



A EVOLUÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: DA AQUISIÇÃO DO DIREITO AOS ENTRAVES BUROCRÁTICOS

Cássio Cesar Munhoz Silva¹
Guederson da Silva Guedes
Mariane Barcelos Saratt
Sadi Flores Machado²

Resumo: O texto analisa a evolução da Saúde no cenário brasileiro, as dificuldades enfrentadas pela população ao longo da busca pela concretização do Sistema Único de Saúde, bem como a garantia dos Direitos a Saúde da População Brasileira pela interferência do Supremo Tribunal Federal. Para tanto, serão analisadas as disposições constitucionais sobre o tema e as reflexões levadas a efeito por autores que se dedicaram à análise do tema sob a perspectiva jurídica.

Palavras-chave: Direito. Saúde. Dignidade Humana. SUS.

NOTA INTRODUTÓRIA

A busca pelo acesso a um eficiente sistema de saúde público sempre fez parte da pauta de interesses da população brasileira. Com a previsão na Carta Magna de acesso gratuito à Saúde como direito de todos e com o objetivo de universalidade e cobertura no atendimento, desperta-se a esperança do povo pelo acesso ao atendimento de modo a satisfazer suas necessidades.

1. EVOLUÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NACIONAL: DAS CASAS DE MISERICÓRDIA AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

É consabido que no Brasil Colônia só possuía acesso a médicos e a medicamentos, quem dispunha de condições econômicas suficientes à sua aquisição. As pessoas financeiramente desfavorecidas ficavam à mercê da própria sorte, valendo-se de conhecimentos populares para curar suas enfermidades. Posteriormente, com a implantação

¹ Acadêmicos do Curso de Direito da Faculdade de Direito de Santa Maria – FADISMA, Membros do Projeto de Pesquisa “STF e as fontes do imaginário jurídico” vinculado ao Núcleo de Direito Internacional (NEDI) da FADISMA. Endereço eletrônico: guederson.guedes@gmail.com.

² Professor da Faculdade de Direito de Santa Maria - FADISMA (Teoria do Direito, Direitos Humanos, Direito e Cinema). Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Orientador do Projeto de Pesquisa “STF e as fontes do imaginário jurídico” vinculado ao Núcleo de Direito Internacional (NEDI) da FADISMA. Endereço eletrônico: sadi.machado@fadisma.com.br



das Casas de Misericórdia o acesso à saúde para população carente era garantido através da caridade.

Com efeito, importa recordar que o nascimento da saúde pública no Brasil deu-se na transição do século XIX para o século XX, no período compreendido entre o fim da monarquia e o início da "República Velha". Configurou-se em um processo de elaboração de normas e organizações sanitárias e de mudança nas práticas dominantes até então. Ficou conhecido como "sanitarismo campanhista" (ANDRADE et al., 2014, p.85).

O "Sanitarismo Campanhista" contava com um modelo de inspiração militar que consistia no estilo repressivo de intervenção médica. Atuavam de maneira agressiva, onde os métodos utilizados eram de repreção a população carente, pois pessoas eram obrigadas a se vacinarem, caso estivessem com alguma enfermidade eram isoladas da família e submetidas à quarentena, tinham seus pertences queimados. *A insatisfação era de caráter comum o que levou população carente, a formar um movimento coletivo conhecido como a Revolta da Vacina, em 31 de outubro de 1904.* (POLIGNANO, 2014, p. 5).

Com o desenvolvimento da industrialização, os operários passam unir-se para reivindicar seus direitos, e através das greves conseguiram chamar atenção tanto dos seus patrões quanto do Governo.

Está situação na década de 20 surgem, no bojo da industrialização incipiente, as Caixas de Aposentadoria e Pensões, que são substituídas na década de 30 pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões, unificados na década de 60 para criar o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social. Esta situação compõe os marcos administrativos nas políticas de saúde pública no Brasil de 1923 a 1975, período em que é possível evidenciar a duplicidade assistência/previdência, caracterizada pelo privilégio exercido pela prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública, bem como o desenvolvimento de um sistema que priorizava a capitalização da medicina e a sua produção privada. (ANDRADE et al., 2014, p.85).

Contudo, a maioria da população continuava excluída do Direito à Saúde, restrita aos trabalhadores contribuintes que possuíam assistência do Instituto Nacional de Previdência Social.

Em março de 1986 ocorreu a VIII Conferência Nacional da Saúde em Brasília, que reuniu uma multidão composta por movimentos sociais e trabalhadores na área da saúde, formando o Movimento Sanitário:

Na esteira deste processo democrático constituinte, o chamado movimento sanitário tinha proposições concretas. A primeira delas, a saúde como direito de todo o cidadão, independente de ter contribuído, ser trabalhador rural ou não trabalhador. Não se poderia excluir ou discriminar qualquer cidadão brasileiro do acesso à



assistência pública de saúde. A segunda delas é a de que as ações de saúde deveriam garantir o acesso da população às ações de cunho preventivo e/ou curativo e, para tal, deveriam estar integradas em um único sistema. A terceira, a descentralização da gestão, tanto administrativa, como financeira, de forma que se estivesse mais próximo da quarta proposição que era a do controle social das ações de saúde. (FIOCRUZ, 2014, p.1)

Em decorrência da VIII Conferência Nacional da Saúde, as propostas apresentadas tornaram-se referências para os constituintes, que consagraram a Saúde como um direito Constitucional. Desse modo, a saúde tornou-se direito de todos e dever do Estado, daí decorrendo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), através do qual passou-se a garantir à população o acesso gratuito ao referido direito. Foram estabelecidos, como princípios doutrinários aplicáveis ao SUS, a universalidade, a equidade e a integralidade. Ainda, como princípios organizativos, previu-se a regionalização, a descentralização, a hierarquização, comando único, participação popular e igualdade de acesso às ações de serviços. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

Com efeito, a Constituição Federal prevê em seu art.196 que "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".

Prevê, ainda, o art. 197 que cabe ao Poder Público, regulamentar, fiscalizar e controlar, sendo sua execução feita diretamente ou através de terceiros ou pessoas física ou jurídica de direito privado.

A Saúde pública surge como um direito social adquirido e não mais como um favor, privilégio ou caridade. Iniciando assim uma nova luta, onde o Movimento Sanitário passa a contar com outros componentes.

Foi dando continuidade que início da década de 90 observa-se é que todo o processo de regulamentação do SUS já passa a contar não apenas com os atores do então Movimento Sanitário, mas também com novos atores que entram em cena, como os Secretários Municipais de Saúde, liderados pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), e os Secretários Estaduais de Saúde, liderados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Foi dando continuidade a este movimento que se iniciou todo o processo de pactuação infraconstitucional, onde se publicou a chamada Lei Orgânica da Saúde Brasileira, que é composta de duas Leis Complementares à Constituição (as Leis 8080/90 e 8142/90). A Lei 8080/90 disciplina a descentralização político-administrativa do SUS, enfatizando seus aspectos de gestão e financiamento, e regulamentando as condições para sua promoção, proteção e funcionamento. A Lei 8142/90 regulamenta a participação da comunidade, bem como as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. (ANDRADE et al.,2014,P.87).



Importante recordar que, embora o direito à saúde tenha sido constitucionalizado em 1988, sua efetivação possui entraves. Segundo AROUCA “fizemo-nos a reforma sanitária que criou o SUS, mas o núcleo dele, desumanizado, medicalizado, está errado. Temos de entrar no coração desse modelo e mudar”. (trecho de entrevista concedida ao O Pasquim 21, número 28, Edição de 20 de agosto de 2002, apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p. 10).

É imperativa a busca por um atendimento que respeite a dignidade e a individualidade do cidadão, visando à efetivação do direito constitucional a ser tratado humanamente. Assim se faz um panorama da realidade atual.

2. ANÁLISE CONTEMPORÂNEA DO SUS: DESAFIOS PERSISTENTES À CONCRETIZAÇÃO DAS PROMESSAS CONSTITUCIONAIS

A política institucional do SUS visa o atendimento a toda a população de todas as classes sociais. Esta era, ao menos, a intenção do legislador constituinte. Entretanto, apesar de ser reconhecido como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, o SUS tem sido alvo de inúmeras críticas, principalmente pela sua precariedade na cobertura das necessidades básicas da população, degradando e ferindo direta e diariamente a dignidade humana.

Importante aduzir que entre o propósito da política de controle e atendimento do SUS e sua efetiva aplicação na sociedade existe um caminho muito longo a ser percorrido. O que era pra ser um meio de realização de justiça social, tornou-se um instrumento instigador da desigualdade. Isto porque é público e notório que não é cumprido um de seus objetivos básicos: a universalização do atendimento, previsto no art. 194, I da Constituição Federal. Desse modo, o SUS atende apenas parte da população – a de baixíssima renda – e ainda de forma desumana. Quanto às demais, o próprio Sistema induziu, através de sua ínfima qualidade, a procurar setores privados de saúde.

Atualmente, o SUS está disposto quase que exclusivamente às pessoas mais pobres da sociedade, e essas são aquelas que possuem a maior dificuldade de buscar suas garantias constitucionais, seja por ingenuidade seja por desconhecimento. Comumente, estão à mercê do Poder Público que, por vez, demonstra-se indiferente aos anseios e esperanças da população necessitada. E, por não peticionarem de forma significativa ao Estado, o descaso



com a Saúde Pública é mantido, pois essas pessoas não são devidamente ouvidas durante o decorrer do tempo em que duram os mandatos.

Quando se fala em degradação humana, portanto, fala-se do perigo o qual os cidadãos são submetidos diariamente pelos atrasos e precariedade no atendimento à saúde. Assim, a situação precária da Saúde Pública no Brasil é tratada pelo Estado, mas também pelas pessoas, como uma fatalidade, contra a qual não valeria a pena lutar. Entretanto, não pode haver mudança e buscar por melhorias em investimentos na Saúde sem haver a desacomodação dos órgãos públicos, mas também de forma direta ou indireta das classes sociais mais elevadas do País.

3. A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE A PARTIR DA ATUAÇÃO DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL

Face à constitucionalização do direito à saúde no Brasil, conforme demonstrado anteriormente, e em decorrência da inafastabilidade de apreciação judicial de lesão ou ameaça a direito (princípio do acesso à justiça previsto no art. 5º, XXXV da Carta Magna), a partir de 1988, intensificou-se no Brasil o fenômeno da judicialização da saúde. De fato, em 05 de março de 2009, o Ministro do Supremo Tribunal Federal, Gilmar Mendes, convocou Audiência Pública em virtude dos inúmeros processos judiciais que se somavam para decisão sobre as garantias dos direitos básicos à saúde.

Segundo o Ministro, um dos dados levantados na audiência pública, foi a existência ou a não de políticas do Estado que realizassem a prestação de saúde contestada pela parte:

“Ao deferir uma prestação de saúde incluída entre as políticas sociais e econômicas formuladas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o Judiciário não está criando política pública, mas apenas determinando o seu cumprimento”. (MENDES, 2009, p. 6).

Assim, para o Ministro Gilmar Mendes:

“...a intervenção judicial não ocorre em razão de uma omissão absoluta em matéria de políticas públicas voltadas à proteção do direito à saúde, mas tendo em vista uma necessária determinação judicial para o cumprimento de políticas já estabelecidas.” (MENDES, 2009, p. 6).



Outro fato importante foi relacionado quanto à falta de políticas públicas voltadas para atendimentos à população que acaba gerando inúmeros processos no STF. Sobre tal ponto, assim se pronunciou o Ministro:

“Se a prestação de saúde pleiteada não estiver entre as políticas do SUS, é imprescindível distinguir se a não prestação decorre de uma omissão legislativa ou administrativa, de uma decisão administrativa de não fornecê-la ou de uma vedação legal a sua dispensação.” (MENDES, 2009, p. 7).

O Supremo acabou tornando-se um dos caminhos apropriados, para a garantia mínima nos serviços de saúde, principalmente para garantia dos serviços básicos como medicamentos, próteses e vagas para internação no SUS e hospitais privados. Pode ser evidenciado na ADI3510, que tratou da utilização de células-tronco e ADPF 54, referente ao aborto de fetos anencefálicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Saúde Pública prevista no texto constitucional é a garantia da união da população na busca por direitos é a forma mais pura de democracia. Após a conquista, faz-se necessário, por conseguinte a concretização dessa garantia de forma efetiva. Toda via, tem-se uma carência na forma representativa de governo no que afeta diretamente os direitos constitucionais que em tese estão previsto para garantir o bem estar social. Assim sobre os seus direitos fundamentais ameaçados a sociedade socorre-se ao judiciário para concretização dos direitos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.O.M.; PONTES, R.J.S.; JUNIR, T.M.; A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. Revista Panamericana Salud Publica, Washington .vol.8 n.1-2 Jul./Aug. 2000. Disponível em:
<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000700026>. Acesso em 10 set. 2014.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. 71 p.



FIOCRUZ, ENSP. Reforma Sanitária. **Ministério da Saúde**. Disponível em :<
<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/introducao.pdf>> .Acesso em: 13
set. 2014

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil**.p 5.Disponível
em :< file:///C:/Users/Jo%C3%A3o/Desktop/mimeo-23p%20(1).pdf>. Acesso em 09 set.2014.

BRASILIA(DF).Ministério da Saúde.**12ª Conferência Nacional de Saúde, Conferência
Sergio Arouca**.Brasília,2003.p 10. . Disponível em:<
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_da_12_CNS.pdf> .Acesso em 12 set.2014.