

OS DESAFIOS DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL FACE A POLÍTICAS DE AUSTRIDADES

doi 10.36977/ercct.v21i2.274

Artigo Original

Palloma Gomes e Silva¹

 <https://orcid.org/0000-0001-5803-1983>

Thaís Araújo Dias²

 <https://orcid.org/0000-0003-0217-9289>

RESUMO

Este artigo tem o objetivo de analisar os desafios da universalização do Direito à Saúde no Brasil e a intervenção atípica do Poder Judiciário como forma de efetivação desse Direito Social. Para tanto, estudar-se-á a evolução histórica do Direito à Saúde em âmbito nacional, notoriamente a influência da denominada Reforma Sanitária que teve por consequência a inclusão deste direito no rol dos Direitos Sociais presentes na Constituição Federal de 1988 e a elaboração da Lei nº 8080/90 que instituiu e regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS), uma das maiores conquistas sociais asseguradas na Carta Constitucional vigente. Os princípios doutrinários do SUS são a universalidade, a equidade e a integralidade nos serviços e ações de saúde, no entanto, a efetivação satisfatória destes é um desafio constante no Brasil, tendo em vista que se trata de um país heterogêneo com limitações aparentes de recursos financeiros, cite-se a Emenda Constitucional nº 95, de 2016 que congelou por 20 (vinte) anos os gastos públicos, afetando em grande escala o financiamento da saúde pelo Estado. Neste contexto, note-se o impasse entre a garantia do direito à saúde e a limitação financeira do ente Estatal, o qual enseja, cada vez mais, a provocação do Poder Judiciário com o objetivo de ver concretizado o direito pleiteado, sendo esta função típica do Poder Legislativo e do Poder Executivo. Ante o exposto, com o propósito de delinear os pontos relevantes, foi realizado estudo bibliográfico com análise das doutrinas básicas e das legislações pertinentes, bem como análise de jurisprudências firmadas acerca do tema.

Palavras-chave: Direito à Saúde; Desafios à efetivação; Judicialização da saúde; de enfermagem.



Revista de Cultura, Ciência e Tecnologia

www.uvanet.br/essentia

Recebido em: 06/05/2022

Aprovado em: 15/06/2022

Autor para correspondência:

Thaís Araújo Dias

Av. Coronel Miguel Dias 1140, Apartamento 701, Torre 2,
Patriolino Ribeiro, Fortaleza, Ceará, Brasil. CEP: 60.810-160

E-mail: araujodiasthais@gmail.com



Copyright (c) 2022 Essentia - Revista de Cultura, Ciência e Tecnologia da Universidade Estadual Vale do Acaraú
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

¹Bacharel em Direito pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sobral, Ceará, Brasil. E-mail: pallomaubj@gmail.com

²Doutoranda em Direito Constitucional pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Mestre em Direito Constitucional pela UNIFOR. Bacharel em Direito pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Professora do Curso de Direito da UVA. Sobral, Ceará, Brasil. E-mail: araujodiasthais@gmail.com

ABSTRACT

This article aims to analyze the challenges of the universalization of the Right to Health in Brazil and the atypical intervention of the Judiciary as a way of making this Social Right effective. In order to do so, the historical evolution of the Right to Health will be studied at the national level, notably the influence of the so-called Health Reform that resulted in the inclusion of this right in the list of Social Rights present in the Federal Constitution of 1988 and the elaboration of the Law n° 8080/90 which established and regulated the Unified Health System (SUS), one of the greatest social achievements guaranteed in the current Constitutional Charter. The doctrinal principles of the SUS are universality, equity and integrality in health services and actions, however, their satisfactory implementation is a constant challenge in Brazil, given that it is a heterogeneous country with apparent limitations of resources 95, of 2016, which froze public spending for 20 (twenty) years, affecting on a large scale the financing of health by the State. In this context, note the impasse between the guarantee of the right to health and the financial limitation of the State entity, which increasingly gives rise to the provocation of the Judiciary with the objective of seeing the claimed right materialized, being this typical function of the Legislative and Executive Powers. In view of the above, to outline the relevant points, a bibliographic study was carried out with an analysis of the basic doctrines and relevant legislation, as well as an analysis of jurisprudence signed on the subject.

Keywords: *Right to Health; Challenges to implementation; Judicialization of health;*

INTRODUÇÃO

Com o advento da Constituição Federal de 1988, a saúde foi elevada à categoria de direito fundamental, sendo caracterizada como um direito social. Em seu artigo 196, assegura que a saúde é um "direito de todos e dever do Estado" (Brasil, 1988), o que evidencia o anseio pela sua universalização, bem como a necessidade de políticas públicas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doenças e de outros agravos, como também garantam acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A proposta de universalização da saúde foi seguida de sua institucionalização normativa, o que possibilitou a afirmação de princípios, normas e diretrizes que foram desenvolvidos nos anos seguintes. A expressão mais significativa foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei 8.080 de 1990, responsável por oferecer a todos os indivíduos do país acesso integral e gratuito a serviços de saúde, sendo considerado um dos maiores e mais inclusivos sistemas de saúde públicos do mundo.

Não obstante, a universalização da saúde no Brasil é um projeto em construção que enfrenta desafios significativos para sua plena efetivação. O maior obstáculo reside no financiamento insuficiente do sistema de saúde, que deve ser assumido pelas administrações públicas dos três

entes federados: federal, estadual e municipal. Porém, diante do escasso recurso, o sistema universal encontra limitações na prestação de serviços, tornando-o aquém do objetivado pelo constituinte. Assim, bens jurídicos importantes como a vida e a dignidade da pessoa humana são diretamente afetados. Como forma de proteção, garantia e reivindicação dos direitos assegurados pela Constituição Cidadã, existe a faculdade aos prejudicados de obterem acesso à saúde por meio de demandas judiciais individuais, reconhecidas como o fenômeno da "judicialização da saúde".

Este artigo tem como objetivo geral analisar os desafios da efetivação do direito social à saúde no Brasil e a atuação do Poder Judiciário como forma de impor a concretização dos direitos fundamentais dispostos na Constituição Federal.

METODOLOGIA

O método utilizado para se chegar as conclusões obtidas foi de natureza básica, utilizando-se do procedimento bibliográfico e documental, do tipo explicativo. Pelo teor dos objetivos estabelecidos, a pesquisa é de natureza qualitativa.

Como fontes bibliográficas, realizou-se a análise do estado da arte por meio de artigos científicos e literatura especializada. No que concerne as fontes documentais elegeu-se os documentos normativos infraconstitucionais como a Lei 8.080/1990 e o Código de Processo Civil, a Constituição Federal de 1988 e os entendimentos jurisprudenciais sobre a temática. Os resultados estão apresentados analiticamente em sessões temáticas.

RESULTADOS**A Saúde como Direito Fundamental na Constituição Federal de 1988**

A Constituição brasileira de 1988 constitui-se marco jurídico democrático e visa consolidar a institucionalização de vários direitos fundamentais no Brasil. A redação de 1988, ao manifestar a cisão com o regime autoritário, presta aos direitos e garantias um relevo destacável, colocando-se como carta política mais avançada e analítica versando sobre o assunto na história constitucional da República Federativa do Brasil.

Ao iniciar o título referente aos direitos e garantias fundamentais, a Constituição assegura, artigo 5º, caput, a inviolabilidade do direito à vida. Ademais, esta enumera em seu artigo 1º, inciso III, a dignidade da pessoa humana como fundamento do Estado Democrático de Direito (BRASIL, 1988). Do direito à vida e da proteção à dignidade humana certamente decorre, entre outros, o direito

à saúde, inserido no capítulo da ordem social e com previsão central no artigo 196 que dispõe:

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 (BRASIL, 1988).

Nesse sentido, mencione-se que a saúde é um direito universal garantido pela Constituição Federal de 1988. Isso quer dizer que todos têm direito a tratamentos adequados, fornecidos pelo poder público. Ressalte-se que a saúde é caracterizada pelo artigo 6º da Constituição como um direito social, assim como a educação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade, a infância e a assistência aos desamparados (BRASIL, 1988).

Os direitos sociais exigem um fazer por parte do Estado, uma obrigação de agir, a fim de que os hipossuficientes sejam amparados. São classificados como direitos prestacionais, que obrigam um agir concreto por parte do Estado, tanto para proteger bens jurídicos em face de terceiros, quanto para garantir as condições necessárias à fruição desses bens.

No que se refere à eficácia das normas constitucionais que se apresentam como direito fundamental à saúde, percebe-se ainda nos termos do Preâmbulo da Constituição Federal de 1988, assim como no artigo 3º, inciso III, que os direitos sociais (de segunda dimensão) são estreitamente ligados às funções do Estado Democrático Social, que tem como objetivo prestar uma adequada e justa de bens e serviços para que se possa ter a redução das desigualdades sociais que assolam a população, principalmente aquelas mais humildes.

A norma constitucional, embora programática, não pode ser interpretada pelas autoridades públicas apenas como promessa constitucional, visto que são dotadas de eficácia jurídica, ainda que a integralidade de algumas dependa de normatividade futura ou de realidade socioeconômica do Estado. Nessa toada, não pode o Estado alegar a escassez de recursos para deixar de cumprir o mínimo essencial.

Assim, é dever do Estado atender aos enfermos, fornecer os medicamentos necessários, realizar cirurgias e custear internações. É fato que nem sempre será possível prestar atendimento público a toda a população, com a qualidade prevista na Constituição e nas leis, porém as autoridades públicas não poderão simplesmente se omitir.

Ainda acerca da positivação do direito à saúde na Constituição Federal, é de suma importância mencionar o que dispõe claramente o artigo 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 (BRASIL, 1988).

Destarte, o atendimento à saúde exige do Poder Público uma intervenção legislativa que o regulamente, fiscalize e controle, tal como ocorreu com a edição da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90).

Ainda na Carta Constitucional, o artigo 199 e seus parágrafos estabelecem acerca da liberdade conferida à iniciativa privada para, de forma complementar, participar do sistema único de saúde, por meio de contrato de direito público ou convênio, seguindo as diretrizes do SUS. O artigo 200, caput, por sua vez, dispõe sobre o Sistema Único de Saúde, sua competência e atribuições, remetendo a sua disciplina à lei, nos termos dos artigos 23, II e 24, XII, todos da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Fato é que, a saúde é direito fundamental assegurado a todos e deve ser interpretado como um direito indissociável da vida, cabendo ao Poder Público empregar todos os esforços necessários ao atendimento da população, com políticas públicas e intervenções legislativas capazes de proteger, promover e recuperar a condição de saúde da população, bem como regulamentar, fiscalizar e controlar sua execução plena e igualitária.

Reforma Sanitária: marco na evolução do Direito à Saúde no Brasil

A partir do reconhecimento do direito à saúde expresso na Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas (ONU), 1948, considerando-o um direito indissociável ao direito à vida, vários movimentos foram deflagrados.

No cenário brasileiro, conforme preceitua José Gomes Temporão (2007), inicialmente a saúde era apontada apenas como um benefício da previdência social, de tal maneira que as políticas públicas de saúde tinham como objetivo principal proporcionar a manutenção e recuperação da força de trabalho necessária à reprodução social do capital e, desse modo, contemplava somente a parcela da população que contribuía para a previdência social e privava a maioria da população, notadamente trabalhadores informais e do campo, ao acesso às ações de saúde, restando a elas a assistência prestada por entidades filantrópicas.

Dessarte, o direito à saúde, da forma que é conhecido na atualidade, foi resultado de anos de luta do movimento conhecido como Reforma Sanitária, uma reforma democrática na área da saúde, surgida em meados da década de 1970, em um contexto de lutas e reivindicações por uma

saúde universal, com garantia de acesso a toda população, sendo resultado da indignação de parcela da sociedade sobre o dramático quadro do setor. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca de melhores condições de vida de toda sociedade. Este processo teve como marco legal a 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986, que reuniu mais de quatro mil pessoas, em Brasília – DF, precedendo a notória constituição Federal de 1988 (PAIM, 2008). Assim, a 8ª Conferência significou um marco na formulação das propostas de mudança do setor de saúde, consolidadas na Reforma Sanitária Brasileira. Seu relatório final definiu que:

[...] a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acessos a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987, p. 382).

Esse documento serviu de base para discussões na Assembleia Nacional Constituinte em 1987. Como resultado do debate entre as diversas propostas em relação ao setor Saúde apresentadas na Assembleia Nacional Constituinte, a aprovação da Constituição Federal de 1988 criou o Sistema Único de Saúde, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população (BRASIL, 1990).

Assim, afirma-se que a Constituição Federal de 1988 surgiu na sequência destes movimentos reivindicatórios, e foi formulada com o intuito principal de garantir os direitos do cidadão, efetivando a garantia de direito como à saúde a toda população e avocando para o Estado as responsabilidades para manutenção desta. Vista como uma legislação de ampla complexidade possuía como objetivo vislumbrar novas possibilidades ao povo brasileiro, promovendo a garantia de direitos básicos e fundamentais, como educação, habitação assistência social e saúde.

Ademais, a partir das discussões e princípios estabelecidos na Constituição, no ano de 1990, homologou-se a Lei nº 8.080 que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS. Esta lei se constitui como principal marco na saúde pública brasileira trazendo significativos avanços para saúde coletiva, tendo como princípios a integralidade de assistência, a universalidade no acesso, a equidade, descentralização político-administrativa, regionalização e a hierarquização da gestão e a participação da população em sua construção.

Logo, pode-se afirmar que o SUS é uma conquista que se originou através de movimentos de reivindicações social, sobretudo do movimento da Reforma Sanitária, ressaltando a importância popular na conquista do bem comum (BRASIL, 1990).

O SUS e o desafio da consecução do direito à saúde

Resultado de lutas e reivindicações da sociedade, o SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais asseguradas na Constituição Federal de 1988. A materialização de uma nova concepção acerca da saúde no país está expressa em seus artigos 196 a 200. A consagração constitucional do SUS trouxe a previsão da necessidade de novas leis para sua regulamentação o que ocorreu por meio da Lei nº 8080/90 e da Lei nº 8142/90 que conjuntamente formam a “Lei Orgânica da Saúde”.

Assim, a saúde passa a ser relacionada com a qualidade de vida da população, englobando a alimentação, o controle de qualidade da água potável, o trabalho, a renda, a moradia, a educação, o meio ambiente, o saneamento básico, a vigilância sanitária, e, inclusive, a atenção às regras de vendas de medicamentos genéricos ou nas campanhas de vacinação, de doação de sangue ou leite materno que acontecem durante todo o ano, dentre outras ações.

É possível classificar os princípios do SUS em doutrinários e organizativos. São princípios doutrinários: a universalidade, a equidade e a integralidade, e são princípios organizativos: descentralização com direção única em cada esfera de governo, regionalização e hierarquização da rede, e participação popular).

A universalidade afirma que a saúde é um direito de todos, sendo dever do Poder Público a provisão de serviços e de ações que lhe garanta. A integralidade dispõe que a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de pessoas ou grupos de pessoas, ainda que minoritárias em relação ao total da população. E, o princípio da equidade, por sua vez, reconhece a necessidade de se reduzir as disparidades sociais e regionais existentes em nosso país. (BRASIL, 2000).

No escopo deste artigo destaca-se a universalidade que se refere a garantia de que todas as pessoas devem ter acesso às ações e serviços de saúde públicos e privados conveniados, em todos os níveis do sistema de saúde. Nesse sentido, o acesso deve ser independente de raça, sexo, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais, de modo que não há discriminação entre população urbana e rural ou entre contribuintes e não contribuintes (COUTO et al, 2009).

No entanto, inobstante ao que versa a lei maior, a universalidade ainda necessita de muito empenho do ente Estatal. Diante da complexidade e da dificuldade de construção de um sistema universal de saúde em um país heterogêneo como o Brasil, percebe-se a persistência de desafios relacionados a questões como a organização e a fragmentação das políticas, o insuficiente financiamento, as complexas relações entre a esfera pública e o mercado, as fragilidades nos processos regulatórios e as desigualdades em saúde que permanecem e que marcam a sociedade brasileira (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011).

Os princípios organizativos se materializam de forma que as ações e os serviços de saúde executados pelo SUS, diretamente ou complementado pela iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente, com direção única em cada esfera de governo, sendo exercida pela União (Ministério da Saúde), pelos Estados ou pelo Distrito Federal (Secretarias Estaduais de Saúde ou órgão equivalente) e pelos Municípios (Secretarias Municipais de Saúde ou órgão equivalente).

Estas definições de responsabilidade se alinha a organização do Brasil enquanto sistema político federativo (BRASIL, 2002). Sistema federativo é adequado para países marcados pela diversidade e heterogeneidade, por favorecer o respeito aos valores democráticos em situações de acentuada diferenciação política, econômica, cultural, religiosa ou social. Por outro lado, esse tipo de sistema torna mais complexa a implementação de políticas sociais de abrangência nacional, particularmente nos casos em que a situação de diversidade diz respeito à existência de marcantes desigualdades e exclusão social, como no Brasil.

Nesses casos, acentua-se a importância do papel das políticas sociais de redistribuição, redução das desigualdades e iniquidades no território nacional e inclusão social. Além disso, a implementação de políticas sociais em um sistema federativo requer, por um lado, a explicitação das funções das diferentes esferas de governo para cada área da política e, por outro, a adoção de mecanismos articuladores entre essas esferas, com ênfase em uma lógica de cooperação e complementação. Esse processo tem sido orientado pelas Normas Operacionais do SUS, instituídas por meio de portarias ministeriais que definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que Estados e municípios possam assumir as novas posições no processo de implantação do SUS, bem como definem critérios para que Estados e municípios voluntariamente se habilitem a receber repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde para seus respectivos fundos de saúde (BRASIL, 2002).

Isto posto, mister salientar que através SUS os pacientes devem ter acesso a todos os serviços e insumos para assegurar a saúde. No entanto, em

razão das limitações financeiras de manutenção do SUS, a população, muitas vezes, fica sujeita à ausência dos serviços, pela ausência de agentes (profissionais), de materiais (instrumentos) ou dos próprios medicamentos.

Sendo a saúde, portanto, um dever do Poder Público, há a alternativa ao usuário de propor uma demanda judicial quando lhe for negado o acesso a remédios e/ou tratamentos de saúde, a fim de que o Poder Judiciário obrigue o Poder Público a oferecer a assistência devida à manutenção da saúde do paciente.

Inobstante ao direito garantido pela Carta Constitucional, faz-se necessário esclarecer que a demanda pode comprometer a gestão dos recursos de saúde pública de uma determinada localidade e gerar consequências para a saúde do coletivo, visto que será posto o direito individual acima do direito coletivo ao se decidir por destinar grandes montantes para apenas um caso, vindo à tona a discussão entre a garantia do mínimo existencial e a reserva do possível.

Nesse sentido, alguns juristas acreditam que os tribunais estão criando um sistema público de saúde de dois níveis: um para aqueles que podem recorrer e ter acesso a qualquer tipo de tratamento, independentemente dos custos, e outro para o resto da população, que não tem acesso a cuidados restritos. O debate deste tema é complexo, uma vez que, de um lado, temos que todo brasileiro possui direito a um tratamento de saúde pelo SUS, sendo necessário à manutenção do seu mínimo existencial, e, de outro ponto, tem-se as limitações de recursos do poder público, garantidas pelo princípio da reserva do possível.

Políticas de austeridades e o risco da garantia do direito a saúde: em foco a Emenda do Congelamento de Gastos (EC 95)

Consoante ao previsto no texto constitucional, a saúde integra a Seguridade Social (art.194), juntamente com a previdência e a assistência social, devendo ser financiada por recursos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além das contribuições sociais (art.195). Em sequência, a Emenda Constitucional (EC) 29/2000 assegurou a participação dos três níveis de Governo no financiamento do SUS a partir da definição de um percentual mínimo de recursos por ano, seguindo o disposto no art. 198, §3º, Inc. II, da CF/88 que preceitua:

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:

(...)

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

(...)

II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais.

A regulamentação exigida por meio da EC 29/2000 através do art. 198, §3º, da Constituição Federal, foi finalmente publicada pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que consolidou os investimentos em saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios. Dessa forma, promoveram a descentralização dos recursos investidos via União e o conseqüente aumento de participação dos estados e, principalmente, dos municípios no total do gasto público em saúde.

No entanto, anos depois, implantou-se no Brasil um Novo Regime Fiscal (NRF) baseado no congelamento dos gastos públicos, atingindo de modo especial a política pública de saúde. O exposto se deu com a promulgação da Emenda Constitucional nº 95, de 2016, resultado das Propostas 241 e 55, que tramitaram, respectivamente, na Câmara dos Deputados e no Senado Federal, alcançando sua votação final, em segundo turno nesta última casa legislativa, no dia 16 de dezembro de 2016. A partir de então, foram inseridos no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) vários dispositivos que implementaram um novo regime fiscal com um limite para os gastos do governo federal, que vigorará pelos próximos 20 (vinte) anos, merecendo destaque os artigos 106 e 107 que dispõem o que segue:

Art. 106. Fica instituído o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por vinte exercícios financeiros, nos termos dos arts. 107 a 114 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias

Art. 107. Ficam estabelecidos, para cada exercício, limites individualizados para as despesas primárias:

I - do Poder Executivo;

II - do Supremo Tribunal Federal, do Superior Tribunal de Justiça, do Conselho Nacional de Justiça, da Justiça do Trabalho, da Justiça Federal, da Justiça Militar da União, da Justiça Eleitoral e da Justiça do Distrito Federal e Territórios, no âmbito do Poder Judiciário;

III - do Senado Federal, da Câmara dos Deputados e do Tribunal de Contas da União, no âmbito do Poder Legislativo;

IV - do Ministério Público da União e do Conselho Nacional do Ministério Público; e

V - da Defensoria Pública da União.

§ 1º Cada um dos limites a que se refere o caput deste artigo equivalerá:

I - para o exercício de 2017, à despesa primária paga no exercício de 2016, incluídos os restos a pagar pagos e demais operações que afetam o resultado primário, corrigida em 7,2% (sete inteiros e dois décimos por cento); e

II - para os exercícios posteriores, ao valor do limite referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), publicado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou de outro índice que vier a substituí-lo, apurado no exercício anterior a que se refere a lei orçamentária.

(...)

Assim, a EC 95/2016 estabelece um teto para as despesas primárias do Executivo, Legislativo e Judiciário, sendo que esse teto orçamentário terá sua base fixada no valor das despesas pagas no exercício financeiro de 2016, data que marca o início da sua vigência. Durante um período de 20 anos, o teto estipulado pela EC 95 será corrigido apenas pela inflação, tendo como referência o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), do respectivo ano anterior. Em decorrência do exposto, em termos reais, a despesa primária conserva-se em estado de estagnação, se mantendo no valor real do seu primeiro ano de vigência (2016).

Desse modo, as regras do novo regime não permitem o crescimento das despesas totais e reais do governo acima da inflação. Somente será possível aumentar os investimentos em uma área desde que sejam feitos cortes em outras. As novas regras desconsideram, portanto, as taxas de crescimento econômico, como também as demográficas pelos próximos 20 (vinte) anos, o que poderá resultar no sucateamento das políticas sociais, pondo em risco a qualidade de vida da população brasileira. Nesse sentido, Cynara Monteiro Mariano (2017, p. 261) preceitua o seguinte:

Fixado o teto uma única vez, isso vinculará todos os fenômenos administrativos que ocorrerem nas várias unidades, órgãos e pessoas administrativas acima citadas, pelos próximos 20 (vinte) anos, o que, obviamente, impedirá os investimentos necessários à manutenção e expansão dos serviços públicos, incorporação de inovações tecnológicas, aumentos de remuneração, contratação de pessoal, reestruturação de carreiras, o que se faz necessário em virtude do crescimento demográfico, e sobretudo em razão dos objetivos e fundamentos constitucionais, que direcionam um projeto constituinte de um Estado de Bem Estar Social. O novo regime fiscal suspende, por consequência, o projeto constituinte de 1988, e retira dos próximos governantes a autonomia sobre o orçamento, salvo se houver, no futuro, em uma nova gestão, outra proposta de emenda constitucional em sentido contrário. Retira

também do cidadão brasileiro o direito de escolher, a cada eleição, o programa de governo traduzido no orçamento e, com isso, decidir pelas políticas públicas prioritárias para o desenvolvimento econômico.

Devido aos seus efeitos drásticos, a Emenda é objeto das Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADI) 5633, 5643, 5655, 5658, 5715 e 5743 que solicitam seu fim imediato pelo Supremo Tribunal Federal. Todas essas ADIs foram distribuídas à Ministra Rosa Weber. Não deveria ser preciso dizer que a referida Emenda é inconstitucional, pois atenta contra a lógica principiológica da vedação ao retrocesso social, consubstanciada no plano do direito positivo, no rol das cláusulas pétreas constitucionais do § 4.º do art. 60. (SCHIER, 2016).

Saliente-se que o sistema de saúde brasileiro não funciona de maneira totalmente satisfatória em razão da insuficiência de recursos, tanto que são milhões de ações judiciais visando à garantia desse direito. O sistema de saúde não está consolidado do ponto de vista de sua sustentabilidade financeira, pois ainda faltam medicamentos, atendimentos, consultas e exames qualificados e suficientes para o tratamento e acompanhamento da população brasileira.

Destarte, congela-se um sistema insuficiente, que ainda não cumpriu o mandamento constitucional de garantia do direito, dando origem a um sistema que poderá ser inoperante, isto é, se o SUS não tem atuação adequada e os percentuais mínimos da saúde foram alterados negativamente, tem-se que haverá perdas financeiras para custear a saúde pública brasileira até 2036, com danos irremediáveis à saúde das pessoas, ferindo, portanto, o núcleo essencial do direito.

O desafio reside, portanto, na garantia de um direito social que deve ser assegurado pelo Estado e que, com as iniquidades que caracterizam o país (VIEGAS; PENNA, 2013). Restrições orçamentárias para o setor, sobretudo a falta de recursos nos municípios, e a necessidade premente de superá-las fazem com que as discussões sobre o financiamento ocupem constantemente a agenda dos movimentos sociais e políticos que atuam em defesa do SUS. Além da insuficiência, somam-se novas ameaças, como a aprovação do orçamento impositivo, que consolida o subfinanciamento do sistema, a permissão do capital estrangeiro na assistência à saúde (BAHIA, 2015) e a aprovação da referida Emenda Constitucional nº 55, que congela por 20 anos os gastos públicos e que põe em risco as conquistas alcançadas no período, representando um retrocesso para consolidação do próprio sistema de saúde.

CONCLUSÕES

O direito à saúde expresso na Constituição Federal de 1988 como um direito social requer ações afirmativas do Estado por meio de políticas públicas. O SUS, maior política pública brasileira para viabilizar o direito à saúde, apesar de seus princípios doutrinários e organizativos bem demarcados enfrenta constantemente desafios e limitações na concretização das ações e serviços necessários à efetivação deste direito. As dificuldades enfrentadas relacionam-se, sobretudo, ao financiamento do SUS e à heterogeneidade do País, o que enseja a deficiência do sistema que, diante da diversidade e dos recursos limitados, não consegue concretizar o direito social em discussão de maneira satisfatória para a população.

Fato é que, sem recursos suficientes, há déficit nas ações e serviços do sistema de saúde e, com isso, a população sofre com a ausência ou com a lentidão do fornecimento de medicamentos, consultas, tratamentos médicos e procedimentos cirúrgicos, bem como sente as consequências da não efetivação de políticas públicas que visem a preservação da saúde de maneira preventiva.

Ressalte-se que a efetivação deste direito é função típica do Poder Legislativo e do Poder Executivo. Contudo, diante da inércia ou da omissão dos poderes mencionados, os cidadãos, cada vez mais, vêm buscando a judicialização da saúde como forma de reivindicar do Estado o acesso às ações e aos serviços de saúde que não lhes são prestados de modo efetivo.

Ora, importante salientar que o direito à saúde se liga diretamente com os direitos fundamentais à vida e à dignidade da pessoa humana, assim, sua manutenção tende a garantir o mínimo existencial, não podendo as limitações financeiras serem utilizadas como uma justificativa para a não implementação das políticas públicas referentes à saúde. Neste ínterim, surge o impasse entre os princípios do mínimo existencial e da reserva possível, os quais devem ser considerados e ponderados nas decisões proferidas nas demandas judiciais de saúde, de forma a garantir o melhor para o paciente em sua individualidade, sem comprometer a segurança econômica do ente estatal e, conseqüentemente, o direito à saúde do coletivo.

Destarte, tendo em vista que a judicialização da saúde tem sido crescente e polêmica, tanto pelas inúmeras decisões dos magistrados concessivas de medidas liminares, como pela sua intensidade, afetando a gestão do SUS, assim como seu orçamento e o planejamento sanitário, as teses firmadas pelo STF têm o condão de uniformizar a jurisprudência sobre determinados aspectos, contribuindo para a melhor compreensão do pensamento jurídico da Corte Superior sobre o direito à saúde e firmar entendimentos do que compreende a integralidade da atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

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

BRASIL. Lei 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 de maio de 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDO NACIONAL DE SAÚDE. Sobre o FNS. Brasília, 2020. Disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/sobre-o-fns/>. Acesso em: 10 de junho de 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 695396/RS 2004/0146850-1 da 1ª Turma. 12 de abril de 2011. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/19117794/recurso-especial-resp-695396-rs-2004-0146850-1/inteiro-teor-19117795>. Acesso em: 17 de maio de 2022.

COUTO, Ana Luisa Soares. Ideologia Neoliberal e Política Social: a construção da resistência do SUS. Trabalho de Conclusão de Curso de graduação. Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília. 2009.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; NOGUEIRA, C. O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 521-532, 2011.

MARIANO, Cynara Monteiro. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. Revista de Investigações Constitucionais, Curitiba, vol. 4, n. 1, p. 259-281, jan./abr. 2017. Disponível em: DOI:10.5380/rinc.v4i1.50289. Acesso em 11 de junho de 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3.

SCHIER, Adriana da Costa Ricardo. Serviço Público: garantia fundamental e cláusula de proibição de retrocesso social. Curitiba: Ithala, 2016.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 181-190, 2013.