



Este artigo está licenciado sob forma de uma licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a publicação original seja corretamente citada. http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR

DOI: 10.15448/1677-9509.2018.1.28561

Reflexões Sobre a Saúde Enquanto Legítima Expectativa e Direito do Cidadão, Prioridades e Dever do Estado

Reflections on Health as a Legitimate Expectation and Right of The Citizen, Priorities and State Duty

ALEXANDRE MACHADO*

CÉSAR ALBENES DE MENDONÇA CRUZ**



RESUMO – Este trabalho, de natureza teórica, tem por objetivo discutir o que perpassa entre a expectativa do cidadão em ter seu direito à saúde garantido, e a prioridade em que o Estado posiciona seu dever de cumprir com o que lhe é devido; tendo como objeto de estudo o direito à saúde como dever do Estado. Realizou-se uma revisão bibliográfica em documentos e literaturas que abordam as temáticas de política pública de saúde, Estado e sociedade e direitos sociais. Verificou-se que o direito à saúde é garantido mediante políticas sociais e econômicas, conforme preconizado na Constituição Federal, entretanto, uma política social e econômica adequada não são suficientes para sanar a expectativa e real necessidade do cidadão em acessar a política de saúde no Estado brasileiro.

Palavras-chave - Saúde. Direito. Estado. Política Pública.

ABSTRACT – This theoretical work aims to discuss what lies between the expectation of citizens to have their right to health guaranteed, and the priority in which the State places its duty to comply with what is due to it; having as object of study the right to health as a State duty. A literature review was carried out in documents and literatures that deal with public health, state and society, and social rights issues. It was verified that the right to health is guaranteed through social and economic policies, as recommended in the Federal Constitution, however, an adequate social and economic policy are not enough to heal the citizen's expectation and real need to access health policy in the State Brazilian.

Keywords - Health. Law. State. Public Policy.

* Advogado. Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local pela Escola Superior de Ciências da Saúde da Santa Casa de Misericórdia (EMESCAM), Vitória – ES/Brasil. CV: <http://lattes.cnpq.br/7551061827978321>. E-mail: alexandremachado2@gmail.com.

** Doutor em Serviço Social pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Coordenador do Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local e Professor da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), Vitória - ES/Brasil. CV: <http://lattes.cnpq.br/1459198997238731>. E-mail: cesar.cruz@emescam.br.
Submetido em: setembro/2017. Aprovado em: março/2018.

Corroborando a premissa apontada por Oliveira (2006) de que políticas públicas são diretrizes, são normatizações estruturadas de providências, são diligências concretizadoras dos anseios e direitos coletivos, praticadas pela Administração de forma direta ou através de interpostos, visando sempre ao bem comum, no afã de cumprir as determinações constitucionais, autoriza-se a conclusão de que no contexto público, para que legítimas pretensões se realizem, diversos fatores deverão concorrer, dentre eles a existência de recursos e de políticas que possibilitem sua efetiva concretização, estabelecendo, a partir daí, as prioridades na destinação orçamentária, na sua execução e controle, com ou sem parceria de entes públicos ou privados, visando assegurar o direito de cidadania, de forma ampla ou de determinado segmento.

O que ocorre é que quando as ações planejadas pelo Governo se tornam discrepantes em relação aos anseios de seus cidadãos, ignorando a existência e destinação de recursos e de política adequada, deixando de priorizar a satisfação das necessidades mais elementares, as distorções e torpezas ganham lugar e instala-se o caos, fazendo padecer o cidadão contribuinte.

Após promover transformações de proporções elevadas através de movimentos sociais, culminando em uma reforma de Estado e chegando ao status constitucional, a população chegou, de certa forma, a um estágio de cauterização no que concerne ao quadro caótico da saúde em nosso país. Porém, a despeito de erguida a bandeira da justiça social no campo da saúde, lamentável tem sido a contextualização de tais avanços, uma vez não se podendo ignorar o cenário noticiado maciçamente pelos meios de comunicação, o quadro crítico onde o ideário se confunde com ilusão, o que se percebe está bem longe do que se emoldura na letra das normas, regulamentos e portarias, bastando observar o desespero de um pai que não consegue vaga para a transferência para a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) de seu filho com a saúde debilitada¹, ou ainda, de parturientes dando à luz nas calçadas das ruas², dentro de ônibus ou táxis, tendo se tornado fato corriqueiro num país de desigualdades sociais onde a existência de políticas públicas sociais adequadas se veem ineficazes, e onde, apesar de haver política econômica específica, o contribuinte continua padecendo quanto ao atendimento integral, igualitário, equânime e universal.

Morrer de ataque cardíaco dentro de um ônibus em frente a um hospital de referência³ é só mais um noticiário a repercutir por dois ou no máximo três dias, tempo esse já lamentavelmente calculado para efeito de “administração do problema” por parte do Poder Público. Parece inconcebível, mas não causa mais perplexidade os noticiários alarmantes, visto que já esperados, tal como aguardadas são as repercussões de tais fatos como se fizessem parte de uma “cota prevista” em estatística.

Para nossa vergonha e desventura, o direito à vida e à saúde, como elementos intrínsecos da dignidade preceituada na Constituição Federal (CF) de 1988, é relegado pelo Poder Público a menos que um carnaval, menos que uma campanha de Copa do Mundo de Futebol, deixando à toda evidência a inversão de prioridades, considerando a aplicação vultosa de recursos oriundos de impostos, taxas e contribuições sociais, que *deveriam ser devolvidos à população na forma de serviços*, porém se fazem escoar na promoção de uma festa cultural tipicamente brasileira e de uma campanha de repercussão internacional, que não podem ser comparadas à essencialidade da prestação de serviço público de saúde.

O hiato entre a expectativa e a prioridade, entre a existência e a concretização de direitos

Para efeito de comparar as “prioridades” de uma política pública comprometida com o bem-estar comum, vale exemplificar o custo do valor médio pago por assento na Copa do Mundo de Futebol⁴ no ano de 2014, qual seja, R\$ 12 mil reais. Devendo ressaltar tratar-se de um evento mundial com duração de apenas 30 (trinta) dias.

Nesse “passo” ou no “balanço” do Carnaval⁵, o custo para os cofres públicos em 2013 foi de R\$ 172,3 milhões de reais para as 26 capitais e o Distrito Federal, como pode-se observar na tabela a seguir.

Tabela 1 - Ranking de gastos com o carnaval entre as capitais

Localidade	Valor em R\$
Rio de Janeiro	35 milhões
São Paulo	33,9 milhões
Recife*	32 milhões
Salvador*	30 milhões
Vitória	10 milhões
Porto Alegre	7 milhões
Distrito Federal	6 milhões
Belo Horizonte	3,5 milhões
Fortaleza	3,5 milhões
Manaus	3,1 milhões
João Pessoa	2,1 milhões
Belém	2 milhões
Florianópolis	1,8 milhões
Curitiba	540 mil
Campo Grande	500 mil
Natal	500 mil
Teresina	400 mil
Cuiabá	350 mil
Macapá	100 mil
Rio Branco	100 mil
Goiânia	Zero
Boa Vista	Zero
Maceió	Zero
Palmas	Zero
Porto Velho	Zero
São Luís	Zero

Em contraposição aos superlativos “investimentos”⁶ empenhados para realização de uma competição internacional de 30 dias e para a festividade carnavalesca de quatro dias, tem-se a discrepante média anual brasileira de custeio *per capita* para ações de aperfeiçoamento do SUS, qual seja, R\$ 3,89 (três reais e oitenta e nove centavos) ao dia, ou seja, US\$523,00, o que está abaixo da média mundial, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), conforme o site da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Tal discrepância revela a que nível de prioridade o Governo Brasileiro tem tratado o serviço “essencial” de saúde, deixando clara uma participação aquém das necessidades e possibilidades de financiamento. A exemplo disso, do grupo de países com modelos públicos de atendimento de acesso universal, o Brasil era, em 2011, o que tinha a menor participação do Estado (União, Estados e Municípios) no financiamento da saúde, e, segundo os cálculos da OMS, enquanto no Brasil o gasto público em saúde alcançava US\$ 512 por pessoa, na Inglaterra, por exemplo, o investimento público em saúde já era cinco vezes maior: US\$ 3.031. Em outros países de sistema universal de saúde, a regra é a mesma: França (US\$ 3.813), Alemanha (US\$ 3.819), Canadá (US\$ 3.982), Espanha (US\$ 2.175), Austrália (US\$ 4.052) e a Argentina (US\$ 576) aplicam mais que o Brasil.

Sintetizando em estatística a percepção do cenário acima descrito, o Instituto Datafolha realizou pesquisa encomendada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pela Associação Paulista de Medicina, na qual foi constatado que, no Brasil, a insatisfação da população quanto à prestação dos serviços públicos de saúde é de 87%,⁷ estando listados o acesso à saúde, a espera pelo atendimento, os recursos e a própria gestão.

É certo que a crítica não pode ser tida como visão pessimista da história, porém, ignorar a crítica é trilhar por caminhos de utopia, permitindo que a população carente de saúde continue nutrindo

expectativas legítimas quanto ao socorro que tanto necessita e espera obter por parte do Poder Público. A não aplicação⁸, as fraudes e desvios de recursos da saúde⁹ são tão tortuosas e tão danosas quanto a ausência de prioridade no trato das políticas públicas essenciais, pois roubam, mutilam, destroem as reais expectativas dos cidadãos, os quais, desesperançados e sem ter a quem recorrer, peregrinam rumo à morte ou rumo às sequelas de uma atuação inexistente, tardia ou ineficaz. Dependendo da saúde pública pode representar condenação inglória e injusta, a exemplo de portadores de moléstias graves que até conseguem ser atendidos, contudo, os exames que certificam o diagnóstico podem demorar¹⁰ até quatro anos¹¹ pela via pública, sem contar o efetivo tratamento.

Segundo relatório de 2011 do Tribunal de Contas da União¹² (TCU), a Política Nacional de Atenção Oncológica revela falhas que vão desde a atenção primária, fundamental para o diagnóstico precoce, ao déficit de cirurgias, ou seja, para a intervenção propriamente dita. Para exemplificar, dados do mesmo relatório demonstram que no estado de Minas Gerais, apenas 48% da demanda diagnosticada e encaminhada a procedimentos cirúrgicos pelo SUS foram atendidos, ou seja, 52% dos cidadãos contribuintes necessitados de providência cirúrgica foram entregues à própria sorte.

A Constituição Federal, também conhecida por Constituição Cidadã, consagrou, em 1988, princípios, valores, garantias fundamentais que legitimam o cidadão como titular de direitos, além disso, também franqueou o acesso ao judiciário, possibilitando a submissão de seus anseios e pretensões ao crivo da tutela jurisdicional.

Municiando esse cidadão estão diversas leis, contudo, sobrepujando a todas está a CFa, em patamar de supremacia, lavrando verdadeiras cláusulas pétreas que preservam, garantem e promovem a dignidade, o direito à vida e à saúde. Contudo, embora teoricamente revestidos de direitos, os cidadãos padecem por não obter da Administração Pública a contraposição dos serviços e da assistência que lhes são devidos. Assim, embora seja “contribuinte” e fomentador de toda arrecadação, o cidadão não recebe correspondência equivalente às suas necessidades mais essenciais – quiçá vitais.

O direito fundamental à saúde, no seu aspecto individual e coletivo, está previsto nos artigos 6º¹³ e 196º¹⁴ da CF, bem como o direito à vida¹⁵ (CF. Art. 5º) e à dignidade da pessoa humana¹⁶ (CF. Art.1º, III). Contudo, há um hiato entre a expectativa e a prioridade, entre a existência e a concretização desses direitos.

Assim, como resposta à altura de uma *política social adequada*¹⁷, surge a Lei Orgânica da Saúde (LOS), que trata do conjunto das Leis 8.080/90 e 8.142/90, editadas para dar cumprimento à Constituição Federal de 1988 e disciplinar os assuntos no âmbito da saúde, sendo que, para alimentar o Sistema, o Governo Federal aprovou orçamento em 2014 no valor de 106 bilhões de reais¹⁸; em 2015, foram previstos 109,2 bilhões de reais¹⁹; e em 2016, o orçamento aprovado foi de 118 bilhões de reais²⁰.

Estabelecidos, portanto o direito, bem como as políticas garantidoras de sua concretização, municiado e legitimado se torna o cidadão a buscar efetivação de suas expectativas, seus anseios e necessidades junto ao Estado, o qual não pode esquivar-se da obrigação que lhe é inerente.

Contudo, o cidadão se depara com escusas escabrosas por parte da Administração Pública, o que revela sua incompetência e má gestão, além de flagrante falta ou inversão de prioridades, e que ainda assim, não justifica a não entrega ou efetivação das expectativas legítimas e essenciais do cidadão, afinal é o contribuinte quem paga caro para que o Gestor Público possa fazer bem o seu papel.

Um estudo do Instituto Brasileiro de Planejamento Tributário²¹ (IBPT) avaliou 30 países com maior carga tributária e relacionou o recolhimento de impostos aos benefícios recebidos pela população, usando o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), uma medida da qualidade de vida, sendo destacado em último lugar nesse ranking, o Brasil, ficando atrás dos países vizinhos, Argentina e Uruguai. Ainda segundo o IBPT, os tributos federais representam 65,95% da arrecadação, os tributos estaduais equivalem a 28,47%, e os municipais a 5,58%, sendo que, por ordem de grandeza

arrecadatória, o ICMS se destaca, pois representa individualmente 19,96%, seguido da contribuição ao INSS de 19,18%, do Imposto de Renda (IR) 15,62% e da COFINS 10,13%. Sobre isso referem os autores:

A carga tributária brasileira, conceito que envolve todos os entes federativos, encontra-se hoje em torno de 37% do PIB, enquanto em 1994 representava 29%. Contudo, quando verificamos a dinâmica dessa carga tributária, cerca de 68% dela estão centrados na União; 28%, nos Estados e 4% nos Municípios. Após as transferências constitucionais, por meio do Fundo de Participação dos Estados e Municípios e fundos setoriais, essa correlação melhora um pouco, mas ainda assim mais de 60% da carga tributária permanece como receita do Governo Federal. Esse aumento foi obtido, basicamente, com tributos cumulativos como o Cofins e a CPMF, além do aumento não legislado do Imposto de Renda das Pessoas Físicas (IRPF), congelando a tabela e as deduções do Imposto de Renda (IR) (BOSCHETTI; SALVADOR, 2006, *apud* BEHRING; BOSCHETTI, 2010, p.165).

Ao considerar o esperado e devido retorno que o cidadão brasileiro merece ter em termos de saúde, educação e segurança, o Brasil possui a maior carga tributária dentre os países pesquisados, já que ocupa o último lugar no ranking de benefícios oferecidos à população provenientes de tais fontes.

O caos maquiado em que vivemos, assim como as demais repercussões dos atos em sociedade, tem natureza política, e, nesse sentido, há imperiosa necessidade de provocação, denúncia, investigação e persecução dos direitos fundamentais, afinal, não há como admitir a subversão dos valores a ponto de consentir na inversão de prioridades absolutas, sob mera alegação de escassez de recursos sem prova, negando saúde ao povo, deixando de cumprir o papel e o dever constitucional que resguarda o que há de mais valioso – a vida.

Sob o discurso das limitações orçamentárias, tem sido aplicada de forma distorcida em solo pátrio, a Teoria da Reserva do Possível – que tem por berço a Corte Alemã²².

A Reserva do Possível, em sua origem, trata da razoabilidade das pretensões do indivíduo perante o Estado, sob a análise do que é possível ou não exigir da sociedade, ao contrário do que se trata no Brasil, onde o critério de aplicação da Teoria é a alegada escassez de recursos econômicos, de que não há como atender a todos sem que haja uma escolha trágica.

A exigibilidade de que se faça cumprir o direito à saúde, por parte de qualquer cidadão, será sempre legítima, visto que precedida de Políticas Sociais e Econômicas adequadas já existentes, que visam à proteção do direito à vida e o respeito à dignidade da pessoa humana, ao passo que o seu não atendimento representa afronta aos princípios e valores fundamentais consagrados pela Constituição Federal de 1988, devendo receber amparo e tutela jurídica como prestação estatal positiva, para correção de distorções e o aviltamento que lesa o direito às condições mínimas de existência humana digna, ou, em outras palavras, para ajustar as prioridades, contrapondo-se aos escândalos por corrupção e desvio de finalidade nos recursos destinados à saúde.

É pacífica a compreensão de que saúde compreende o bem-estar do indivíduo e não apenas a perfeição morfológica, a ausência de moléstias que o possam afligir, sendo, portanto, determinada pelas condições de vida, de trabalho, moradia, encampadas pelo contexto social, cultural, político e econômico de determinado país (SCLIAR, 2007), o que logicamente excede, transpõe o caráter solícito curativo que se persegue nas práticas e nas demandas mais comuns das políticas de saúde.

Nesse sentido, a saúde se confunde com o direito à própria vida, incorporando diversos fatores que interagem na efetivação dos direitos sociais, e, embora a presente análise não tenha intenção reducionista, antepõe-se à crítica que assim a delimita (CAMARGO, 2007), pois aborda a ausência de bem-estar onde se percebe presente a doença, tornando exigível uma postura positiva e prioritária do Estado, em prol da dignidade da pessoa humana, em defesa da vida, promovendo melhores condições de subsistência com redução de riscos e outros agravos, através de tutela consagrada pela Constituição

Federal de 1988, a qual reconhece, declara, eleva a saúde como direito fundamental, legitimando as reais expectativas do cidadão.

Dessa forma, as definições de saúde fundamentadas puramente em conhecimento científico/médico/biológico são de todo insatisfatórias, posto que, atualmente, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e da VIII Conferência Nacional de Saúde (2004), sinteticamente, saúde equivale à qualidade de vida, ou seja, a capacidade de resposta do homem às condições do meio em que se encontra (liberdade, ansiedade, educação, trabalho e emprego, estresse, fome, miséria, segurança, incertezas, moradia, doença, transporte, etc.), implicando uma concepção de bem-estar físico, mental e social, decorrendo daí a responsabilidade do Estado, no sentido de priorizar e promover, de garantir e de proporcionar saúde como direito social, tal como previsto no art. 6º da Constituição Federal de 1988.

A preocupação do Estado em relação à saúde e à sociedade, no que concerne à promoção de uma assistência integral, universal e igualitária, é relativamente recente – cerca de 27 anos. A atuação governamental ainda é frágil e nem sempre revela a saúde como questão de Estado deixando de priorizá-la, reduzindo sua atuação em medidas sanitárias pontuais, muitas vezes voltadas para o combate de doenças e agravos. O modelo médico assistencial privatista foi amplamente combatido pelo movimento da Reforma Sanitária, que se configurou a partir de movimentos sociais integrados pela academia: trabalhadores, sindicatos, associações de setores populares e de profissionais da saúde subsidiaram os debates das Conferências Nacionais de Saúde, que foram determinantes na implantação da política vigente, elevando, ao patamar constituinte, os anseios por um sistema de saúde brasileiro, resultando na sua consagração e organização no texto constitucional de 1988, seguindo-se a tais conquistas, a instituição do SUS e a promulgação das Leis 8.080/90 e 8.142/90, que surgiram posteriormente para estruturar e regulamentar não apenas o Sistema Único de Saúde, mas as ações e serviços de saúde executados de forma isolada ou conjunta, em caráter eventual ou permanente, quer por meio de pessoas físicas ou jurídicas (públicas ou privadas) em todo o território nacional, advindo, posterior a tais legislações, outras tantas correlatas.

Porém, até que fosse estabelecida a transformação da situação sanitária, muito se teve que galgar em busca da ampliação do espaço de forças democráticas, afinal as políticas de saúde até então vivenciadas remontam diversas conjunturas: República Velha (1890-1930); “Era Vargas” (1930-1964); Autoritarismo (1964-1984); Nova República (1985-1988), e a Pós-constituente (1989-2002) foram sendo construídas, desconstruídas, formadas e transformadas por diversos atores que, inconformados com o *status quo*, denunciavam as omissões e ações do Estado conquanto apenas em resposta às demandas de saúde, mas nem sempre como atitude prioritária, preventiva, estruturada, capaz de promover de fato o bem-estar (PAIM, 2003).

O histórico precedente constitucional apontava para um cenário de assistência médico-hospitalar voltado apenas para quem podia pagar, além do caráter beneficente daqueles que eram empregados assegurados pela Previdência, sujeitando os desafortunados ao opróbrio, dependentes da caridade de instituições como as Santas Casas de Misericórdia (PAIM, 2003).

Segundo o mesmo autor, a proposta política que assegura a *equidade* no sentido de diminuição das desigualdades, satisfazendo a justiça social, e a *universalidade* no acesso às ações e serviços da saúde, também propõe indistinto acesso a todas as pessoas à uma atenção *integral* - não setorial, em todos os níveis e complexidades do sistema, em ações e serviços preventivos e curativos de âmbito pessoal e coletivo, possibilitando a *participação da sociedade* através de entidades representativas, em canal permanente de diálogo e a formulação propositiva de diretrizes, prioridades, fiscalização, controle e avaliação constantes, enfatizando a *descentralização político-administrativa* e a *regionalização e hierarquização* da rede de serviços de saúde, ensejando na necessária integração de diversas políticas públicas intersetoriais nas três esferas de governo (União, Estados e Municípios), abrangendo o campo científico e tecnológico, de recursos humanos, industrial, de urbanização, saneamento e educação, com o fim de promover a redução de riscos de doenças e de outros agravos, como já dito.

Dessa forma, a criação do SUS responde à perspectiva de *política social*, apresentando estrutura e organização definidas por normas legais que suprem a exigência constitucional, prevista no art. 196, e serve de paradigma para os entes governamentais. À luz dos princípios e diretrizes do SUS, evidenciam-se os direitos do cidadão e os deveres do Estado, decorrendo da Constituição Federal de 1988 e da legislação especializada que instituiu o SUS, outras tantas normas, portarias, regulamentos, instruções normativas, decretos que servem de balizamento para as ações de governo em prol da política social de saúde.

O princípio da universalidade no acesso e a igualdade na assistência garante ao cidadão a igualdade de todos às ações e serviços necessários para promoção, proteção e recuperação da saúde, devendo o Estado garantir as ações e serviços necessários a toda população, sem preconceito ou privilégios de qualquer espécie, independentemente da natureza das ações envolvidas, da complexidade e do custo de atendimento.

A integralidade na assistência garante ao cidadão acesso a um conjunto articulado de ações e serviços resolutivos, preventivos e curativos, individuais e coletivos, de diferentes complexidades e custos, que reduzam o risco de doenças e agravos e proporcionem o cuidado à saúde. Cabendo ao Estado a garantia de condições de atendimento adequado ao indivíduo e à coletividade, de acordo com as necessidades de saúde, tendo em vista a integração das ações de promoção de saúde, a prevenção de doenças e agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação e a articulação da política de saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersectorial entre diferentes áreas cujas ações tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida das pessoas.

A participação da comunidade garante ao cidadão a participação na formulação, na fiscalização e no acompanhamento da implantação de políticas de saúde nos diferentes níveis de governo, cabendo ao Estado a garantia de espaços que permitam a informação, a formação e a participação da sociedade no processo de formulação e implantação de política de saúde com transparência no planejamento e na prestação de contas das ações públicas desenvolvidas.

O princípio da descentralização visa garantir ao cidadão o efetivo acesso às ações e serviços que devem ser disponibilizados em seu município, próximos à sua residência ou ao seu local de trabalho, ações e serviços esses condizentes com as reais necessidades de promoção, assistência, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde, além de propiciar, também, caso seja necessário, o atendimento nas mais diversas unidades de saúde distribuídas por outros municípios e estados da Federação, visando elevar a capacidade de resposta às demandas de saúde, e isso de forma organizada e gerida por diversos atores nos municípios e estados brasileiros.

A regionalização e hierarquização de ações e serviços de saúde garantem ao cidadão o acesso a um conjunto de ações e serviços, localizados em seu município e próximos à sua residência ou ao seu trabalho, condizentes com as necessidades de saúde e atendimento em unidades de saúde mais distantes, situadas em outros municípios ou estados, caso isso seja necessário para o cuidado da saúde, cabendo ao Estado propiciar a articulação e integração de um conjunto de ações e serviços, de distintas naturezas, complexidades e custos, situados em diferentes territórios político-administrativos (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Mas, para atender à previsão Constitucional, não basta haver uma política social adequada, pois, para que o Estado possa cumprir seu dever de prestar saúde, deve haver também uma *política econômica adequada*, que compreenda a elaboração e a execução de orçamentos públicos capazes de responder com eficiência e eficácia o necessário financiamento das ações e serviços de saúde em todo o território nacional, enfrentando as complexidades de um país heterogêneo e de vasta dimensão continental, encarando as dificuldades e desafios para o avanço do sistema de saúde, esbarrando nas desigualdades inter-regionais, interestaduais e intermunicipais, no que diz respeito à capacidade financeira, de gestão e operação, além das distintas disposições políticas dos governantes.

Visando equacionar o financiamento das ações e serviços públicos de saúde em todo o território nacional, o Legislador buscou uma forma de prover o aporte de recursos financeiros capaz

de subsidiar os insumos necessários para a saúde, visando à criação, instalação, abertura, implementação, treinamento, capacitação e ampliação dos serviços, combatendo, tratando, controlando e avançando na assistência à população, propiciando, também, o desenvolvimento científico e tecnológico, e, para tanto, definiu a responsabilidade de cada ente da federação, dispondo sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, pelos Estados, Municípios e Distrito Federal em ações e serviços públicos de saúde através das Emendas Constitucionais nº 29 (EC 29), de 13 de setembro de 2000, e, posteriormente, a de nº 86 (EC 86), de 17 de março de 2015, e a Lei Complementar nº 141/2012 que regulamenta o parágrafo 3º, do artigo 198, da Constituição Federal de 1988. A emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, é a que vigora e dispõe sobre o Novo Regime Fiscal instituído no âmbito do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social da União, ficando estabelecidos, para cada exercício, limites individualizados para as despesas primárias.

Em meio a esse ensejo de atrelamento entre as políticas social e econômica, observa-se que os requisitos constitucionais estampados no artigo 196 da Constituição Federal de 1988 reforçam a questão constitucional da saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, desde que 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 (PAIM, 2003), de forma que, não há espaço ou sentido que justifique a escusa estatal em priorizar e cumprir seu dever.

Ainda conforme Paim, e concordando com seu entendimento, o sistema brasileiro não deve ser um mero meio de financiamento e de repasse de recursos federais para estados, municípios e distrito federal, hospitais, profissionais e serviços de saúde, nem um sistema de serviços de saúde destinado aos pobres e indigentes. Mesmo porque o SUS ainda é um sistema em construção e, conseqüentemente, não basta a existência de leis e normas, na medida em que a “engenharia política” torna-se necessária para tal construção o que implica a mobilização de vontades, participação social, capacidade de formulação e de pactuação para assegurar viabilidade e a implementação de suas ações (PAIM, 2003).

No Brasil, só haverá uma política de saúde séria e comprometida quando todos cidadãos tiverem assegurado o seu direito à vida, à saúde, respaldado por garantia constitucional e alinhado por políticas sociais e econômicas que lhes garantem a exigibilidade em relação ao Estado, no tocante à efetividade das ações e serviços de saúde, que visam propiciar uma qualidade de vida que corresponda a uma subsistência digna, dita assim, que propicie o mínimo existencial, o qual, segundo John Rawls:

Obsérvese que existe, además, otra importante distinción entre los principios de justicia que especifican los derechos y las libertades básicas em pie de igualdad y los principios que regulan los asuntos básicos de la de oportunidades, las desigualdades sociales y económicas y bases sociales del respeto a sí mismo. Un principio que especifique los derechos y libertades básicas abarca la Segunda clase de los elementos constitucionales esenciales. Pero, aunque algún principio de igualdad de oportunidades forma parte seguramente de tales elementos esenciales, por ejemplo, un principio que exija por lo menos la libertad de desplazamiento, la elección libre de la ocupación y la igualdad de oportunidades (como la he especificado) va más allá de eso, y no será un elemento constitucional. De manera semejante, si bien un mínimo social que provea para las necesidades básicas de todos los ciudadanos es también un elemento esencial, lo que he llamado él? ¿Principio de diferencia? ¿Exige más, y no es un elemento constitucional esencial? (RAWLS *apud* PORTELLA, 2009, p. 24).

O amparo ao cidadão e à garantia de seus direitos é uma questão de dignidade. A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) adotada e proclamada pela resolução número 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 10 de dezembro de 1948, no seu artigo 1, alude que todos os

seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos e são dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade.

Nessa mesma linha, o artigo 1º da Constituição Federal de 1988 estabelece que a República Federativa do Brasil é formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constituindo-se em Estado Democrático de Direito e tendo dentre seus fundamentos a dignidade da pessoa humana. A dignidade não é algo que se possa atribuir ou conceder, ela é inerente à pessoa, ao ser humano, devendo ser reconhecida, prestigiada, promovida e respeitada pelos semelhantes e pelas representações de poder constituídos.

Outra definição na esfera jurídica que merece destaque é a de Sarlet (2002). Para esse autor, dignidade é:

Qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos (SARLET, 2002, p. 62).

É, portanto, a dignidade da pessoa humana o princípio fundante do constitucionalismo contemporâneo. É a vedação da coisificação do humano, pela compreensão de que toda pessoa humana é digna e, por essa condição singular, vários direitos fundamentais são conquistados e declarados com o objetivo de proteger a pessoa humana de abomináveis formas de dominação e instrumentalização de sua ínsita condição (SARLET, 2008).

Nesse contexto, a despeito da Constituição Federal de 1988 elevar a dignidade da pessoa humana ao patamar de princípio fundamental, o cumprimento da destinação apregoada no enunciado preambular da Carta Política que instituiu o Estado Democrático, passa longe da realidade vivenciada no contexto da saúde pública, pois há denúncias de abuso, de descaso, de desrespeito aos direitos e garantias fundamentais erigidos, revelando não apenas ineficiência objetiva, mas desvio de finalidade e ausência de prioridade, privilegiando a saúde da economia em detrimento à saúde da população.

Ao olhar – *mesmo que desatento* – para os noticiários de âmbito municipal, estadual, distrital ou federal nota-se a amarga e dolorosa via perseguida por cidadãos contribuintes às portas dos hospitais, unidades de pronto atendimento, etc., deparando-se com a obstrução do acesso universal, integral e equânime, sendo-lhes negada uma simples consulta ou avaliação médica, uma vaga para internação hospitalar, ou a realização de exames e procedimentos preventivos, diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação, privando-lhes o fornecimento de medicação, e, com isso, praticando iniquidades absurdas quanto ao cumprimento do dever de prestar serviços de saúde compatíveis e adequados aos que possuem expectativas legítimas, que necessitam e que pagam por tais direitos através dos impostos.

Diz-se absurda, em razão do que propõem as próprias diretrizes do SUS e do respaldo social e econômico previstos na Constituição Federal de 1988, pois, como já visto, está configurada a satisfação do plano de exigência constitucional, vez que presentes os requisitos do seu artigo 196, que estabelece ser a saúde direito de todos e dever do Estado, devendo assim garantir 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 não se podendo, portanto, obstar ou limitar as reais e legítimas expectativas do cidadão, posto que lhe amparam o mínimo existencial, escusando-se o Estado sob o argumento da ausência de recursos.

Conclusão

O crivo da limitação de recursos e da intervenção abusiva do poder judiciário sofre por divergências doutrinárias, tal como aduz o estudo de Vieira (2008):

Nesse ponto, cabe lembrar que, como está expresso no art. 196 da Constituição Federal, o direito à saúde será garantido mediante políticas sociais e econômicas. Ou seja, a própria Constituição reconhece que para garantir a saúde é preciso muito mais que acesso a serviços. (...) considere a seguinte situação hipotética, cujo cálculo é muito simples. A prevalência de hepatite viral crônica C no Brasil é estimada em 1% da população geral. A população brasileira, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), era de 186.770.562 de pessoas em julho de 2006. Portanto, cerca de 1.867.706 delas possuem o vírus da hepatite C por esta aproximação. Supondo-se que o SUS trate 25% (466.927) dessas pessoas com o medicamento interferon peguilhado e, como o tratamento deve ser feito com a aplicação de 180 mcg, uma vez por semana durante 48 semanas e, o preço da seringa preenchida de 180 mcg é de R\$ 1.107,49, o custo estimado é de 24,8 bilhões de reais. Se esta situação tivesse acontecido, este valor corresponderia a 64% do gasto total executado pelo Ministério da Saúde em 2006 (38,8 bilhões de reais). Ou seja, dois terços do orçamento federal da saúde seriam gastos para a oferta de um único produto farmacêutico com cobertura de 0,25% da população. (...) pode-se argumentar que os recursos da saúde não são suficientes e que é preciso aumentar o aporte financeiro para o setor. Sobre isso não há dúvidas. Entretanto, há sempre um limite. Em 2006 o produto interno bruto (PIB) aumentou, segundo o IBGE, em 3,7%; porém, as despesas com medicamentos do Ministério da Saúde elevaram-se em 26% e as com saúde em 7,5%. Aumentar os recursos para a saúde pode significar ter que gastar menos em outras áreas, como educação, habitação, políticas de geração de emprego, de redistribuição da renda, entre outras. (...) nesse caso, torna-se evidente que os direitos sociais, e dentre eles o direito à saúde, existem do ponto de vista da eficácia social, condicionados à reserva do possível (VIEIRA, 2008, p. 87).

Ora, dignidade tem limites? A saúde e a vida podem ser limitadas pelo orçamento público? É óbvio que não! Não se pode conceber que, pelo fato de a medida afetar o indivíduo, ou apenas uma parte do coletivo, não se torna merecedora de assistência. Afinal, “a dimensão individual e coletiva (assim como difusa) coexistem, de tal sorte que a titularidade individual não resta afastada pelo fato de o exercício do direito ocorrer na esfera coletiva” (LEDUR *apud* SARLET, 2007, p. 222).

Dessa forma, a conclusão defendida pela pesquisadora é equivocada, e com outro exemplo, o das drogas que compõem o coquetel antirretroviral, refuta-se a tese, pois, em face de uma demanda de tamanha relevância e custo, houve interesse político em priorizar e prover saída mediante resolução, utilizando política social e econômica, além de respaldo jurídico para interpretar e considerar que a Lei de Propriedade Industrial Brasileira (Lei n° 9.279, de 14 de maio de 1996) atribui o direito de produzir medicamentos localmente em casos de utilidade pública (relevância) ou quando o laboratório detentor das patentes não produz o remédio no país, conforme está disposto no art. 71, que institui que, nos casos de emergência nacional ou interesse público, declarados em ato do Poder Executivo Federal, desde que o titular da patente ou seu licenciado não atenda a essa necessidade, poderá ser concedida, de ofício, licença compulsória, temporária e não exclusiva, para exploração da patente, sem prejuízo dos direitos do respectivo titular (FURTADO, 1996).

Ora, quando o Estado Democrático, *destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais* (preâmbulo da Constituição Federal de 1988), realmente prioriza e se importa em defender a dignidade da pessoa humana como direito e garantia fundamental, ele não faz a conta como aqueles

que defendem a teoria da reserva do possível, até porque, razoável não é que em razão do ‘custo’, seja condenada à morte 0,25% da população.

Sobre o trato das carências fundamentais e da prioridade que se devota a tais carências, é a contribuição de Robert Alexy, na tradução de Luis Afonso Heck:

A segunda condição é que o interesse ou a carência seja tão fundamental que a necessidade de seu respeito, sua proteção ou seu fomento se deixe fundamentar pelo direito. A fundamentabilidade fundamenta, assim, a prioridade sobre todos os escalões do sistema jurídico, portanto também perante o legislador. Um interesse ou uma carência é, nesse sentido, fundamental quando sua violação ou não-satisfação significa ou a morte ou sofrimento grave ou toca o núcleo essencial da autonomia. Daqui são compreendidos não só os direitos de defesa liberais clássicos, senão, por exemplo, também direitos sociais que visam ao asseguramento de um mínimo existencial (ALEXY, 1999, p. 203).

Dessa feita, parafraseando a inferência de Paim (2008): “A atenção digna, ética e com qualidade, muitas vezes referida como humanização do cuidado, constitui um dos maiores valores e desafios para o sistema de saúde brasileiro e o SUS, em particular nos próximos anos” (PAIM, 2008, p.600).

Referências

- ALEXY, Robert. Direitos fundamentais no Estado Constitucional Democrático. Tradução Luís Afonso Heck. In: _____. **Revista da Faculdade de Direito da UFRGS**, v. 16, p. 203- 214, 1999.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. As armadilhas da “concepção positiva de saúde”. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 63-76, 2007.
- FURTADO, Lucas Rocha. **Sistema de propriedade industrial no direito brasileiro**: comentários à nova legislação sobre marcas e patentes, lei n 9.279, de 14 de maio de 1996. Brasília: Jurídica, 1996.
- NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Sistema Único de Saúde: SUS. In: _____. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**, 2008, p. 435-472.
- OLIVEIRA, Régis Fernandes de. **Curso de direito financeiro**. São Paulo: RT, 2006.
- PAIM, J.S. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**, Rio de Janeiro: Medsi, 6. ed., p.587-603, 2003.
- _____. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
- PORTELLA, Simone de Sá. **As imunidades tributárias na jurisprudência do STF**. São Paulo: Baraúna, 2009.
- SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti (Orgs.). **Direitos fundamentais**: orçamento e “reserva do possível”. 2. ed., rev. e ampl. 2. tir. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2013.
- _____. **Dignidade da pessoa humana**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.
- _____; FIGUEIREDO, Mariana F. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. In: _____. **Direitos Fundamentais & Justiça**, n. 1, p. 189, out/dez 2007.
- _____. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. **Revista Diálogo Jurídico**, n. 10, 2002.
- SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.
- VIEIRA, Fabiola Sulpino. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 36, 2008.

¹ Disponível em: <http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2014/12/adolescente-morre-apos-esperar-16-horas-por-vaga-de-uti-em-barueri.html>

² Disponível em: <http://extra.globo.com/noticias/brasil/jovem-da-luz-na-calcada-na-porta-da-maternidade-de-santo-amarna-bahia-12232415.html>

- ³ Disponível em: <http://oglobo.globo.com/rio/com-dores-no-peito-homem-morre-em-frente-hospital-em-greve-em-laranjeiras-12690105.html>
- ⁴ Disponível em: <http://esportes.estadao.com.br/noticias/futebol,estadios-do-brasil-tem-assentos-mais-caros-das-ultimas-copas-do-mundo,1142704>
- ⁵ Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2013/02/08/prefeituras-de-capitais-vaao-gastar-r-172-milhoes-com-o-carnaval-o-equivalente-a-3000-casas-populares.htm>
- ⁶ Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/site/2016/03/governo-gasta-r-389-ao-dia-na-saude-de-cada-brasileiro> e <http://www.perfilnews.com.br/noticias/brasil-mundo/governo-gasta-em-media-r-3-05-por-dia-na-saude-de-cada-brasileiro>
- ⁷ Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/apresentao-integra-datafolha203.pdf>
- ⁸ Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24253:em-12-anos-governo-deixa-de-aplicar-r-94-bilhoes-na-saude-publica&catid=3 e http://blog.jornalpequeno.com.br/John_cutrim/2014/11/20/fns-cobra-divida-de-bringel-por-nao-aplicacao-de-recursos-na-saude/
- ⁹ Disponível em: <http://g1.globo.com/sao-paulo/sorocaba-jundiari/noticia/2012/12/operacao-contra-desvio-de-verba-da-saude-prende-dez-e-apreende-r-15-milhaoe.html> e <http://g1.globo.com/fantastico/noticia/2013/09/sus-cobrou-por-parto-em-homem-e-operacao-de-prostata-em-mulher.html>
- ¹⁰ Disponível em: <http://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/sus-falha-no-tratamento-de-cancer-ai2tzzscp7sxhamwfgyl8q4u>
- ¹¹ Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2014/02/13/exame-pelo-sus-demora-quatro-anos-para-ser-marcado-na-bahia.htm>
- ¹² Disponível em: <http://abp.org.br/2011/medicos/clippingsis/exibClipping/?clipping=16179>
- ¹³ Constituição Federal. Art. 6º: “São direitos sociais a educação, A SAÚDE, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 64, de 2010 – grifo nosso).
- ¹⁴ Constituição Federal. Art. 196: “A SAÚDE é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (Grifo nosso)
- ¹⁵ Constituição Federal. Art. 5º: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes...”. (Grifo nosso)
- ¹⁶ Constituição Federal. Art. 1º: A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: (...) III - a dignidade da pessoa humana. (Grifo nosso)
- ¹⁷ Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/14cns/doc_orientador.html
- ¹⁸ Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/01/saude-tera-orcamento-de-r-106-bilhoes-em-2014>
- ¹⁹ Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/governo/2015/03/orcamento-de-2015-e-aprovado-pelo-congresso>
- ²⁰ Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/24345-ministro-trabalha-para-recompoe-orcamento-da-saude>
- ²¹ Disponível em: <http://www.ibpt.com.br/noticia/2260/De-30-paises-Brasil-e-o-que-oferece-menor-retorno-dos-impostos-ao-cidadao>
- ²² SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti (Orgs.). **Direitos fundamentais: orçamento e “reserva do possível”**. 2. ed., rev. e ampl. 2. tir. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2013. p. 29.