

OS ASPECTOS NEGATIVOS DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Diogo Lesqueves Sandoval¹

Fabiana Campos Franco²

Sátina Priscila M. Pimenta³

RESUMO

Descreve a história da implementação do sistema de saúde no Brasil, desde o período colonial (1500-1889) através da república, Estado novo, Juscelino Kubitschek, chegando à nova república e finalmente à constituição de 1988, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS). Discute-se os problemas da implementação desse sistema, que revelam a sua insuficiência e conseqüente corrida aos tribunais em busca da garantia da prestação dos serviços de saúde. Analisa-se o progressivo aumento do número de ações e os valores associados, além demonstrar efeitos colaterais dessa via legal. Coloca-se em discussão a equidade e universalidade pretendidas pelo legislador constituinte versus os direitos garantidos à poucos através da busca do poder judiciário.

PALAVRAS CHAVES:

ABSTRACT

It describes the history of the implementation of the health system in Brazil since the colonial period (1500-1889) through the republic, new state, Juscelino Kubitschek, reaching the new republic and finally to the constitution of 1988 that created the Sistema Único de Saúde (SUS). It discusses the problems of the implementation of this system, which reveal its failure and consequent rush to court, seeking the guarantee the provision of health services. Analyzes the progressive increase in the number of law suits, and shows side effects of this legal route. Puts under discussion the equity and universality intended by the constitutional legislator versus the rights guaranteed to the few through the judiciary search.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO; HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL; PERÍODO COLONIAL/IMPERIAL (1500-1889); PERÍODO DA PRIMEIRA REPÚBLICA OU REPÚBLICA VELHA (1889-1930); ERA VARGAS – ESTADO NOVO (1930-1945);

¹ Pos –graduado, Advogado. E-mail: diegosandoval.med@gmail.com

² Doutora em Comunicação. Professora da Faculdade Estácio de Sá de Vitória e Emescan. E-mail: fabianacfranco@gmail.com

³ Advogada, Psicóloga, Professora da Faculdade Estácio de Sá de Vitória e Multivox. E-mail: satinapm@gmail.com

PERÍODO DA REDEMOCRATIZAÇÃO OU DESENVOLVIMENTISTA (1945-1963); EURICO GASPAR DUTRA (1946-1951); ERA VARGAS – SEGUNDO MANDATO (1951-1954); JUSCELINO KUBITSCHEK (1956-1960); JÂNIO QUADROS E JOÃO GOULART (1961-1964); REGIME MILITAR (1964-1984); PRIMEIRA FASE: INSTITUCIONALIZAÇÃO DA DITADURA (1964-1968); SEGUNDA FASE: MILAGRE ECONÔMICO (1968-1974); TERCEIRA FASE: CRISE DA POLÍTICA ECONÔMICA (1974-1984); NOVA REPÚBLICA (1985-1988); PERÍODO DE 1988 A 1992; ITAMAR AUGUSTO CAUTIERO FRANCO (1992–1994); FERNANDO HENRIQUE CARDOSO (1995 – 2003); LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA (2003-2011); DILMA VANA ROUSSEFF (2010- 2016); O HISTÓRICO DA JUDICIALIZAÇÃO NO BRASIL; DISCUSSÃO; CONCLUSÃO; REFERÊNCIAS

1. INTRODUÇÃO

1.1 HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

1.1.1 Período Colonial/Imperial (1500-1889)

O Brasil como colônia de Portugal tinha sua produção econômica realizada por meio dos ciclos de açúcar e da mineração, à base do trabalho escravo (mais tarde substituída pela mão de obra europeia), com destino ao comércio internacional. O quadro sanitário caracterizava-se pela existência de diversas doenças transmissíveis. Muitas dessas doenças tornaram-se endêmicas e outras, provocaram epidemias assustadoras e dizimavam enormes contingentes populacionais (PAIM, 2008).

Não se pode falar da existência de uma política de saúde na época, no entanto, eram tomadas medidas que visavam minimizar os problemas de saúde pública que afetavam a produção econômica. Essas intervenções eram pontuais e logo abandonadas, assim que conseguiam controlar os surtos.

A assistência médica limitava-se apenas às classes dominantes e aos demais restavam apenas os recursos da medicina popular e as sangrias, que eram praticadas para a cura de algumas doenças.

Foi nesse período que ocorreu a fundação das Escolas de Medicina do Rio de Janeiro (1813) e da Bahia (1815), a criação da Imperial Academia de Medicina (1829) e a organização da Inspetoria de Saúde dos Portos (1828) (PAIM, 2008).

1.1.2 Período da Primeira República ou República velha (1889-1930)

Após o término da monarquia, a sociedade brasileira inicia a organização de seu Estado moderno, marcado pelo predomínio dos grupos vinculados à exportação de café e à pecuária.

No campo político, esse período foi marcado pelo domínio das elites agrárias de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro (república do café com leite).

No campo econômico, tipicamente agroexportador, houve um significativo crescimento da produção industrial e do setor agrário, conseqüentemente exigindo aumento de mão de obra e adoção de políticas de incentivo a imigração europeia.

A situação de saúde da população apresentava o mesmo panorama do período anterior (monarquia), com predomínio das doenças pestilenciais. As condições de saneamento básico eram bastante precárias e várias epidemias matavam a população e dificultavam o recrutamento de trabalhadores da Europa (PAIM, 2008).

As ações de saúde tinham como objetivo o controle das doenças epidêmicas, principalmente nas áreas fundamentais para a economia agrária exportadora (os portos). Foi nessa época que ocorreu as campanhas sanitárias como modelo de intervenção de combate às epidemias rurais e urbanas (que em 1904 levou a revolta da vacina), liderado pelo médico e pesquisador do Instituto Pasteur para a Diretoria Geral da Saúde Pública Oswaldo Cruz; também foi criado o Instituto soroterápico de Manguinhos – mais tarde renomeado como instituto Oswaldo Cruz-com a finalidade de pesquisa e desenvolvimento de vacinas.

No período de 1920 ocorre o nascimento da saúde pública, com o modelo sanitaria campanhista e também o surgimento das CAPs – assistência médica incorporada a previdência social aos trabalhadores. Observa-se ainda o crescimento da medicina liberal, utilizada pela classe dominante. Emerge nessa conjuntura a estruturação de dois modelos de intervenção nas questões da saúde: o sanitarismo campanhista e o curativo-privatista (PAIM, 2008).

1.1.3 Era Vargas – Estado Novo (1930-1945)

Fase de forte centralização política e participação estatal nas políticas públicas, o que, aliado às políticas populistas, atribuiu ao presidente Getúlio Vargas, o apelido de “pai dos pobres”.

No período em questão, ocorre um deslocamento do polo dinâmico da economia para os centros urbanos, promovendo o êxodo rural e o conseqüente processo de urbanização precário e desordenado. A crescente massa urbana constitui a mão de obra para o setor industrial crescente. Foi nessa época que ocorreu a criação do Ministério do Trabalho, da Indústria e do Comércio e o Ministério da Educação e saúde (1930) (PAIM, 2008).

O crescimento acelerado da indústria se dá à custa das condições precárias de trabalho, aumentando os riscos e problemas de saúde aos trabalhadores urbanos, piorando as condições de vida e saúde dessas pessoas. Para manter a força de trabalho em condições de produção, em 1933 as CAPs se transformaram em IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões. No entanto, a assistência médica era ponto principal das CAPs, passando a ser um aspecto secundário no período dos IAPs. Esses institutos priorizavam a contenção de gastos, com a acumulação do capital necessário ao investimento em outras áreas de interesse do governo. Auge do modelo sanitário camponês, com a criação do SESP.

Destaca-se que a população de maior poder aquisitivo utilizava os serviços privados, parte da medicina liberal, enquanto a maioria da população não vinculada à previdência contava apenas com os escassos serviços públicos e de instituições filantrópicas, além das práticas populares de tratamento.

1.1.4 Período da Redemocratização ou Desenvolvimentista (1945-1963)

O ano de 1945 é marcado pelo final da segunda guerra mundial, sendo a vitória dos EUA e das forças aliadas sobre o fascismo e o nazismo. Nesse contexto, os regimes ditatoriais são enfraquecidos e um clima de democratização faz parte do cenário

mundial. Foi através desse clima, e também pela crise econômica brasileira, que ocorre a deposição de Vargas.

A partir disso, reinicia-se um período de redemocratização do país com eleições para presidente e para a assembleia constituinte, seguindo-se a consolidação do populismo nacionalista e o pluripartidarismo (PAIM, 2008).

1.1.5 Eurico Gaspar Dutra (1946-1951)

Manteve-se o regime presidencialista e os direitos estabelecidos por Vargas. Dutra alinha-se à política dos EUA em oposição aos países socialistas, e no decorrer de seu mandato adota medidas anti-inflacionárias e congela os salários dos trabalhadores.

Ele também lançou o plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia), elaborado em 1948 e aprovado em 1950, destacando a saúde como uma de suas prioridades, o que não se consolidou na prática, uma vez que a maior parte dos recursos do plano foi destinada à área de transporte (MACHADO, 2003).

1.1.6 Era Vargas – Segundo Mandato (1951-1954)

Vargas retoma seus projetos econômicos para garantir a infraestrutura necessária ao processo de industrialização que desejava implementar, numa política e caráter nacionalista. No campo político, Vargas sedimentou o populismo, prática de contato direto com as massas populares.

A assistência médica expandiu-se em todos os IAPs. No entanto, a implantação de programas e serviços de atenção médica tem como marca o clientelismo, favorecido pelo atrelamento dos sindicatos e Institutos ao Estado.

Em julho de 1953, foi criado o Ministério da Saúde independente da área de educação, sendo-lhe destinado apenas um terço dos recursos alocados no antigo Ministério de Educação e Saúde (MACHADO, 2003).

1.1.7 Juscelino Kubitschek (1956-1960)

Através do modelo nacional-desenvolvimentista, promove grandes transformações econômicas com apoio do capital estrangeiro, e põe em ação o Plano de Metas, cujo principal objetivo é a construção de Brasília para sede da nova capital.

Seu governo caracterizava-se pela ênfase ao desenvolvimento, deixando em segundo plano as políticas sociais. A saúde pública obtém pequenas conquistas, enquanto os IAPs fortalecem o modelo de assistência médica curativa aos seus segurados. Algumas empresas insatisfeitas com a atuação dos institutos começaram a contratação de serviços médicos particulares, o que mais tarde viria a se constituir nas empresas médicas ou medicina em grupo que terá espaço garantido na assistência previdenciária nos anos seguintes (MACHADO, 2003).

1.1.8 Jânio Quadros e João Goulart (1961-1964)

Período tumultuado na política brasileira, com a vitória de Jânio Quadros e sua renúncia no mesmo ano, fazendo o vice, João Goulart, subir ao poder, com forte oposição política da elite nacional por defender as reformas de base e políticas sociais.

João Goulart elaborou um plano de governo voltado para três pontos fundamentais: o desenvolvimento econômico, o combate à inflação e a diminuição do déficit público. No entanto, o regime parlamentarista impedia que as questões nacionais fossem resolvidas por meio de uma consistente coalizão política. Com a volta do antigo sistema, ele defendeu a realização de reformas que poderiam promover a distribuição de renda por meio das chamadas Reformas de Base.

No plano da saúde não houveram mudanças significativas, permanecendo o mesmo quadro do governo anterior (MACHADO, 2003).

1.1.9 Regime Militar (1964-1984)

1.1.9.1 Primeira Fase: Institucionalização da Ditadura (1964-1968)

Ocorreu eleições indiretas para presidente, cassação de mandatos de diversos parlamentares, intervenção nos sindicatos, a criação do bipartidarismo (ARENA e MDB) e a constituição de 1967, que confirma e institucionaliza o regime militar e suas formas de atuação.

Promoveu-se nesse período o processo de restauração da ordem na sociedade, entendida como repressão a qualquer discordância. Cresce o investimento em infraestrutura para favorecer o processo de modernização e industrialização do país e gradativamente são reduzidos os gastos sociais, favorecendo a acumulação capitalista (MACHADO, 2003).

1.1.9.2 Segunda Fase: Milagre Econômico (1968-1974)

Esse crescimento foi alavancado pelo PAEG (Programa de Ação Econômica do Governo) implantado em 1964, durante o governo de Castelo Branco. Teve como principais características o crescimento do PIB, melhorias significativas na infraestrutura do país, aumento do nível de empregos pelos investimentos nos setores de infraestrutura e indústria, desenvolvimento industrial e crescimento, fortalecimento das empresas estatais, inflação elevada, aumento da dívida externa e aumento ainda maior das desigualdades sociais no país com o aumento da concentração de renda nas mãos dos mais ricos. O crescimento econômico brasileiro começou a diminuir a partir de 1974 com uma crise mundial provocada pelo “choque do petróleo” (MACHADO, 2003).

1.1.9.3 Terceira Fase: Crise da Política Econômica (1974-1984)

Foi agravada pela crise do petróleo e recessão mundial e pela redução de empréstimos internacionais que afetaram a economia brasileira. Conseqüentemente, ocorreu o esgotamento do modelo que gerou concentração de renda para uma minoria e empobrecimento para grande parte da população.

No campo da saúde, implantou-se um sistema caracterizado pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e por uma burocracia técnica que priorizava a mercantilização da saúde. Diante disso, em 1966, os IAPs foram unificados no INPS, subordinado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social, com responsabilidade pelos benefícios previdenciários e pela assistência médica aos segurados e seus familiares. Assim, o INPS passou a ser o grande comprador dos serviços privados de saúde, estimulando-se um padrão de organização da

prática médica pela lógica do lucro. Além do fortalecimento do setor privado, a previdência mantém a expansão da medicina de grupo, deixando de contribuir com o INPS.

O Ministério da Saúde, com a missão de atuação em âmbito coletivo, é relegado ao segundo plano, perdendo poder e privilégios políticos. Os sanitaristas perdem espaço político com conseqüente desvalorização do modelo sanitarista campanhista de anos anteriores.

O sistema previdenciário foi desvinculado do Ministério do Trabalho, passando para o MPAS, criado em 1974, o que não traz mudanças nas características em curso dos serviços de saúde. Com a criação desse ministério, foi formado o FAZ, cujos recursos eram destinados ao financiamento da construção de hospitais, elaborando também o Plano de Pronta Ação (PPA), que ampliava a contratação de hospitais e clínicas particulares para atendimento de qualquer indivíduo, segurado ou não. Essas medidas contribuíram para elevar os gastos previdenciários e fortalecer a diferença entre atenção preventiva e atenção curativa.

Como os problemas sócias e de saúde agravaram-se e a resolução por parte do Ministério da Saúde é lenta e insignificante, cresce a insatisfação da sociedade e um clima propício para o surgimento de movimentos sociais.

Em 1975, a crise do setor de saúde foi discutida na V conferência nacional de Saúde. Foram levantados os problemas de insuficiência, má distribuição e falta de coordenação dos serviços de saúde, além de sua inadequação e ineficácia. Em 1977 ocorreu a criação do SIMPAS, em 1976 a criação do PIASS, promovendo uma grande expansão da rede ambulatoria pública e favoreceu a entrada de técnicos provenientes do movimento sanitário nos órgãos de Saúde do Estado e o surgimento de novas experiências no campo da saúde pública.

O movimento social mantém-se articulado e pressiona o governo por mudanças no modelo de assistência previdenciário em crise crescente em função da escassez de recursos e do aumento dos custos operacionais para sua manutenção. Assim, em 1981, foi criado o CONASP, que traz em seu plano a proposta de mudança do modelo assistencial. A partir da CONASP, foi possível o surgimento, em 1983, do Programa de Ações Integrais de Saúde. Os governos estaduais, através de convênios com o Ministério da Saúde e da Previdência Social, recebiam recursos

que eram repassados aos municípios, o que possibilitou a expansão da cobertura por meio da construção de Unidades Básicas de Saúde e a contratação e capacitação de recursos humanos para os serviços de atenção básica (MACHADO, 2003).

1.1.10 Nova República (1985-1988) ³

Sob o governo de José Sarney, o cenário era de redemocratização da sociedade. Desejava-se que a elaboração da carta constitucional fosse fruto da participação popular e avançasse no aspecto da democracia e na garantia dos direitos e deveres da cidadania.

Esse clima de ebulição participativa e de lutas por ampliação da cidadania foi favorável para se colocar a saúde na agenda política e difundir as propostas da Reforma Sanitária. Em 1986, realizou-se a VIII Conferência Nacional de Saúde, criando um espaço importante para o debate dos problemas do sistema de saúde e de propostas de reorientação da assistência médica e de saúde pública. Foi também instalada a Assembleia Nacional Constituinte, em fevereiro de 1987, sendo eleito Ulisses Guimarães para presidir a elaboração da nova constituição brasileira. Hésio Cordeiro contribuiu com acontecimentos da história da saúde e do movimento sanitário no Brasil. Sua participação na criação do Instituto de Medicina Social da UERJ, suas atividades como professor, pesquisador e, mais recentemente, Presidente do INAMPS, asseguram-lhe um espaço privilegiado nos acontecimentos que marcaram contemporaneamente a saúde neste país

Enquanto se elaborava o arcabouço jurídico do Sistema Único de Saúde no processo constituinte, um decreto da União de julho de 1987 transformava as AIS no SUDS.

Finalmente, em 1988, a promulgação da constituição federal, foi aprovado o SUS, que incorporou a maioria das propostas do movimento da Reforma Sanitária apresentadas por emenda popular acompanhada da participação dos segmentos interessados (MACHADO, 2003).

1.1.11 Período de 1988 a 1992

Fernando Affonso Collor de Mello é um político, jornalista, economista, empresário e escritor brasileiro. Foi o primeiro presidente eleito por voto direto, após o Regime Militar e o único deposto por um processo de impeachment no país devido a escândalos de corrupção. Implementou o Plano Collor e abertura do mercado nacional às importações. Em seu governo o Brasil entrou em recessão econômica com aumento do desemprego e uma alta inflação.

Na saúde seu governo era baseado no clientelismo, não havendo nenhuma prioridade em materializar o conceito Seguridade Social, presente na Constituição. Apoiava um projeto conservador em saúde, com a implantação distorcida do SUS e o apoio ao modelo médico-assistencial privatista reciclado de expansão da assistência médica supletiva, entre outros fatos. Em 1992, com o apoio do movimento dos caras pintadas representados pelos estudantes ocorre o impeachment (PEDROSA; TELES, 2003).

1.1.12 Itamar Augusto Cautiero Franco (1992–1994)

Foi um político brasileiro sendo o 33º presidente da República (1992–1994), vice-presidente (1990–1992), senador por Minas Gerais (1975–1983; 1983–1990 e 2011) e governador do estado de Minas Gerais (1999–2003). Entre seus planos de ações destaca-se o plebiscito sobre a forma de governo do Brasil, resultando na permanência da república presidencialista.

Na tentativa de trazer o país a normalidade, Itamar Franco teve como foco o combate à inflação. Enfrentou dificuldade para conquistar grandes avanços em outras áreas da administração pública, como exemplo a saúde. Mesmo assim, algumas medidas de gestão foram fundamentais para o sucesso de programas implantados pelo sucessor, Fernando Henrique Cardoso.

Na saúde, realizou a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), já que era um foco de corrupção. A falta de recursos era dramática e apesar de haver uma expectativa de equacionar o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), este não foi realizado em seu governo (PEDROSA; TELES, 2003).

1.1.13 Fernando Henrique Cardoso (1995 – 2003)

Fernando Henrique Cardoso é um sociólogo, escritor e político brasileiro. Foi o presidente da República Federativa do Brasil e no período de 1995 a 2003. Elaborou o Plano Real, que estabilizou a economia e atuou na privatização de empresas e a abertura de mercado, dando ao Brasil uma visibilidade do mercado externo.

Na saúde, contribuiu com a descentralização tendo como marco a criação do Programa Saúde da Família (PSF), que introduziu um novo conceito de atenção primária à saúde. Em 1966, foi instituída a Norma Operacional Básica 1996, a qual transferia definitivamente a responsabilidade pela gestão e execução da saúde aos municípios.

A atenção primária começa a ocorrer em nível ambulatorial, valorizando a promoção, prevenção e recuperação da população, disponibilizando exames laboratoriais e métodos de diagnósticos básicos. A composição da equipe de saúde, é responsável por uma comunidade de determinada área geográfica, é formada por: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, técnico em enfermagem. Esse modelo de gestão de saúde parece ser simples e ineficaz porem, possui um nível de resolubilidade de 85% de toda a demanda médica de uma população. Os hospitais começaram a utilizar seus recursos para atender as demandas que realmente necessitam de cuidados mais sofisticados. Apresentou uma Proposta de Emenda Constitucional, onde era estipulado um percentual mínimo que cada esfera do poder público seria obrigada a investir na saúde (PEDROSA; TELES, 2003).

1.1.14 Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2011)

Luiz Inácio Lula da Silva, é um político, ex-sindicalista e ex-metalúrgico brasileiro. Foi o trigésimo quinto presidente do Brasil, cargo que exerceu de 1º de janeiro de 2003 a 1º de janeiro de 2011. Em seu governo investiu em programas sociais como o Bolsa Família e Fome Zero onde teve seu reconhecimento por parte da Organização das Nações Unidas como um país que saiu do mapa da fome

De acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM) o Ministério da Saúde deixou de usar 131 bilhões de reais entre 2003 e 2014 na saúde pública. O período se

refere aos dois mandatos do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva e ao da atual presidente, Dilma Rousseff, ambos do PT (PEDROSA; TELES, 2003).

1.1.15 Dilma Vana Rousseff (2010- 2016)

Dilma Vana Rousseff é uma economista e política brasileira, filiada ao Partido dos Trabalhadores (PT) e atual presidente da República Federativa do Brasil e foi a primeira mulher presidente. Na área da saúde criou o programa “Mais Médicos” com o objetivo de interiorizar o atendimento às populações carentes aumentando a capacidade de atendimento do SUS. Atualmente, em meio de uma crise política, ética e financeira Dilma enfrenta a ameaça do impeachment (PEDROSA; TELES, 2003).

1.2 O HISTÓRICO DA JUDICIALIZAÇÃO NO BRASIL

No Brasil, ainda é considerado um assunto recente o fenômeno da chamada “judicialização da saúde”. É um tema complexo que envolve as esferas do Poder Público - Judiciário e Executivo -, confrontados no desafio de seguir o artigo 196 da constituição brasileira onde são garantidos os direitos universais dos cidadãos à atenção integral à saúde, sendo de responsabilidade do estado. As decisões judiciais visam garantir o atendimento ao direito e às necessidades do cidadão, por outro remetem ao gestor a responsabilidade da decisão de alocação de recursos que muitas vezes contradita o princípio da equidade em saúde (ANDRADE, 2008).

Esses conflitos exacerbam-se em sua complexidade de tal forma quando leva-se em conta que em meio o litígio há uma indicação médica, que não leva em conta as instituições envolvidas, limites orçamentários, impacto econômico ou sob outras políticas (ANDRADE, 2008).

Esse trabalho tem por objetivo descrever a história da implementação do sistema de saúde no Brasil, até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), discutir os problemas da implementação desse sistema e debater os problemas inerentes dessa implantação e os efeitos da judicialização sob esse próprio sistema.

O presente estudo foi desenvolvido a partir de um levantamento bibliográfico nas bases de dados Medline, Scielo, Pubmed e LILACS. Foram selecionados artigos de

2003 a 2013, na língua portuguesa e os artigos selecionados possuíam pesquisas originais sobre a judicialização da saúde no Brasil.

2 DISCUSSÃO

O arcabouço legal que propiciou amplos direitos ao cidadão brasileiro iniciou-se na constituição de 1988 definiu o tratamento a ser concedido pelo Estado à sociedade consolidando os direitos econômicos, sociais e culturais além da dignidade da pessoa humana como um de seus fundamentos (artigo 1º, III) sendo que os direitos na área de saúde foram tratados como um verdadeiro direito fundamental.

TÍTULO I - Dos Princípios Fundamentais

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:

I - a soberania;

II - a cidadania;

III - a dignidade da pessoa humana;

IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa;

V - o pluralismo político.

Parágrafo único. Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição (BRASIL, 1988)

Mais adiante estabelece os princípios que irão fundar um sistema único de saúde

TÍTULO VIII - Da Ordem Social

CAPÍTULO I - DISPOSIÇÃO GERAL

Art. 193. A ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça social.

CAPÍTULO II - DA SEGURIDADE SOCIAL

Seção II - DA SAÚDE

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.

Art. 197. 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.

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.

§ 1º. **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. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

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

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

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

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

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000) (BRASIL, 1988)

De forma abstrata foi criada então uma concepção de assistência à saúde de amplos direitos e inexistentes deveres ao beneficiário, que nesse momento carecia de melhor ordenamento jurídico para que preceitos e delimitações fossem criados.

A regulamentação dos direitos da saúde foi feita pela Lei orgânica da Saúde com a criação do SUS - Sistema Único de Saúde (Lei 8.080/90), concebido como uma série de serviços e ações de saúde a serem proporcionados por órgãos e instituições públicas (GUERRA, ALENCI, 1990).

Foram criados então, os princípios básicos que regem o SUS, que ao invés de delimitar o campo de atuação, estabeleceram conceitos amplos e abertos, tornando a sua implantação e sustentabilidade um grande desafio. Citando como exemplo alguns princípios centrais como a universalidade (acesso por qualquer pessoa), a integralidade (desde promoção, proteção até a recuperação) e a equidade (prestar serviços desiguais a populações desiguais – alocando maiores recursos a populações mais carentes e menos recursos a populações mais autossuficientes) (GUERRA, ALENCI, 1990).

O que se observa na prática é que apenas parte das diretrizes do SUS conseguiu ser implantada sendo denúncia dos seus sérios problemas estruturais a superlotação dos serviços de emergência, as filas no atendimento secundário e a predominância da população pobre no atendimento primário. Além disso, o poder público não implantou a prática de avaliação, administração e monitoramento, essenciais para a melhoria dos processos (GONTIJO, 2010).

Na medida em que sua implantação não obteve o sucesso necessário, e ao passo em que as populações se tornavam conscientes dos direitos consignados, as cortes passaram a ser buscadas com maior intensidade para garantir o cumprimento das lacunas.

Segundo informação publicada pelo próprio ministério da saúde em seu portal, houve um aumento de 2010 a 2015, de 500% nos gastos de demandas judiciais, sendo que em 2010 o gasto foi de R\$139,6 milhões, e em 2014 o gasto chegou a R\$ 838,4 milhões, somando no período uma quantia superior a R\$ 2,1 bilhões (GONTIJO, 2010).

Estudo realizado no estado de Minas Gerais revelou ser o estado com maior número de demandas da federação (27%) no período de 2004 a 2007, quando houve aumento de 1.030% no número de demandas por medicamentos no período (GONTIJO, 2010).

A tendência desse processo é de crescimento progressivo, ameaçando a sustentabilidade do SUS, e apontando para um não cumprimento dos princípios apontados pelo legislador. O grande desafio que representa a implantação de um sistema único de saúde nos moldes concebidos acaba por negar à grande maioria da população os benefícios propostos enquanto que a judicialização cria um grupo de pessoas que se beneficiam dos preceitos previstos na lei.

Colidindo, dessa forma, frontalmente com o conceito de universalidade, pois em sua implantação não conseguiu alcançar todos, e com a judicialização têm seus recursos drenados na direção de grupos de pressão promovidos através dela, em detrimento da grande maioria.

Um sintoma dessa disfunção é a criação de monopólios em torno de alguns medicamentos não oferecidos pelo sistema, porém com jurisprudências amplamente favoráveis a sua disponibilização, exemplo disso é a Healthcare Inc., que possui

uma carteira de remédios especiais – alto custo e ainda em fase experimental – sendo o estado Brasileiro o seu maior cliente, gastando mais de R\$ 213 milhões ao longo de cinco anos (2006-2010).

Outro conceito seriamente comprometido é o da equidade, pois nota-se que somente aqueles com maior capacidade de ação conseguem ampliar seus benefícios através dessa via. Estudo feito no município de São Paulo, SP, demonstrou que 74% das demandas judiciais de requisição de medicamentos são de pessoas em endereços com ausência de vulnerabilidade social, contrariando a premissa de prioridade aos hipossuficientes (GONTIJO, 2010).

Assim, a disparidade entre o modelo idealizado e insuficiência e precariedade da prática implantada, é causa das demandas judiciais para garantia do cumprimento legal da efetivação das políticas públicas relativas ao direito à saúde, e seu aumento progressivo é consequência natural da maior conscientização da população sobre seus direitos.

3. CONCLUSÃO

O ambicioso sistema de saúde proposto na Constituição Brasileira, mostrou-se de difícil implementação, não se realizando em muitas de suas diretrizes. Dessa forma a busca pela justiça têm-se ampliado gerando novos problemas e desafios ao administrador públicos, uma que recursos finitos são canalizados no atendimento de setores da sociedade em detrimento a universalidade proposta pelo legislador inicialmente.

No trato desse assunto não há solução juridicamente fácil nem moralmente simples, uma vez que está em jogo o direito à vida e à saúde de uns versus o direito à vida e à saúde de outros, e as decisões judiciais já observadas tendem a consolidar uma situação similar ao período pré-constituição de 1988 onde não existia a universalidade legal da saúde.

Assim a sustentabilidade do SUS encontra-se de tal forma ameaçada, que se torna urgente a proposição de medidas mitigadoras do risco de colapso do sistema.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Eli lola Gurge et al. A judicialização da saúde e a política nacional de assistência farmacêutica no Brasil: gestão da clínica e medicalização da justiça. **CEP**, v. 30130, p. 100, 2008.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988

GONTIJO, Guilherme Dias. A judicialização do direito à saúde. In: *Rev Med Minas Gerais* 2010; 20(4): 606-611

GUERRA, ALCENI. ABC do SUS - Doutrinas e Princípios. Ministério da Saúde - Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Brasília, 1990.

MACHADO, K. O SUS que queremos e o SUS que temos. *Revista Radis: comunicação em saúde*, n-13, pág-8-19. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003.

PAIM, Jairnilson Silva. 20 anos de Construção do Sistema Único de Saúde. *Tempus*, v. 2, n. 1, p. 63-86, 2008.

PEDROSA, I. I.; TELES, JBM. É preciso repensar a educação em saúde sob a perspectiva da participação social. *Revista Radis: comunicação em saúde*, n-13, pág-24-25. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. "Políticas de Saúde No Brasil: Um Século de Luta Pelo Direito à Saúde"