

# SAÚDE DIREITO DE TODOS

Robson MARIANO DA SILVA<sup>1</sup>

**RESUMO:** “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua maior promoção, proteção e recuperação.” Artigo 196, Seção II – Da Saúde – Constituição Federal Brasileira de 1988. Baseado nesta máxima, me proponho a fazer um balanço dos avanços e principais ações do Sistema Único de Saúde ao longo de seus 20 anos de existência. É uma análise diante de fatos e vivências, já que faço parte desse ambiente tão satisfatório chamado SAÚDE como presidente do Conselho de Saúde do meu município e como cidadão que deseja ver efetivado no SUS o direito a preservação da saúde de cada brasileiro.

**Palavras-chave:** Saúde. SUS – Sistema único de Saúde. Atenção Básica.

## 1. INTRODUÇÃO

20 anos se passaram, desde a criação do Sistema Único de Saúde – SUS. Neste período muitas vitórias foram conquistadas, como a redução da mortalidade infantil, o sucesso na promoção da prevenção e combate à AIDS, a ampliação dos atendimentos básicos, vacinações, medicamentos essenciais, uma ampla rede de serviços médico-hospitalares, incluindo a disponibilização de tecnologias de alto custo, como o transplante de órgãos, por exemplo.

Diante dessa realidade, e como trabalhador da área da Saúde, me sinto na obrigação de refletir sobre o Sistema em que estou inserido e que afeta a maioria dos brasileiros, seja na efetiva atuação e resolutividade de seus propósitos,

---

<sup>1</sup> Discente do 2º ano do curso de Direito das Faculdades Integradas “Antonio Eufrásio de Toledo” de Presidente Prudente. nosbormariano@hotmail.com

seja no grande descontentamento da maioria da população que tem dificuldades de lançar mão dos recursos disponibilizados pelo SUS, financeira, medica e socialmente falando.

O grande avanço nos últimos anos é a valorização pelo sistema, justamente dos direito dos usuários do Sistema Único de Saúde, buscando a máxima atuação e respeito a todos os brasileiros no momento em que sua saúde for ameaçada.

Para isso realizei pesquisas de campo, em documentos oficiais do Ministério da Saúde, em experiências pessoais do dia-a-dia, na norma legal e na opinião do usuário, que é o maior interessado na efetivação de uma melhor tutela do seu bem jurídico fundamental: A VIDA.

## **2. PONTO DE PARTIDA – CONHECENDO O SUS**

Para conhecer como o SUS foi criado e implanta há 20 anos é preciso entender, antes de tudo, como é o modelo político administrativo em nosso país.

O federalismo é um modelo histórico, criado pelos americanos, onde é possível coexistir em um único território dois ou mais poderes autônomos.

O Brasil é um país federativo. Adotou essa forma após a promulgação da Constituição Republicana de 1891, que transformou a nação que anteriormente era unitária e composta de províncias em estados-membros, onde tais estados

<sup>1</sup> Discente do 1º Termo A – noturno, do curso de Direito das Faculdades Integradas “Antonio Eufrásio de Toledo” de Presidente Prudente. Prof. Cláudio Sanches – Introdução ao Direito 2

ganharam autonomia. No federalismo a descentralização é evidente, contrapondo-se à centralização do modelo unitário.

O federalismo é um sistema baseado na **cooperação**. O Brasil passou por diversos problemas no pacto federativo e, durante os governos ditatoriais teve a experiência da centralização. Mas após a Constituinte de 1.988 iniciou-se novo processo de descentralização.

Ao dizer que nossa forma de governo é predominantemente cooperativa, o que se supõe é a possibilidade de submeter o auto-interesse ao interesse coletivo. É também hegemonicamente intra-estatal, isto é, buscam-se ações conjuntas nas políticas públicas. A delimitação de competências é menos importante do que a participação em colegiados de decisão e monitoramento das políticas públicas. Por essa razão, o modelo institucional do SUS foi constituído para ser operado pelos três entes federados: municípios, estados e união.

## **2.1. O Sistema Único de Saúde – SUS e suas bases jurídicas**

O SUS, criado pela Constituição Federal de 1.988, teve origens em movimentos políticos e sanitários surgidos na década de 1970 e vem se recriando, permanentemente, por meio de reformas incrementais, acordadas pelo três entes federativos, representados pelo Ministério da Saúde – **MS**. É uma política pública jovem, mas com capacidade de renovar-se continuamente. O SUS tem duas décadas de existência. Não obstante, tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema público de Saúde de enorme relevância e que apresenta resultados inquestionáveis para a população brasileira.

As bases jurídicas do SUS são a CF/88 que teve a regulamentação através das Leis 8.080 e 8.142 de 1990.

A Constituição definiu que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, entendido aqui com sendo um conjunto de ações e de serviços de saúde sobre gestão pública, abrangendo a União, os estados e os municípios.

<sup>1</sup> Discente do 1º Termo A – noturno, do curso de Direito das Faculdades Integradas “Antonio Eufrásio de Toledo” de Presidente Prudente. Prof. Cláudio Sanches – Introdução ao Direito

Conforme elaborado pela Constituição de 1.988, o SUS é definido pelo artigo 198 como:

“As ações e serviços públicos de saúde e serviço público 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 prioridades para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III. **Participação** da comunidade.

Parágrafo Único – O Sistema Único de Saúde será financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da união, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes.”

O texto constitucional demonstra muito bem que a idéia original do sistema estava baseada no modelo voltado para as necessidades da população. Queria resgatar um comprometimento do Estado com o bem-estar social em especial á saúde coletiva, como direito de cidadania.

### 2.1.1. Os princípios do SUS

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no Artigo 198 da CF/88, como princípios organizativos e doutrinários tais como **Universalidade** (todos os níveis de assistência); **Integralidade** (de assistências priorizando a prevenção); **Equidade**, **Descentralização** político-administrativa; **Conjuação de Recursos** financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, estados e municípios; **Participação** da comunidade e, **Regionalização e hierarquização**.

<sup>1</sup> Discente do 1º Termo A – noturno, do curso de Direito das Faculdades Integradas “Antonio Eufrásio de Toledo” de Presidente Prudente. Prof. Cláudio Sanches – Introdução ao Direito 4

A lei 8.080, de 19 de setembro de 1.990, também chamada de **Lei Orgânica da Saúde**, expressa as bases operacionais do SUS. Ela trata especificamente:

- a) da organização, da direção e da gestão do SUS;
- b) da definição das competências e das atribuições das três esferas de governo;
- c) do funcionamento e da participação complementar dos serviços privados de Assistência à Saúde;
- d) da política de recursos humanos; e,
- e) dos recursos financeiros, da gestão financeira, do planejamento e do orçamento.

Seguindo ainda a idéia da descentralização que o federalismo propõe, a **Lei 8.142 de 28 de Dezembro de 1.990** veio afirmar e garantir a maior participação da população na gestão do SUS e também trouxe novos mecanismos de repasse de recursos financeiros. Nela, também foram instituídas as conferências de saúde.

Pela lei, as conferências de saúde deveriam acontecer de forma ascendente, ou seja, desde a municipal, até a nacional, passando pela regional e estadual.

## **2.2. O controle social**

Os Conselhos de Saúde participam da discussão das políticas de Saúde tendo em vista uma atuação independente do governo, embora façam parte de sua estrutura e onde se manifestam os interesses dos diferentes segmentos sociais, possibilitando a negociação de propostas e o direcionamento dos recursos para diferentes prioridades.

Em seu parágrafo 2º, a Lei n. 8.142/90 define:

“O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do

<sup>1</sup> Discente do 1º Termo A – noturno, do curso de Direito das Faculdades Integradas “Antonio Eufrásio de Toledo” de Presidente Prudente. Prof. Cláudio Sanches – Introdução ao Direito 5

governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo”.

O percentual de representatividade definido é paritário. Sendo assim serão 25% de membros no conselho representando o poder executivo, 25% representando os trabalhadores de saúde e 50% com representação dos usuários.

A hierarquização dos Conselhos obedece à mesma linha da dos entes federados. Sendo assim existem os conselhos municipais de saúde, estaduais e, por fim, o Conselho Nacional de Saúde.

### 2.3. O SUS e a Atenção Básica

A Atenção Básica (AB) é colocada hoje como o ponto de partida para a reorganização do Sistema Único de Saúde em todo o país. A importância da estratégia da AB se deve ao seu potencial em transformar em ações os princípios originais do SUS – universalidade, integralidade e equidade – e desse modo alterar a orientação de todo o sistema de saúde, reorganizando-o de modo coerente com esses princípios.

Mas afinal, o que vem a ser a Atenção Básica? Se olharmos para a história, poderemos nos deparar com vários significados. Mas o principal a se levar em consideração é analisar os reflexos nas opções e prioridades políticas, técnicas gerenciais definidas na esfera **municipal** e na sua articulação com o sistema regional, este com o estadual e, por fim, o nacional.

Resumidamente pode-se definir AB como sendo um **nível de atenção**. A porta de entrada do SUS. A primeira porta. Teoricamente são 3 os níveis de atenção (primário – atenção básica; secundário – média complexidade e terciário – alta complexidade). Entende, assim, que podemos nivelar também aqui as tecnologias necessárias para suprir as necessidades de cada nível. Nesse

<sup>1</sup> Discente do 1º Termo A – noturno, do curso de Direito das Faculdades Integradas “Antonio Eufrásio de Toledo” de Presidente Prudente. Prof. Cláudio Sanches – Introdução ao Direito 6

raciocínio, a AB se encaixa e se define também pela característica de ter uma **tecnologia simplificada**. Os recursos materiais são relativamente simples, menos complexos. É o que chamamos de ações ambulatoriais, algumas delas até hospitalares, mas requerendo esse baixo nível de equipamentos tecnológicos. Isso não significa q a tecnologia não faz parte do primeiro nível de atenção. Ao contrario. Cada vez mais os equipamentos de nível de AB são mais eficientes e resolutivos.

Também podemos classificar a Atenção Básica pela **extensão de cobertura**, levando em conta que, sendo ela a porta de entrada do SUS atinge, ou deveria atingir a maior parte da população em especial os grupos em situação de exclusão. Ainda nessa linha de cobertura, a AB pode ser analisada pela sua **assistência de baixo custo**. Na teoria, a maior eficiência desse nível de atenção, que está ligado diretamente ao usuário, deveria diminuir os gastos nos outros níveis de atenção. É possível diminuir ainda mais os gastos com tratamento de doenças e efetivar a prevenção, mas para isso necessita-se maior investimento na AB. Investimento esse priorizado nas ações de saúde pública e na manutenção de sua estrutura e qualidade a longo tempo.

Em termos mundiais, vive-se hoje uma retomada da importância da Atenção Primária e do reconhecimento de sua capacidade de reorientar o conjunto das ações de saúde e alcançar melhores resultados nas condições de saúde de diferentes populações.

No Brasil, desde a implementação do SUS vive-se um processo de expansão e revalorização da Atenção Primária por meio da descentralização da responsabilidade de operacionalização para os municípios e de diversas políticas de incentivos, especialmente a partir da priorização da Estratégia de Saúde da Família, como eixo principal de reorganização da AB, a partir de 1.994.

### **3. A Estratégia de Saúde da Família**

O trabalho de equipes de Saúde da Família – ESF é o elemento chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos

<sup>1</sup> Discente do 1º Termo A – noturno, do curso de Direito das Faculdades Integradas “Antonio Eufrásio de Toledo” de Presidente Prudente. Prof. Cláudio Sanches – Introdução ao Direito 7

entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do ACS – Agente Comunitário de Saúde. As equipes são compostas por no mínimo um médico da família, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de 5 a 6 agentes comunitários. Pode vir a ter também uma equipe de Saúde Bucal com dentista e auxiliar de consultório dentário. Neste caso uma equipe de saúde bucal deve ser referencia para até duas equipes de ESF.

Cada uma dessas ESF fica responsável por aproximadamente 04 mil pessoas ou 1.000 famílias de uma área (que é dividida em micro-áreas). A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade.

A principal característica de uma ESF é que ela é a porta de entrada para o SUS, sistema hierarquizado e regionalizado de saúde. Também tem um território definido, com uma população delimitada, sob sua responsabilidade; intervém em fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; presta assistência integral, permanente e de qualidade e, além do mais, realiza atividades de educação e promoção da saúde.

#### **4. Eficácia do SUS – A Saúde é para todos?**

A idéia de fazer do Sistema Único de Saúde uma ferramenta eficaz na promoção da saúde dos brasileiros tem sido muito difundida nesses últimos 20 anos. São incontáveis as tentativas dos vários governos que passaram por Brasília para fazer-se efetivar esse direito fundamental tutelado na CF/88. Muito se vê

<sup>1</sup> Discente do 1º Termo A – noturno, do curso de Direito das Faculdades Integradas “Antonio Eufrásio de Toledo” de Presidente Prudente. Prof. Cláudio Sanches – Introdução ao Direito 8



também de descaso, falta de vontade política, má gestão dos recursos públicos destinados à saúde causando algumas situações inacreditáveis dentro de um sistema que de tão bom na teoria, faz-se ter um olhar mais de perto na sua prática.

A idéia, então, de descentralização começou a ser desencadeada, claro, nos textos da CF/88, mas, ainda mais, no desenvolvimento de políticas públicas e não apenas de governo, que visavam garantir essa assistência maior aos usuários do Sistema.

Iniciou-se o processo chamado de **Humanização**. Nele, o sistema de saúde visa à garantia de um tratamento mais humano ao usuário, buscando a integralidade das ações de saúde pública e sua resolutividade na recuperação, promoção e prevenção de saúde. Com base nessa idéia, o Ministério da Saúde lança **A CARTA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DA SAÚDE**.

A carta dói publica na sua primeira edição em 1995, quando **um milhão** de exemplares foi distribuído inicialmente aos trabalhadores do SUS, para que, diante do que se previa o texto da carta, os colaboradores da rede de atenção desde a Atenção Básica até a alta complexidade, pudessem iniciar esse processo humanitário de atendimento ao usuário.

Em seu teor, a carta trazia seis princípios básicos de cidadania, que juntos assegurariam o ingresso digno nos sistemas de saúde, sejam eles públicas ou privados. A carta é uma importante ferramenta para que cada brasileiro conhecesse seus direitos e pudessem ajudar o Brasil a ter um sistema de saúde com muito mais qualidade.

O **primeiro princípio** assegura ao cidadão o acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, visando a um atendimento mais justo e eficaz.

<sup>1</sup> Discente do 1º Termo A – noturno, do curso de Direito das Faculdades Integradas “Antonio Eufrásio de Toledo” de Presidente Prudente. Prof. Cláudio Sanches – Introdução ao Direito

O **segundo princípio** assegura ao cidadão o tratamento adequado e efetivo para seu problema, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados. O **terceiro princípio** assegura ao cidadão o atendimento acolhedor e livre de discriminação, visando a igualdade de tratamento e a uma relação mais pessoal e saudável. O **quarto princípio**, dá ao cidadão o direito a um atendimento que respeite os valores e direitos do paciente, visando a preservar sua cidadania durante o tratamento. O **quinto** e não menos importante, vem assegurar também as responsabilidades que o cidadão também deve ter para que se tratamento aconteça de forma adequada. O **sexto** e último princípio trazido na carta, visa assegurar o comprometimento dos gestores para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

No ano de 2006 todos os conselhos de saúde de todos os níveis hierárquicos receberam exemplares da carta, que foi editada em vários estados com leis próprias.

Em São Paulo, por exemplo, o governador Mário Covas, à época, em 1.999, sancionou a lei 10.241 chamada de **Lei dos Direitos dos Usuários da Saúde**, em 17/03/1999 que, baseada no texto original da carta do Ministério da Saúde, visava ampliar ainda mais a integralidade dos direitos e deveres do paciente que utilizasse os serviços públicos e particulares de saúde.

Mas a pergunta não cala: diante de todo esse esforço para humanizar, garantir e difundir a saúde no Brasil, ela **realmente é para todos?**

Os noticiários de TV a todo instante nos mostra casos reais de fatos q comprovam que, na pratica, poucos são os locais que conseguem na sua integralidade, assegurar o máximo do que ao menos algum dos princípios da carta dos direitos prevê.

<sup>1</sup> Discente do 1º Termo A – noturno, do curso de Direito das Faculdades Integradas 10 “Antonio Eufrásio de Toledo” de Presidente Prudente. Prof. Cláudio Sanches – Introdução ao Direito

Onde sobram leitos de atendimentos de urgência e emergência faltam equipamentos especializados e vice-versa. Os pequenos municípios, por serem de Atenção Básica, não podem oferecer todos os equipamentos, procedimentos, especialidades que o paciente precisar. Geralmente é refém de uma **referência**, em que um município maior recebe seus pacientes dentro de um quadro de vagas relativamente muito baixo.

E não há como desrespeitar as **cotas**, que seguem um padrão de equidade com o a população de cada município. Sendo assim, um município do porte populacional da cidade de **Anhumas/sp**, por exemplo, pode encaminhar para sua referencia – Presidente Prudente – o equivalente a 0,5 pessoa/mês para consulta na especialidade **Gastroenterologia**. Com isso, as filas na espera por consulta aumentam cada mês e com as outras especialidades não é diferente.

Os pacientes que podem pagar por um convênio assim o fazem, os que não podem, contam com a boa vontade e recursos disponíveis da assistência social dos municípios, ou simplesmente morrem nas filas de espera por vagas em especialidades.

Essa é a realidade da grande maioria dos municípios brasileiros.

## **5. Conclusão**

Sendo assim, diante da análise que se faz no atual quadro da saúde no Brasil, pode-se afirmar que, apesar de todos os esforços para efetivar o direito

<sup>1</sup> Discente do 1º Termo A – noturno, do curso de Direito das Faculdades Integradas 11 “Antonio Eufrásio de Toledo” de Presidente Prudente. Prof. Cláudio Sanches – Introdução ao Direito

previsto no artigo 196 da CF/88, ainda falta muito caminho a ser percorrido. É preciso uma maior efetivação das políticas de gastos públicos bem como maior controle social. As três esferas de governo precisam cumprir seus repasses de forma integral e aplicar realmente todo o recurso disponível para a Atenção Básica, bem como os outros níveis de atenção. Faz-se necessária maior conscientização dos trabalhadores do SUS e de redes particulares também, de que a Saúde é um bem público e que está ligado a todos independente de classe social, credo, raça, sexo, idade. O usuário também tem de agir mais eficazmente na luta pelo restabelecimento de sua saúde quando de um atendimento médico, buscando contribuir com o seguimento á risca das prescrições levando em conta os vários fatores que envolvem sua saúde e de sua família. Assim, cada um de nós precisa comprometer-se e fazer a nossa parte no controle social que nos cabe.

## **6. Bibliografia**

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

FACULDADES INTEGRADAS “ANTONIO EUFRÁSIO DE TOLEDO”. **Normalização de apresentação de monografias e trabalhos de conclusão de curso**. 2007 – Presidente Prudente, 2007, 110p.

KELSEN, Hans. **Teoria Pura do Direito**. Trad. João Batista Machado. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

MECUM, Vade. Constituição Federal de 1988. 7ª ed. Atual. e ampl. – São Paulo: Saraiva, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários do SUS. 2006. Estratégia de Saúde da Família.

<sup>1</sup> Discente do 1º Termo A – noturno, do curso de Direito das Faculdades Integradas 12 “Antonio Eufrásio de Toledo” de Presidente Prudente. Prof. Cláudio Sanches – Introdução ao Direito