordo com o TCU, a falta de médicos no norte do país se deve pela região apresentar estruturas precárias que desestimulam médicos e enfermeiros. O Secretário de Controle Externo da Saúde do órgão, Marcelo Chaves, afirmou: “*Um dos principais motivos para que um leito*

não esteja disponível para a população é a falta de profissionais, médicos, enfermeiros e técnicos". Villander, vice-presidente da Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR), justifica a falta de médicos: "*Porque os salários não são atrativos e a estrutura não é atrativa*"

Outro fator relevante é o longo tempo de espera. Uma pesquisa realizada pela Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa de Mato Grosso (ALMT), baseado nos dados do Sistema Único de Saúde (SUS), referentes ao ano de 2019, aponta que o tempo médio para um paciente ser atendido na rede pública é de 493 dias, ou seja, mais de um ano e quatro meses.

8.2 Atendimento Desumano

A Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE apontou que 10,6% da população adulta do Brasil (15,5 milhões de pessoas) é discriminada nas redes pública e privada de saúde. A maioria (53,9%) afirmou ter sido tratada com diferença por “falta de dinheiro”, enquanto 52,5% foram discriminados pela “classe social”. As vítimas de preconceito racial são pouco mais de 13%, as vítimas de religião ou crença são 8,1% e as vítimas de homofobia são 1,7%. Esse percentual poderia ser maior se parte da população LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros) não deixasse de buscar auxílio médico por medo de ser discriminada

8.3 Falta de Recursos

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), o orçamento federal em 2018 destinava apenas 3,6% das despesas com saúde. Esse percentual está bem abaixo da média mundial (11,7%). Essa proporção é inferior à média do continente africano (9,9%), Américas (13,6%) e Europa (13,2). O estudo também mostra que os gastos com saúde no Brasil são 4 a 7 vezes menores do que países com sistemas universais de saúde. Graças à Emenda Constitucional aprovada no final de 2016 que congela o crescimento de gastos públicos pelos próximos 20 anos, as chances do crescimento do percentual de repasses são desanimadoras.

9 SOLUÇÕES APRESENTADAS

Pode-se afirmar que a atenção primária é o nível mais importante e trata-se de uma porta de entrada do SUS. Constituída pelas UBS, a atenção primária promove diagnósticos,

tratamentos, reabilitação e prevenção de doenças. Para fortalecer este nível, em 2019 o Governo Federal juntamente do Ministério da Saúde, sancionou, por meio de leis, a criação de programas para melhorar o acesso à atenção primária. Estas estratégias buscam reduzir o tempo de espera para atendimento em hospitais e UPA's.

A Lei nº 13.958/19, denominada de Médicos pelo Brasil, distribui 18 mil vagas pelo país, especialmente em regiões mais vulneráveis e carentes de médicos para expandir o acesso da população à saúde. Outra estratégia relacionada é a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que promove serviços às comunidades por meio das Unidades de Saúde da Família (USF), sendo eles consultas, exames, vacinas, radiografias e outros procedimentos. Estima-se que 80% dos problemas de saúde serão resolvidos na atenção primária sem a necessidade de intervenção das UPA's e hospitais.

Outra alternativa apresentada, também sancionada em 2019, foi o programa Previne Brasil, que garante 2 milhões a mais de recursos para o investimento da atenção primária nos municípios, beneficiando mais 50 milhões de brasileiros. O programa possui o lema “ganha mais quem cuida mais”, pois, para receber os recursos, é necessário qualidade no atendimento e números de pessoas acompanhadas.

Em relação aos demais investimentos, foram beneficiados os SAMU's e as Unidades de Saúde da Família, no qual foi investido quase 200 milhões na renovação da frota e repassados aos municípios 401 milhões para informatização das USF's. O Programa Saúde na Hora também amplia os recursos para unidades que estenderem o horário de atendimento aos finais de semana, durante o almoço e a noite.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a Constituição Federal declare que a saúde é direito de todos e dever do Estado, o Governo brasileiro não garantiu as condições para o desenvolvimento do SUS, concluindo-se que o sistema ainda não está consolidado e caminha à passos largos durante seus mais de 30 anos de existência. Diante do exposto, percebe-se a longa jornada do país em busca de melhores condições de saúde e mesmo após a fundação do SUS, o sistema de saúde ainda sofre dificuldades na gestão, falta de profissionalização, burocratização, entre tantos outros problemas.

O método alternativo a ser utilizado não está definido no âmbito da tecnologia, o que reitera o argumento de que o maior desafio do SUS é o desafio político. Além do mais, o serviço

público deve ser adequado, ao teor do artigo 175, parágrafo único, inciso IV da CF, devendo o Estado estar a serviço da Constituição, e não o inverso. Portanto, além das ações que podem ser realizadas no âmbito cível, é preciso reconhecer a necessidade de atuação da sociedade na política, isso significa poder atuar junto aos órgãos executivos, legislativo, judiciário e no sistema hegemônico. Assim, as eleições apresentam uma grande oportunidade para os candidatos discutirem a despeito das soluções que cabem somente a eles transformar a situação do SUS.

A constituição prevê a participação da comunidade nas ações e serviços públicos de saúde, no entanto, nem sequer a população possui o conhecimento da importância dos serviços que a elas estão sendo prestados. Além das forças políticas, é necessário também um trabalho de conscientização para levar informações à população, para que o direito de participação social seja exercido. Nesse ponto de vista, é imprescindível o diálogo em defesa do SUS constitucional e o SUS democrático.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Antes do SUS, saúde era para poucos. **Em Discussão!** Brasília: Senado Federal, n. 19, p. 14-15, fev. 2014. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/emdiscussao/edicoes/saude/@@images/arquivo_pdf/>. Acesso em: 15 set. 2020.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05.10.1988. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 15 set. 2009.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 19 de set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 17 out. 2020.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 28 de dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm>. Acesso em: 17 out. 2020.

BRASIL. Emenda constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das

ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF, 13 de set. 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>. Acesso em: 17 out. 2020.

BRASIL. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.. Brasília, DF, 13 de jan. 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm>. Acesso em: 17 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 28 de dez. 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html>. Acesso em: 17 out. 2020.

DUARTE, Luciana Gaspar Melquiades. **Possibilidades e limites do controle judicial das políticas públicas de saúde: um contributo para a dogmática do direito a saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2020. 410p.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, pág. 1723-1728, junho de 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601723&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 out. 2020.
<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>.

PAULO, Vicente; ALEXANDRINO, Marcelo. **Direito Constitucional Descomplicado**. 18. ed. São Paulo: Método, 2019. 232p.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de etal . Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 8, p. 2783-2792, Aug. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000802783&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 out. 2020.

TCU aponta que falta de médicos é principal problema do SUS. **Senado Notícias**, 2017. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2017/11/08/tcu-aponta-que-falta-de-medicos-e-principal-problema-do-sus>>. Acesso em: 21 out. 2020.