

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE ITUVERAVA
FACULDADE DRº FRANCISCO MAEDA**

Ronistely Santos Rizzaldo

**UM PROCESSO ANALITICO REFLEXIVO SOBRE O FINANCIAMENTO
PÚBLICO DE SAÚDE E O SUBFINANCIAMENTO DA SAÚDE PRIVADA: OS
RISCOS À UNIVERSALIDADE, EQUIDADE E INTEGRALIDADE DAS AÇÕES E
SERVIÇOS**

**ITUVERAVA
2018**

RONISTELY SANTOS RIZZALDO

**UM PROCESSO REFLEXIVO ANALÍTICO SOBRE O FINANCIAMENTO
PÚBLICO DE SAÚDE E O SUBFINANCIAMENTO DA SAÚDE PRIVADA: OS
RISCOS À UNIVERSALIDADE, EQUIDADE E INTEGRALIDADE DAS AÇÕES E
SERVIÇOS**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Faculdade Dr. Francisco Maeda. Fundação
Educativa de Ituverava para obtenção do
título de Bacharel em Direito.**

**Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sofia Muniz Alves
Gracioli**

**ITUVERAVA
2018**

RONISTELY SANTOS RIZZALDO

**UM PROCESSO REFLEXIVO ANALÍTICO SOBRE O FINANCIAMENTO
PÚBLICO DE SAÚDE E O SUB-FINANCIAMENTO DA SAÚDE PRIVADA: OS
RISCOS À UNIVERSALIDADE, EQUIDADE E INTEGRALIDADE DAS AÇÕES E
SERVIÇOS**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade Dr. Francisco
Maeda. Fundação Educacional de Ituverava
para obtenção do título de Bacharel em
Direito.**

Ituverava, 08 de novembro de 2018.

Orientadora: _____
Prof.^a Dr.^a Sofia Muniz Alves Gracioli

Examinador: _____
Prof. Mestre Victor Hugo Polim Milan

Examinadora: _____
Prof. Mestre Priscilla de Souza Ferro

DEDICATÓRIA

Em primeiro lugar a Deus que dele tudo provém.

Dedico ao meu querido esposo, Paulo Sérgio Rizzaldo e aos meus sonhados filhos Maria Júlia Santos Rizzaldo, Lucas Santos Rizzaldo e Maria Fernanda Santos Rizzaldo, simples assim....meus grandes amores e apoiadores.

Dedico ainda aos meus sogros, Adair de Oliveira Rizzaldo (*in memoriam*) e Eros Rizzaldo (*in memoriam*), aos pais que a vida deu-me de presente, que infelizmente, por um curto período de tempo, deram-me uma aula sobre amor, sobretudo, como amar. Saudades (...).

Ao meu padrinho, Josias Pereira Santos (*in memoriam*), que no início desta caminhada fez-se presente, mas que por desígnios da vida, e não distante da vontade de Deus partiu para tristeza de meu coração. Eternas saudades, muitas lembranças e respeito sempre!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ter guiado o meu caminho nesses cinco anos, por não me deixar fraquejar e por ser sempre minha fortaleza.

Agradeço aos meus pais José Pereira Santos e Gemilta dos Reis Santos por serem meus apoiadores incondicionais e meu exemplo de luta.

A minha mãe, especialmente, que além de tudo foi e é a segunda mãe dos meus filhos. Obrigada pelo amor dedicado aos nossos filhos e por sempre suprir as minhas ausências. Amo vocês sem limites.

Nossa, meus filhos! Meus anjos, obrigado por existirem em minha vida, por serem amáveis, educados e dóceis. Ainda que eu tenha consciência da dor e do fardo que é, para um filho, a ausência de sua mãe, que em virtude do seu trabalho e dos seus estudos, se ausenta... Desculpa pelos choros, gritos e dor ao me por de costas. Infelizmente estes momentos embora longos fizeram-se necessários. Sempre foi e sempre será por vocês. Desculpem por tantas horas de ausência, pelos beijos e abraços que não foram dados em tantas noites. Acreditem que: para além da falta física nunca faltou o amor.

Agradeço também na mesma ordem de importância ao meu marido Paulo Sérgio Rizzaldo, pai dos meus filhos, amigo, amante e principalmente parceiro. Sinto-me privilegiada em estar ao seu lado todos os dias. Serei a Deus, eternamente, grata por ter me dado você como presente. Valeu o apoio incondicional nessa busca pela segunda graduação, por sempre me empoderar, por acreditar em meus sonhos comprar minhas ideias e, junto a mim, acreditar que dias melhores irão chegar. Que Deus possa recompensá-lo por tudo que faz e tem feito ao meu lado, por me fazer sentir a mulher mais amada e forte, incentivar-me sempre para acreditar que eu posso vencer. Obrigado pelo incentivo diário e especialmente por ter cuidado dos nossos filhos enquanto eu caminhava. Você é mais que um sonho. Eu o amo.

Agradeço ainda aos meus irmãos que acreditam na minha força e capacidade em vencer. Vocês são maravilhosos! Agradeço também aos irmãos de coração que Deus, como sempre maravilhoso comigo, deu-me, meus cunhados e concunhados. Em especial a minha cunhada Patrícia Maria Rizzaldo Silva, pelo incentivo a concluir esse ciclo de minha vida andando de mãos dadas comigo auxiliando-me de maneira grandiosa na elaboração deste. Valeu cada palavra corrigida, incentivo e força. Obrigada por existirem na minha vida.

Muita gratidão também aos demais familiares, como meus avós e tios que em muitos momentos me proferiram palavras de amor e incentivo. Por igualmente sempre me enxergarem e fazer crer que sou uma mulher forte e guerreira. Vocês são as minhas bases e minhas estruturas. São anjos que para além de qualquer situação têm me amparado, bem como, aos meus pequeninos. Somos uma família de gigantes.

E como não agradecer aos meus fiéis amigos, companheiros de estudos e de viagem, enfim, de tantas horas difíceis, mas também de momentos alegres. Valeu a minha prima Jane Pereira Santos, que se forma comigo nessa 11ª turma, a você minha gratidão pela parceria. Amo você viu. Ao Paulo Sérgio Martins, xará do meu marido, meu amigo querido que esteve igualmente presente diariamente nessa caminhada pela busca de um mesmo objetivo e consolidação de um mesmo sonho. Só posso crer que Deus me ama muito! Valeu a luta, obrigada por estarem ao meu lado e tantas vezes terem segurado meu choro e minha dor. Foi um enorme prazer caminhar ao lado de ambos. Aspiro muito sucesso a todos vocês ao trilharem uma carreira jurídica promissora. Estarão sempre presentes em meu coração.

A professora Sofia Muniz Alves Gracioli, por assumir o compromisso de orientar-me neste trabalho de conclusão de curso. Obrigada pela sua presença nesta graduação. À mestre meu respeito e minhas considerações. Simplesmente fez-me descer, quando literalmente voei. Desejo-lhe muito sucesso, e que se mantenha sempre assim, fiel aos princípios educacionais e exigente para com os discentes. Foi uma honra e privilégio conhece-la.

Aos meus queridos professores membros deste corpo docente, por todos os ensinamentos, paciência e dedicação. Muita gratidão por partilharem seus conhecimentos. Diante de percalços e adversidades, que nós alunos, enfrentamos nessa caminhada acadêmica, obrigada pelos gestos de humanidade. Apaixonei-me pelo direito ao longo do caminho, vendo e assistindo aos mestres compartilharem seus saberes.

Aos colegas de faculdade, que estiveram comigo nessa caminhada. As muitas amizades e aos laços de amor que fiz. Contem comigo!

Aos profissionais e funcionários da direção, biblioteca, administração e limpeza que se mantiveram dispostos e dedicados para conosco, por sempre nos atenderem com sorriso nos lábios e, com tamanha educação muito satisfatório ter convivido com todos nessa trajetória de minha vida.

A todos meus respeitos, meus cumprimentos. Restará para além das lembranças, à saudade.

A gente se vê por aí!

**“(…) É um não querer mais que bem
querer**

É solitário andar por entre a gente

É um não contentar-se de contente

É cuidar que se ganha em se perder

É um estar-se preso por vontade

É servir a quem vence, o vencedor

**É um ter com quem nos mata a
lealdade**

Tão contrário a si é o mesmo amor

Estou acordado e todos dormem

Todos dormem, todos dormem

Agora vejo em parte

Mas então veremos face a face

É só o amor, é só o amor

Que conhece o que é verdade.”

(Renato Russo, Monte Castelo)

RESUMO

Neste importante universo de luta pela aquisição de direitos, este estudo acadêmico visa trazer o debate e a reflexão acerca desta política pública, sob a ótica da administração financeira da saúde e do sub- financiamento da saúde privada, com o intuito de averiguar se estes mecanismos de fato colaboram para um sistema administrativo fortalecido à luz dos princípios doutrinadores que fomentem a integralidade, universalidade e equidade dos serviços. A proposta do trabalho é investigar se o sistema de financiamento público de saúde e o sub-financiamento da saúde privada corroboram para a dificuldade do alcance da universalidade, equidade e integralidade da saúde. Para que esta dissertação alcance à reflexão é importante que o leitor conheça, ainda que de forma breve, o percurso histórico da saúde no Brasil com vistas à proteção de Estado e suas Esferas Confederativas, enquanto garantidores de políticas públicas. Entender a sociedade que vivemos diante de um cenário de democracia é primordial, à medida em que nos leva a refletir sobre nossos direitos e a realidade a qual estamos inseridos. A observação crítica dos novos rearranjos sociais que ensejam a atualidade pode nos levar à uma reflexão social, política e jurídica, que permiti a ação e tomada de decisão diante deste cenário democrático de direitos, em que nos tornamos peças fundamentais com vocação para atuação de posturas que nos levam a mudanças. A aquisição da habilidade potencial em observar essa nova remodelação social é importante, pois assim poderemos e seremos capazes de confrontar as nossas necessidades frente ao modelo desenhado pelo Estado. Desde a redemocratização mediante a Constituição de 1988, o povo brasileiro passou a incorporar em seu ordenamento, políticas de atenção em saúde constitucionalmente garantidoras de um direito positivo e material. Visto que, na atualidade brasileira muitos foram os direitos materiais adquiridos, mas a gestão estatal através de suas representações legislativas e executivas em suas três esferas, não tem cumprido com a agenda de compromisso expostos em nossa Carta Magna, especialmente, quando se pensa na saúde, importante direito fundamental que a luz da integralidade, equidade e universalidade das ações e serviços deveria assistir aos indivíduos desta pátria sem limites de ação. Nesse sentido, através da análise e da leitura de diferentes pensadores este trabalho busca a repercussão crítica diante de suas análises reflexivas. Se de um lado há um ordenamento que nos ampara legalmente através de um direito positivado em lei, de outro há a ineficiência da gestão financeira estatal que descumpri compromissos relativos à atenção em saúde e propetele que cidadãos busquem na através do judiciário. Repensar essa remodelação, sob a ótica dos princípios fundamentais e do Sistema Único de Saúde diante de um Brasil multicultural, desigual nas suas necessidades, conforme suas regiões é fomentar discussões educativas, nas mudanças de atitude para caminhos que futuramente nos assegurem o mais próximo do ideal constitucional. O objetivo do presente trabalho, portanto, é verificar a influência do financiamento da saúde pública e o sub financiamento da saúde e o seu alcance a universalidade, equidade e integralidade das ações e serviços.

Palavras-Chave: Saúde. Princípio da Integralidade. Financiamento. SUS.

SUMMARY

In particular, the health state contributes to a system of access to education systems that foster the integrality, universality, and equity of services. The purpose of the study is to investigate the health financing system and private health sub financing, and these corroborate the difficulty of reaching the universality, equity and integrality of health. For this dissertation to be important is what concerns the disclosure of data, the historical course of health in Brazil with a view to the protection of its state and safety standards. To understand a society that lives before a scenario of democracy is primordial, in that it takes us to a space on the rights and a reality that are inserted. The critical critique of new social pillars that make today can lead us to a social, political and legal reflection, a possibility of action and decision making on the democratic scenario of rights that we become fundamental pieces with vocation for the performance of positions that lead us to change. Conditioning of the potential ability towards the new social remodeling is important, because this way we can be able to confront our needs facing the model developed by the State. The redemocratization through the Constitution of 1988, the Brazilian people started to incorporate their order, the constitutional attention policies guaranteeing a positive and material right. About Us | Contact Us | About Us | Contact Us | Home About Us Contact Us Privacy Policy Terms of Use | much interest in a schedule of commitments and executions in its three spheres, not having fulfilled with an agenda of commitments exposed in our, fundamental right, equity and universality of actions and documents. In this sense, through the analysis and reading of the different thoughts, this work seeks a repercussion to the critic before its reflective reflections. From a legal system that differs legally from a law enacted in law, on the other hand there is an inefficiency of a state financial management that choose them to pay for a health in which citizens seek through the judiciary. To rethink this remodeling, from a perspective of the principles and foundations of the Unified Health System to the Multicultural Multiple, the changes in its perspectives are more frequent in the educational discussions, in the changes of attitude so that the future guarantees are closer to the constitutional ideal. What is expected of this is to verify that public health and the financing of the disease are subject to a difficulty in achieving the universality, equity and integrality of actions and services.

Keywords: Health. Principle of Integrality. Financing. SUS

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 PERCURSO HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA EM MEADOS DO BRASIL ATÉ A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.....	13
2 UMA BREVE REFLEXÃO SOBRE O FINANCIAMENTO DO SUS E O SUBFINANCIAMENTO DA SAÚDE PRIVADA.....	23
3 A TUTELA DO ESTADO FRENTE AO FINANCIAMENTO DA SAÚDE E A REPERCUSSÃO JURÍDICA NA OMISSÃO DO BEM TUTELADO.....	36
3.1 Uma correlação das jurisprudências em matéria de saúde: abordagem e análise crítica reflexiva do tema em comento	42
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
REFERÊNCIAS	50

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 marca o fim legal de um governo ditatorial, e a reinstalação democrática como um dos maiores princípios do Estado brasileiro, porque evidenciou a participação do povo, através dos sindicatos, entidades religiosas e outros segmentos sociais. A Carta Magna trouxe avanços com a garantia dos direitos fundamentais à organização do Estado e dos poderes, à sua defesa e das instituições, à tributação e ao orçamento, à ordem econômica, financeira e social.

A população brasileira conquistou melhorias na qualidade de vida, o que possibilitou com a Constituição Federal a abertura ao exercício de cidadania bem como, a luta por condições sociais e de saúde mais dignas apresentadas pela ampla assistência de forma equânime e igualitária com recursos e pactuação advindos da União, Estados e Municípios.

Entender a sociedade a qual vivemos nesse cenário de democracia é primordial à medida, em que nos leva a refletir sobre nossos direitos e a realidade a qual estamos inseridos, levando-nos à uma reflexão social e política, bem como, nos permite agir diante deste cenário democrático de direitos, o qual nos tornamos peças fundamentais e capacitadoras de mudanças. A aquisição da capacidade em observar essa nova remodelação social é importante, pois assim poderemos e seremos capazes de confrontar as nossas necessidades frente ao modelo desenhado pelo Estado.

Vale frisar ao que se refere à saúde pública, a população brasileira, por muitos anos foi subjugada nos aspectos sanitaristas e, quando adoecia o que se apresentava eram medidas tratativas da doença em si, numa postura basicamente médico-hospitalar. Apenas pequena parte da população brasileira obtinha acesso aos serviços de saúde, porque tinham carteira de trabalho assinada, ou seja, contribuintes da Previdência Social, ou tinham recursos financeiros próprios para custear os serviços assistenciais. Ao restante da população caberia recorrer à filantropia ou aos curandeiros. Em relação à gestão dos serviços de saúde ocorria a centralização na esfera federal sem participação popular. Os governos anteriores não aspiravam ao planejamento de políticas, que de fato pudessem emergir ações de proteção, prevenção e promoção à saúde. O sistema político da época privava a população de direitos políticos, civis e sociais, estes, garantidos hoje, como direitos subjetivos ao acesso e aos princípios integrais, universais e equânimes de saúde.

Neste importante universo de luta pela aquisição de direitos, este estudo acadêmico visa trazer o debate e a reflexão acerca desta política pública, sob a ótica da administração financeira da saúde e do sub-financiamento da saúde privada e averiguar se estes mecanismos de fato colaboram para um sistema administrativo fortalecido à luz dos princípios doutrinadores que fomentem a integralidade, universalidade e equidade dos serviços.

A proposta deste trabalho é investigar se o sistema de financiamento público de saúde e o sub-financiamento da saúde privada e sua influência está ao alcance da universalidade, equidade e integralidade da saúde.

Para a presente pesquisa foi realizada uma revisão bibliográfica crítica com uso de artigos científicos, livros e jurisprudências. No primeiro capítulo será abordado o contexto de saúde no Brasil, com vistas a analisar como era tratada as questões de saúde no país, especialmente, a omissão estatal até alçar a Constituição federal de 1988, quando através desta os cidadãos passaram a almejar os ideais de saúde com maior garantia a ações de proteção, recuperação e promoção à saúde.

Ainda, procura-se, por meio do primeiro capítulo deste demonstrar como a saúde foi passando por diferentes modelos de gestão política, sofrendo remodelações em suas estruturas e pouco a pouco chegou ao modelo que conhecemos na atualidade. No segundo capítulo, buscou-se refletir de forma crítica, através da análise em fomento sobre o financiamento da saúde pública e o sub-financiamento da saúde privada com objetivo crítico de verificar se esse modelo de gestão administrativa financeira colabora, para a dificuldade do alcance da integralidade, equidade e universalidade da saúde. No terceiro capítulo, discute-se se a tutela do Estado frente à saúde e o modelo de financiamento da mesma, bem como as dificuldades para o alcance desta, conforme a garantia deste direito defeso em texto constitucional.

1 PERCURSO HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA EM MEADOS DO BRASIL ATÉ A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.

A população brasileira, na fase que antecedeu o período imperial, conforme nos mostra Oliveira (2016), as medidas de saúde que importavam para a população eram pautadas no curandeirismo que de forma caseira visava à cura dos males do corpo, a base do uso de ervas, plantas e raízes medicinais.

A partir do século XIX com a chegada da família real surgiu uma limitada preocupação sanitária voltada à proteção da nobreza.

Conforme nos esclarece Bertolli Filho (2011), a cidade do Rio de Janeiro importava as ações sanitárias presentes na época, uma vez que lá se concentrava o porto do país, onde atracavam os navios que serviam de apoio à prática do mercantilismo. Em 1813, foi criado os Centros de Formação de Médicos juntamente com a Junta de Higiene Pública, porém ineficazes no tocante ao cuidar da saúde comunitária daqueles dias.

Neste período, republicano ainda com a ideia de que a população deveria ser considerada como um capital humano, as ações implantadas pelo Estado passaram a contemplar medidas de controle de enfermidades epidêmicas. Nesse sentido foram criados planos de ação voltados à articulação de projetos e diretrizes do governo que buscavam atender não somente o controle local de doenças, mas também, a sociedade como um todo.

Apesar de tais tentativas de controle de doenças, estas eram barradas numa política que direcionava maiores esforços nos meios de produção, dessa forma, as políticas voltadas à saúde eram manifestamente desprivilegiadas, uma vez que, os governos centravam seus esforços e investimentos, na expansão e produção do comércio no país.

Essa fase foi marcada por uma ausência ou mesmo deficiência em si, de criar uma gestão administrativa financeira que fosse voltada à atenção de um sistema que privilegiasse a integralidade e a universalidade de forma equânime na prestação de serviços à população.

Por muitos anos as gestões governamentais foram omissas na criação de uma gestão administrativa financeira que se atentasse eficazmente na organização da atenção à saúde de forma integral e universal. Importante dizer que a falta de esforços em planejamentos nesta, e na incapacidade do cidadão em participar da gestão política e social do país, fazia-o perecer na doença. Vivendo em constante estado de risco, tinha sua vida outrora, a capacidade produtiva diminuída, o que só contribuía para a perpetuação da pobreza no país.

Conforme nos assinala Oliveira (2016), durante a República Velha houve a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública que entre outras ações deveria erradicar a febre

amarela do estado do Rio de Janeiro. A proposta estendeu-se, em anos posteriores, a todo país como importante intervenção na área da saúde coletiva.

Nota se, porém, que a criação deste departamento se restringia à erradicação da febre amarela, não importando com ações integralizadoras e universais de proteção à saúde. Não havia, também, a preocupação com fundos de investimentos e erários que subsidiariam um sistema de financiamento organizado na perspectiva da oferta qualificada de acessibilidade aos recursos e serviços de saúde.

Somente em 1920, Carlos Chagas, biólogo, médico sanitário, cientista e bacteriologista brasileiro que atuou como clínico pesquisador e responsável por estruturar este departamento, vislumbrou a criação de uma saúde pública educativa e preventiva no país.

Com a chegada do Estado novo em 1920, e a Revolução Industrial em 1930, o Estado comandado por Getúlio Vargas, ainda insensível às questões de saúde pública, concentrou seus esforços no crescimento e investimentos na indústria, comércio e transportes, dentre outros, desvinculando verbas devidas à área da saúde, para as áreas, anteriormente citadas. Neste contexto de agravamento da saúde pública e diante da trágica fase que a população encontrava-se, desprotegida no acesso aos recursos mínimos, emerge a Constituição Federal de 1946, garantindo, ainda que timidamente, direitos como aposentadoria, saúde, educação, moradia, porém, especialmente voltados à classe trabalhadora.

Foi durante a década de 60 com a ascensão da agricultura que tais preocupações puderam se estender ao meio rural, uma vez que se concentrava a principal atividade econômica da época. Ainda assim, o Estado não prosperava o esperado, diante da necessidade emergente da saúde. A população adoecida clamava por ações de proteção e promoção da saúde e, reivindicaram exigências de condições mínimas de saúde e saneamento.

Dessa maneira, aponta Bertolli Filho (2011), conforme observado em seus estudos, Getúlio Vargas, na década de 30, mediante a Lei Elói Chaves, organizou as caixas de aposentadorias e pensões e, os institutos de previdência ofereciam uma baixa e deficiente cobertura voltada à classe trabalhadora, sob a tutela do Estado atendiam parcialmente a população brasileira.

Todos esses incentivos não resolveram os problemas da população, pois aqueles que labutavam na informalidade ou que não exerciam atividades trabalhistas ficavam desamparados por estes planos, quando adoecidos por males mais graves, não havia a garantia e cobertura necessária ao tratamento e cura. Observa-se que o trabalhador ao adoecer deveria optar entre receber parte de seus vencimentos, ou ainda, ser submetido ao isolamento em casas próprias para tratar seus males.

Diante da assistência mínima garantidora de recursos essenciais à vida da população, que à mercê da desproteção jurídica do Estado era subjugada nas suas necessidades mínimas de saúde.

Ainda, conforme aponta Bertolli Filho (2011), em 1946 com a assunção do presidente Eurico Dutra urge a preocupação em organizar a saúde, porém, posteriormente somente no segundo mandato do governo de Getúlio Vargas, em 1953 é criado o Ministério da Saúde.

No entanto, devido à falta de organização financeira do Estado e diretrizes políticas eficazes, essa forma de organização provocava um sistema ineficiente de ações plausíveis de mudanças neste cenário. Importa dizer, que os proventos advindos somente de uma parcela populacional de trabalhadores levavam a captação escassa de recursos financeiros, os quais impossibilitavam investimentos em áreas e pessoal especializados, bem como, equipamentos, o que afetava negativamente o atendimento integral de qualidade, até mesmo da parcela trabalhadora contribuinte do sistema previdenciário.

Importa-nos observar que a falha no controle político e, o próprio clientelismo, permitia que partidos políticos, bem como, seus líderes trocassem ambulâncias, leitos hospitalares, entre outros, por votos em épocas de eleições. Tais atitudes só contribuíam para agravar os determinantes de saúde, uma vez que, enquanto algumas regiões tinham recursos superiores à demanda, em outros, a carência e escassez por produtos e serviços eram deficientes e precários para atender as reais necessidades da população.

Entre as atuações do Ministério da Saúde, ressalta-se que foi, ainda que de forma mínima, atuante em ações de controle e promoção da educação em doenças como chagas, tracoma e campanhas contra a malária.

Observa-se neste contexto, a importância que fazia ter um sistema integralizado de saúde com uma gestão própria financeira capaz de arrecadar fundos, que pudessem sanar os déficits em serviços necessários à população.

E durante a ditadura militar de acordo com Oliveira (2016), na década de 80, a saúde era reservada apenas aos trabalhadores com carteira assinada restando a outra parte o atendimento, em Casas de Misericórdia que prestavam atendimento de caridade e, não como direito de fato pertencente a este grupo.

Mais tardiamente em 1981, houve a criação do CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Médica da Previdência, órgão diretamente ligado ao INAMPS – Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social, o qual se concentrava a função fiscalizadora e, ainda a prestação de contas aos credenciados, com vistas a impedir ações fraudulentas.

Todos estes institutos, no entanto, não foram capazes, mais uma vez de garantir a real proteção aos cidadãos. Estes continuavam desprotegidos de seus direitos sociais e marginalizados pela política brasileira atuante daqueles dias. O Estado não formulava ações de proteção ampliada, que pudessem emergir, em um programa financeiro capaz de subsidiar a saúde.

Conforme se observa, houve tentativas de intervenção na área da saúde, como meio de controlar as doenças endêmicas que assolavam a sociedade, no entanto, estas intervenções atreladas ao monopólio de capital e suas relações mercantilistas ocasionaram insuficiência na busca da garantia e promoção da vida. O controle e planejamento político eram ineficazes, era nula a participação popular e a falta de educação sanitária, entre outros, foram precursores de uma sociedade que, por muito tempo, viu seu povo adoecer e ser excluído de ações que o protegiam.

Não havia em dado momento um conjunto normativo de regras e leis que, doutrinariamente, pudessem fazer emergir a obrigação do Estado na tutela do direito à saúde. A falta de implicações políticas, a má gestão, a incongruência entre governos e a falta de um planejamento sólido foram pouco a pouco reorientando a administração política do sistema público de saúde para novos rumos, que tardiamente observa-se que não foram os melhores para gerir a atenção em saúde.

Apresentavam-se os institutos tutelados pelo Estado e a própria medicina privada como meio de prestação de serviços lucrosos a pequenos grupos e, segundo Filho (2011, P,60): “os esforços para melhorar o tratamento e a prevenção de doenças contaram com a oposição dos empresários da saúde”. Mais uma vez o setor político interveio nos debates, aprovando leis que garantiam privilégios para os grupos privados prestadores de serviços médico hospitalares.” (BERTOLLI FILHO, 2011, p.44).

A gestão política permitia que recursos do setor público fossem aplicados no setor privado. A tentativa do governo para encontrar meios de promover a saúde de forma adequada se esbarrava na oposição empresarial da saúde. Tal situação de desvinculação de verbas trouxe o agravamento da mesma que, através da corrupção desenfreada culminou na ineficácia dos atendimentos básicos da população.

Em meio ao contexto contra a ditadura e grupos privados prestadores de serviços médicos hospitalares, eclodiram grupos de médicos e, outros profissionais da saúde pública que iniciaram em meados da década de 1970, teses e discussões políticas que caracterizaria a Reforma Sanitarista, tendo como marco institucional a 8 ° Conferência Nacional de Saúde, em 1986. A expressão foi usada ao se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às

mudanças e transformações necessárias no financiamento e na gestão da área da saúde, que levariam à melhores condições de vida da população.

Os movimentos sanitaristas ocorridos ao longo de todo esse processo histórico configuraram-se nos mais importantes movimentos para chegarmos até a Constituição Federal de 1988. As propostas da Reforma Sanitária resultaram finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em seu artigo 6º foi possível à incorporação da saúde como direito social e fundamental e, o Estado passou a ser o garantidor de prestações positivas e subjetivas junto à população.

Todo o movimento sanitarista citado acima, embora não tenha subsidiado de fato o povo brasileiro como um todo, devido à fragmentação política assistencial sanitária, fez parte de uma evolução histórica que tardiamente culminaria em assegurar direitos através de uma constituição cidadã. Sob este enfoque efetivamente dentro desse processo na evolução por garantias, que a criação de uma constituição em um Estado democrático de direito que entre outros visava à redemocratização de toda uma política voltada a proteção social. Através desta constituição cidadã que a sociedade brasileira amparada por direitos sociais e fundamentais começou a emergir e a vislumbrar numa possibilidade de melhora na atenção à saúde através de um sistema financeiro garantidor deste.

Nesse contexto importante faz-se observar que anterior a esta constituinte, a 8ª Conferência de Saúde já denotava a importância da mobilização social e seu papel na reformulação de novos rumos políticos no país.

No processo histórico de afirmação da reforma sanitária e do controle social, foi emblemática a realização, em 1986, da 8ª CNS, caracterizada pela ampliação da participação social na escolha dos delegados e pela profunda revisão dos conceitos de saúde, direito social e papel do Estado, já enunciados no documento do CEBES, A Questão Democrática na Área da Saúde, lido por Sergio Arouca no Simpósio de Saúde da Câmara dos Deputados em 1979. A 8ª resultou de amplo processo de mobilização social com representação do governo e da sociedade civil e foi precedido de pré conferências nos estados. Foi uma conferência fundadora a ponto de o então Presidente da República José Sarney, em seu discurso de encerramento da etapa nacional, mencionar que o relatório aprovado naquela plenária materializava a pré constituinte da saúde. (GADELLA, 2015, p.2049).

Na visão de Gadelha (2015) é então a esta conferência um importante marco na redemocratização que aliou forças e movimentos sociais e, que, posteriormente serviriam de base para a consolidação da constituição cidadã em 1988.

Não diferente e adiante a Organização Mundial da Saúde- (OMS, 1946), diz que a saúde deve ser entendida como um estado de completo bem-estar físico, mental, e social e não apenas a ausência de doenças e outros agravos.

Essa definição remete algo mais complexo, uma vez que, a presença da enfermidade nos remete não somente a processos patológicos, como também através deste conceito, nos revela a saúde como bem estar psicossocial de indivíduos que vivem, em sociedade e interagem entre si ficando expostos a diversos fatores extrínsecos a pessoa e, que de fato, podem comprometer o estado de saúde do ser humano.

Para tal as Conferências de Saúde tiveram sua devida importância ao articularem e serem influenciadoras na tomada de decisões dos gestores políticos, nas diferentes esferas do governo. Muito embora seja evidente que estas constituam um papel importante, verificamos que por vezes, toda integralidade e direcionamento de ações necessárias à efetivação do programa SUS, de fato, ainda se encontra em constante fragmento.

Um dos aspectos a se considerar é que para atenderem aos seus objetivos, as Conferências de Saúde devem pautar o planejamento da gestão do SUS, influenciando diretamente os processos de tomada de decisão dos gestores. E esse aspecto muitas vezes, tem recebido insuficiente atenção da gestão, dos participantes das Conferências, do controle social e mesmo da academia. (RICARDI; SHIMIZU; SANTOS; 2017, p. 155).

Assim, vida e saúde, bem como a sua preservação são direitos sociais e direitos fundamentais que devem ser assistidos de forma ampla e conjunta com todos aqueles que buscam fomentar a vida, protegendo-a nos seus aspectos mais importantes tornando- a livre de agravos e riscos que possam afetar esse binômio. O papel do Estado, da família e da sociedade deve ser enfatizado, para a proteção e promoção das garantias individuais e coletivas que permeiam o desenvolvimento humano saudável.

A Constituição Federal no seu artigo 197 assim dispõem a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (VADE MECUM SARAIVA, 2017)

Para alcançar o alicerce da cobertura da saúde, dentro de uma visão de proteção social e fundamental à vida, com proteção jurídica, têm-se como importante passo, criar um financiamento que configure numa gestão corporativa, como órgão de controle e gestão, com vistas a um sistema organizacional dirigido e pautado em ações fiscalizatórias próprias.

Nesse sentido, conforme o texto constitucional que diretrizes, normas e leis foram criadas para a defesa e garantia da saúde com a finalidade de atender as necessidades biopsicossociais na sua integralidade através de uma assistência especializada e de uma gestão política financeira única que possa dentro de um planejamento englobar a promoção, proteção e recuperação, assegurando de fato que a população seja assistida nas suas necessidades.

Enfim, no nascedouro da Constituição de 1988, havia toda uma conjuntura que permitiu avanços muito mais profundos do que, de fato, a base social do país parecia indicar, e como exemplo destes avanços, podemos citar todo título da Ordem Social e, em particular, o capítulo da Seguridade Social e sua seção a Saúde. (GADELLA, 2015, p.2049)

Uma vez ocorrida a redemocratização da política brasileira, através da Carta Magna e toda expressão que há nela, novos rumos foram alçados para a organização do país. Com a redemocratização houve redirecionamentos que impactaram a população brasileira através de novas representações políticas por cada ente federado e que se tronariam norteadores de suas ações.

É com essa proposta centrada em uma nova constituição que surge o SUS – Sistema Único de Saúde, descentralizado, que norteado por suas leis 8080/90 e 8142/90, bem como, seus princípios e diretrizes, constituem uma importante proposta de atenção.

A CF de 1988 em seu texto contempla a saúde como direito e bem jurídico fundamental e está atendendo a Declaração dos Direitos Humanos que em seu artigo 25 subscreve:

Toda pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e a sua família a saúde e bem estar, principalmente quanto a alimentação, ao vestuário, ao alojamento, a assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito a segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstancia independentes da sua vontade. [...]
(DECLARAÇÃO UNIVERSAL DE DIREITOS HUMANOS, 1948).

Com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, em 19 de setembro de 1990, foi sancionada a Lei 8080/1990, intitulada, Lei Orgânica da Saúde, que estabelece entre outras coisas, os princípios, as diretrizes e os objetivos do SUS.

Em importância ao artigo 198 da Constituição Federal, que trata dos serviços de saúde, convenhamos destacá-lo: “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.

Hoje contamos com uma gestão de saúde, descentralizada, municipalizada e com participação popular, através dos conselhos e conferências de saúde. Com o advento do SUS, a assistência passou a visar a busca pela integralidade, mediante ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação de saúde, de modo a atingir o “todo” do indivíduo.

De acordo com Oliveira (2016), a saúde é um direito de todos e uma dimensão essencial do crescimento e desenvolvimento do ser humano, logo, todas as pessoas, sem distinção, tem direito a uma vida saudável sendo essencial o completo bem-estar, para que se atinja a condição plena de saúde.

Observa-se na expressão do autor a saúde como sendo algo inerente à vida e imprescindível ao desenvolvimento humano. Algo que deva fazer parte da vida humana sem distinções para que este alcance por completo o bem-estar físico, emocional e social.

Ainda, segundo Oliveira (2016 apud NOVELINO, 2014, p.902) a saúde é “indissociável do direito à vida e da dignidade da pessoa humana”, sendo ainda direito fundamental social e integrante do mínimo existencial da pessoa humana. Não é possível haver saúde sem a preservação da vida, da dignidade e o bem-estar de cada indivíduo. Vinculando-se diretamente ao princípio da dignidade humana, é direito de todos que estiverem em solo brasileiro independentemente de sua nacionalidade, sendo o Estado, o principal responsável, respondendo aos entes federativos solidariamente, no que concerne à

saúde, não isentando a família e a sociedade de suas responsabilidades que juntamente se obrigam.

Vale reafirmar que vida e saúde, bem como, a sua preservação são direitos sociais e direitos fundamentais, os quais devem ser assistidos em toda sua plenitude, conjunta com todos aqueles que buscam fomentar a vida, protegendo-a, tornando-a livre de agravos e riscos que possam afetar esse binômio.

O papel do Estado, da família e da sociedade deve ser enfatizado, para a proteção e promoção das garantias individuais e coletivas que permeiam o desenvolvimento humano saudável. Para tal, expressa-se nesta a necessidade de um planejamento financeiro linear, livre de corrupção, consubstanciado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade de ações e serviços capazes de resolver na totalidade os anseios do cidadão.

A Constituição Federal no seu artigo 197, assim dispõe a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (VADE MECUM SARAIVA, 2017).

Dessa forma, a partir de uma visão de proteção social, bem como, fundamental à vida expressos em nosso texto constitucional que diretrizes, normas e leis foram criadas para a defesa e garantia da saúde, com a finalidade de atender as necessidades biopsicossociais na sua integralidade, através de uma assistência especializada e, de uma gestão política que possa dentro de um planejamento englobar a promoção, proteção e recuperação desta, assegurando de fato, que a população seja assistida nas suas necessidades.

Conforme Pontes, Oliveira e Gomes (2014, p. 2), ainda, vive-se uma contrariedade da materialização da lei na busca de um atendimento de saúde de forma universal e que ampare legalmente os cidadãos nas suas necessidades, porque na prática, persiste muita distinção entre aquilo que temos de fato garantidor e aquilo com que convivemos na prática cotidiana.

Para Brasil (1990), ainda em seu texto cabe ressaltar os princípios e diretrizes integradores desta nova forma de repensar a gestão financeira deste sistema. Em seu art.7º, presentes estão os princípios da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, integralidade da assistência e o conjunto articulado das ações em todos os níveis de complexidade do sistema, tais como, a igualdade da assistência, participação da comunidade, descentralização dos serviços para os Municípios e descentralização política administrativa, regionalização e a conjugação de recursos financeiros, tecnológicos, materiais, e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços etc.

Todos estes princípios e ações foram pensados, como uma forma de organização político, financeira e administrativo capaz de articular ações e serviços necessários para consolidação desse direito à saúde, que não excluam os cidadãos e que permitam a esses a garantia de cidadania e dignidade.

Com esses novos olhares e atuação política diferenciada, o cenário social do país foi se remodelando e buscando novas conjunturas que fomentariam novos ideais de fazer saúde com a prestação de assistência integral e equânime aos pátrios filhos.

Conhecer mesmo que, brevemente, o histórico da saúde no Brasil e repensá-lo na contemporaneidade, faz-se pleno e necessário, para que diante deste pretensioso e não menos tendente trabalho observar o contexto social que nos permita refletir o sistema de financiamento público da saúde pública, bem como, o sub- financiamento público da saúde privada e a gestão financeira para o alcance da universalidade, integralidade e equidade de ações e serviços voltados à comunidade nacional.

É importante que esta reflexão analítica aconteça na prática, pois assim, um passo será dado para que possamos se não resolver, ao menos discorrer essa importante questão social e política que é a saúde brasileira, especialmente no que tange o financiamento desta e seu sub- financiamento, na saúde privada.

2 UMA BREVE REFLEXÃO SOBRE O FINANCIAMENTO DO SUS E O SUBFINANCIAMENTO DA SAÚDE PRIVADA

Conforme exposto no capítulo anterior, pudemos observar como se deu ainda que de forma ligeira a evolução histórica da saúde brasileira até culminar com os dias atuais. A luz dos direitos cidadãos, observando nosso cotidiano e a tutela jurídico política pode-se perceber como a população era esquecida, e a esta, não era contemplado o acesso sanitário devido.

Para a conquista de um sistema ampliado em ações de proteção foi necessário a adoção de um planejamento financeiro que pudesse subsidiar os custeios com a atenção sanitária, e que, culminasse em ações que abrangessem em loco as macrorregiões, levando em consideração o advento do capitalismo.

Com um sistema de arrecadação financeiro próprio e singular, o presente tem como objetivo discorrer sobre o financiamento público da saúde, bem como, o financiamento público na saúde privada e observar que, conforme tutelado pelo estado jurídico brasileiro seus princípios integradores sob à luz da universalidade, integralidade e equidade estão aquém do ideal e do imaginário brasileiro. Busca-se averiguar se o sistema financeiro de saúde atual oferece dificuldades e riscos em se alcançar a universalidade, integralidade e equidade dos serviços.

A lei, 8080 de 19 de setembro de 1990, veio com o objetivo de somar esforços na busca pela consolidação e aquisição de uma vida saudável, livre de riscos, com prevenção dos agravos dispondo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização e do funcionamento dos serviços correspondentes. (BRASIL, 1990).

Para tal, as Conferências de Saúde tiveram sua devida importância ao articularem e serem influenciadoras na tomada de decisões dos gestores políticos, nas diferentes esferas do governo. Muito embora seja evidente que estas constituam um papel importante, verificamos que por vezes, toda integralidade e direcionamento de ações necessárias à efetivação do programa SUS, de fato, ainda se encontra em constante fragmento.

Um dos aspectos a se considerar é que para atenderem aos seus objetivos, as Conferências de Saúde devem pautar o planejamento da gestão do SUS, influenciando diretamente os processos de tomada de decisão dos gestores. E esse aspecto muitas vezes, tem recebido insuficiente atenção da gestão, dos participantes das Conferências, do controle social e mesmo da academia. (RICARDI; SHIMIZU; SANTOS; 2017, p. 155).

Conforme Pontes, Oliveira e Gomes (2014, p. 2), ainda, vive-se em um sistema que na prática, deixa evidente muita distinção, entre aquilo que temos de fato garantidor e aquilo com que convivemos na prática cotidiana, contrariando a materialização da Lei, que se estrutura de forma universal, amparando legalmente os cidadãos em suas necessidades.

Para Brasil (2000) para entendermos esse planejamento que consubstancia esse sistema, importante se faz delinear acerca de instrumentos de planejamento do SUS tais quais, o Plano de Saúde, a Programação Anual, a Programação Pactuada e Integrada –PPI e o Relatório de Gestão que ligados intrinsecamente se relacionam á função gestora em todas as esferas governativas.

Para que tais instrumentos de fato se solidifiquem necessário se faz levar em consideração o modelo de gestão adotado, o modelo de atenção à saúde almejado, os recursos específicos atinentes a esta, suas estratégias e seu financiamento.

Para a construção do PPI deve ocorrer a partir dos Municípios, que têm por finalidade tornar explícitas as necessidades de saúde adstrita daquela comunidade, e ao ser aprovada pelos conselhos de saúde, os encaminha ao Estado, o qual os envia ao Ministério da Saúde, para que sejam formuladas e implantadas ações devidas de acordo com a necessidade da população dentro da macrorregião.

Embora, o Estado tente articular-se com o intuito de compor um sistema de saúde eficiente, basta observar o entorno social, a própria realidade em que nos insere; veremos que ainda falta, para além de um planejamento de saúde que perfaça uma gestão financeira mais sólida e, atenda a maioria das necessidades de saúde do cidadão.

Nesse sentido, Santos, Delduque e Alves (2016), reportam a importância de um pensamento cauteloso, o qual reflita a saúde dentro do seu mercado de ação, nas formas de regulamentação desse serviço, que envolva a relação médico- industrial e a própria manutenção de subsídios públicos na saúde privada, através das prestadoras de saúde privada com o constante credenciamento de serviços e instituições como os filantrópicos. Além de instituições outras, que também são credenciados a atender com recursos públicos, a equidade da renúncia fiscal e tantas outras que emergem quando o assunto cai no plano do financeiro do Sistema Único de Saúde.

Como ensina Mazon et al. (2018, p.39), um sistema de financiamento de saúde problemático em meio a um sistema capitalista que enfrenta crises econômicas e políticas deixa a mostra sua ineficiência, quando confrontado com um sistema social e político de saúde que traz no seu ordenamento princípios e diretrizes básicas que buscam a consolidação

de uma prestação social de forma universal, equânime e igualitária na atenção sanitária nacional.

Com as constantes mudanças no cenário social próprios de uma população advinda de um país em desenvolvimento e todos os problemas que antecedem esta, por exemplo, o envelhecimento populacional, os próprios avanços tecnológicos que auxiliam a medicina tratativa e preventiva de saúde com alto custo. Ainda, as alterações climáticas ambientais que repercutem diretamente na saúde da população, a violência social, a má distribuição de renda, a falta de trabalho, a comercialização e a indústria das patentes com todo seu monopólio comercial. A renúncia fiscal tributária, na arrecadação das prestadoras privadas de saúde, tudo entre tantas outras são exemplos de situações que dificultam o país como seu povo. Suprir as reais necessidades do cidadão é necessário propor um financiamento e captação de recursos que supram essa busca por uma atenção sanitária, não somente com universalidade, mas também com integralidade e equidade.

Não é à toa que há certo consenso entre os analistas de políticas de saúde de que os maiores desafios do SUS são políticos, pois supõem a garantia do financiamento do subsistema público, a redefinição da articulação público privada e a redução das desigualdades de renda, poder e saúde. Esse quadro sintetiza a americanização perversa do sistema de saúde brasileiro, de modo que, seria oportuno repensar por que razões não foi possível romper as amarras estruturais desta herança histórica. (REIS, 2018, p.2036).

Como aponta Reis, (2018), a própria forma de gerenciamento do sistema SUS, para com seu financiamento e os subsídios oferecidos por este as empresas prestadoras de serviços de saúde privados colaboram para com um gasto tributário que, segundo o mesmo, em 2015 foi em torno R\$ de 12,5 bilhões, numerário este que poderia ser repassado, ao Ministério da Saúde- MS para investimentos, na atenção básica e média complexidade do MS.

Essa forma de subsídio conforme apontado acima e, seguindo uma tendência do nosso país no gerenciamento do sistema de saúde brasileiro, importa em impactos importantes, ao observarmos, que além dos gastos com profissionais da saúde e também com clínicas e entidades filantrópicas. O Brasil, ainda, abate na base de cálculos de impostos tanto de pessoas físicas quanto jurídicas deste seguimento, deixando o governo federal de arrecadar cifras importantes que poderiam melhorar o sistema de prestação de saúde. Aponta-se que, os desfechos relativos à renúncia fiscal têm subtraído recursos de modo significativo. O fisco ao renunciar o erário, aquilo que não foi arrecadado, se assim o fosse, poderia complementar os recursos financeiros para serem direcionados em investimentos diversos, e em ações e

serviços que, diretamente, repercutiriam em melhor acesso e qualidade de serviços prestados à população afetando a equidade desse sistema.

Conforme apontam Santos; Vieira (2018), a austeridade fiscal traz uma sobrecarga para a população demandando para esta o aumento de gastos de ordem fiscal tributária, repercutindo diretamente na diminuição da oferta de bens e serviços, em razão de cortes de despesas pela diminuição da arrecadação ou ainda de reformas em sua estrutura de financiamento. O aporte da austeridade fiscal findou-se principalmente, sob a ótica estudada em não trazer equilíbrio momentâneo aos gastos e as contas públicas, estes visavam principalmente buscar que o Estado tivesse uma participação menor na oferta de bens e serviços destinados a população.

Defini Vieira; Santos (2018, p. 2310) enfatizam que:

Ao mesmo tempo em que há uma retração do gasto público, observa-se o aumento do gasto privado das famílias com saúde. No período de 2010 a 2015, a participação das três esferas do governo no financiamento da saúde reduziu de 46,9% para 41,1%, enquanto a participação das famílias e das instituições sem fins lucrativos aumentou de 53,1% para 54,9%.

A Lei, 8080 de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde, veio com o objetivo de somar esforços na busca pela consolidação e aquisição de uma vida saudável, livre de riscos e com prevenção dos agravos dispondo sobre as condições, para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização e do funcionamento dos serviços correspondentes. (BRASIL, 1990).

Para Brasil (1990), ainda, em seu texto cabe ressaltar os princípios e diretrizes integradores desta nova forma de repensar a gestão social deste sistema. Em seu art.7º da Lei Orgânica de Saúde, estão presentes os princípios da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, integralidade da assistência e o conjunto articulado, bem como, ações em todos os níveis de complexidade do sistema, igualdade da assistência, participação da comunidade, descentralização dos serviços para os Municípios com descentralização política administrativa, regionalização e a conjugação de recursos financeiros, tecnológicos, materiais, e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços etc. Todas as esferas governamentais e as comunidades organizadas como forma de organização de serviços necessários para consolidação desse direito cidadão.

Ainda, de acordo com a lei 8080/90, em seu art. 24 que trata da complementariedade da participação da iniciativa privada na oferta de serviços, esta prevê que ao não oferecerem a

disponibilidade necessária, esta poderá ser suprida pelos serviços da iniciativa privada, que poderá atuar junto à sociedade, na garantia do acesso aos recursos de saúde.

A gestão financeira deste sistema consubstanciada no seu art. 33º reza que os recursos atinentes à saúde serão provenientes da esfera Federal, por meio do Orçamento da Seguridade Social, orçamentos da União, a serem administrados pelo Ministério da Saúde por intermédio do Fundo Nacional de Saúde e, fiscalizados pelos Conselhos de Saúde de forma deliberada.

A Constituição Federal de 1988 determina que as três esferas de governo – federal, estadual e municipal – financiem o Sistema Único de Saúde (SUS), gerando receita necessária para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde. Devem com o planejamento deste financiamento, promover e arrecadação e repasses necessários, de forma a garantir a universalidade e integralidade do sistema, que tem se mostrado, no entanto, como uma questão complexa e que desafia as três esferas governamentais.

As restrições orçamentárias para o setor, sobretudo, a falta de recursos nos municípios e, a necessidade premente de superá-las, faz com que as discussões sobre o financiamento ocupem constantemente a agenda dos movimentos sociais e políticos que atuam em defesa do SUS.

Os Municípios, Estados, Distrito Federal e União, devem aplicar percentuais de investimento financeiros no SUS que são definidos atualmente pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, resultante da sanção presidencial da Emenda Constitucional 29.

Esta lei especifica que os entes federados devem aplicar tanto Municípios e Distrito Federal anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde, enquanto os Estados, anualmente, no mínimo, 12% da arrecadação de impostos em ações e serviços públicos de saúde, a União, o montante aplicado deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da lei orçamentária anual.

Um desafio a ser enfrentado pelos gestores em saúde é como condicionar um sistema que se comprometa a atender de forma integral e universal a população brasileira, levando em consideração todas as diferenças regionais, bem como socioculturais a que se expõe o povo brasileiro.

Estudos realizados pelo IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística vêm apontando uma diferenciação de 18,6% no ano de 2010 para em 2013 de 19%. Conforme dados, nosso país se comparado com outros que observam em seu ordenamento constitucional

as mesmas garantias de serviços universais, pode ser observado, que o investimento para atender os princípios deste sistema de atenção, ainda é escasso.

É necessário refletir sobre os muitos desafios a serem enfrentados para uma filosofia de atenção que consubstancie um sistema de financiamento sem prejuízos e, que suas normatizações sejam mais claras, sob riscos de prejuízos principalmente, quando falamos do sub-financiamento privado deste. O tipo de financiamento do sistema, bem como, seu financiamento privado sob a tutela do Estado tem deixado claro comprometer diretamente os princípios da integralidade e universalidade de ações que, dessa forma ofertados, trazem prejuízos à qualidade de atenção oferecida aos usuários, bem como, a eficácia destes. Sendo assim, continuará contrariando ao exposto na tutela jurídica deste, de modo a desafiar seus órgãos gestores.

No setor privado, o financiamento público ocorre de forma indireta, por meio de renúncias fiscais, da utilização de serviços públicos para os quais poderia caber ressarcimento de planos e seguros de saúde e de outros mecanismos de incentivos públicos ao setor privado. As renúncias incluem as isenções concedidas às instituições sem fins lucrativos, as deduções do imposto de renda concedidas as pessoas físicas e jurídicas devido a gastos com médicos, dentistas, laboratórios hospitalares e planos de saúde e a desoneração tributária de determinados medicamentos. (BRASIL, 2013; p.22)

Observa-se que o cidadão que utiliza o serviço privado de saúde, indiretamente, através de suas agências prestadoras de saúde, tem recebido ao longo de décadas investimentos advindos do setor público, mediante as renúncias fiscais, entre outras. Muito além do uso do serviço privado, este também compete com os cidadãos usuários dos serviços públicos ao fazerem uso de erários advindos do sistema de financiamento público estatal.

Segundo Andrade (2010, p.2), este nos lembra de que o próprio princípio da universalidade aduz o direito do uso, acesso aos serviços e assistência públicos, mesmo àqueles que gozam dos planos particulares de saúde, tendo estes os mesmos direitos garantidos constitucionalmente de serem assistidos pelo Sistema Único de Saúde sem prejuízos de distinção ou discriminação em todas as esferas de proteção.

Salienta-se com tudo que ambos são contribuintes públicos, e que as receitas tributárias do país colaboram com uma balança financeira, que dificultam o fechamento da conta, uma vez que ao certo não sabemos a unidade de pesos entre um que contribui com o sistema público e que custeia a saúde privada e aquele que, custeando o financiamento da saúde pública goza unicamente deste serviço.

Diversas instituições organizadas reivindicaram, no entanto, que a União destine pelo menos 10% das receitas correntes brutas para a saúde pública brasileira, o que não se consolidou inicialmente com a sanção da Lei Complementar nº 141. Diante disso, organizou-se o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública, Saúde + 10, com o objetivo de coletar assinaturas para um projeto de lei de iniciativa popular que assegurasse o repasse deste percentual, alterando a legislação vigente, mediante o Projeto de Lei de Iniciativa Popular 321 (PLP 321), de 2013, que determina que 10% das receitas correntes brutas da União devem ir para a saúde.

Configurou-se uma vitória para o financiamento público da saúde no Brasil por amenizar as consequências do sub-financiamento destinado a esta área. Todavia, diferente do descrito acima, a Proposta de Emenda à Constituição - PEC 241 de 2016, em sua recente aprovação por regime de tramitação especial tem apontado por caminhos e olhares opostos, porque seu objetivo é de instituir um novo regime fiscal para o país, tem como alicerce central à redução de investimentos públicos, em áreas essenciais para a população como a saúde e a educação.

Tem se observado uma limitação dos gastos públicos da União em relação a valores de anos anteriores corrigidos pela variação da inflação. Essa manobra financeira tem demonstrado ser uma tentativa para equilibrar as contas públicas, porém, tem oferecido riscos ao próprio sistema de financiamento da gestão pública de saúde e conseqüentemente sua integralidade, desencadeando em uma falta de resolutividade, bem como, serviços adequados. Os estudos sócios demográficos sobre o impacto demográfico brasileiro, bem como, sua evolução têm dado sinais sem equívocos de que esse sistema é desconexo as ideias de um modelo de atenção que vislumbre a integralidade e universalidade na prestação de serviços, quando se observa o envelhecimento populacional que este aponta, para a necessidade de busca cada vez maior da população as estruturas do SUS.

Para Andrade (2010), a própria saúde hoje é usada como produto mercantil haja vista sua utilização como produto comercializável acessível principalmente àqueles que possuem a renda superior a grande maioria da população. Essa premissa em particular corrobora, para negligenciar 70% da população que utiliza unicamente este setor social negligenciado pelo Estado.

É concreto que a PEC 241 tem chegado com um objetivo de ser um facilitador e com o propósito emergente de se criar um novo regime fiscal brasileiro. É emergente a sociedade brasileira através da gestão e participação social, bem como, organização do Estado, encontre os caminhos necessários e adequados para lidar com tais mudanças. É preciso que se

otimizem recursos, com uma dinâmica de trabalho que favoreça através de um sistema informatizado, a arrecadação e a aplicação dos recursos financeiros que tem como base os investimentos na área da saúde.

É notório que diante da atual conjuntura política, principalmente quando se fala em gestão financeira no país, e levando-se em consideração a história da política pública, muitos serão os desafios a serem alcançados, porém, em dias atuais com o advento da tecnologia esta pode ser uma aliada a mais para o equilíbrio financeiro da gestão de saúde, para a garantia efetiva da tutela do estado diante de princípios universais de saúde, sob pena de não se comprometer o recebimento de recursos.

É importante em meio a tantos desafios, que tenhamos um sistema de atenção que mesmo perante a desaceleração econômica, e com a otimização de recursos e investimentos em diversos setores da economia, que seja o cidadão priorizado e que tenha a saúde garantida. Faz-se necessário para tal que haja a modificação desse processo financeiro, com mecanismos adequados e mais dinâmicos que tenham uma organização, bem como, planejamento e implementação de ações mais eficientes ao funcionamento das unidades e instituições de saúde, com a finalidade entre outros de intimidar ações fraudulentas.

Em contraponto aos ideais reducionistas da atual política do Estado, entre outras, a Lei 8080 de 1990, registra-se como articuladora dispondo de diversos assuntos tais quais, em seu artigo 5º a definição dos objetivos do SUS através da fomentação de políticas que versem sobre os condicionantes de saúde, as ações próprias da vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador e uma série de outras mais que juntas e funcionando com eficácia protegeria de fato a população deixando os cidadãos livres de danos e riscos presentes no ambiente humano.

Nota-se que diferente do que acontecia há cerca de 30 anos, está com uma pretensão de cunho mais protecionista de ação global perante o indivíduo e a coletividade.

Ainda, de acordo com a lei 8080/90 em seu Art. 24 que trata da complementariedade da participação da iniciativa privada na oferta de serviços, esta prevê que ao não oferecerem a disponibilidade necessária esta poderá ser suprida pelos serviços da iniciativa privada. Diferente do que ocorria nos anos que antecederam a formalização da Constituição Federal de 1988, a iniciativa privada é permitida atuar junto à sociedade para garantir acesso a recursos de saúde.

A gestão financeira deste sistema consubstanciada no seu Art. 33 reza que os recursos atinentes a esse serão provenientes na esfera Federal do Orçamento da Seguridade Social,

orçamentos da União a serem administrados pelo Ministério da Saúde por intermédio do Fundo Nacional de Saúde e fiscalizados pelos Conselhos de Saúde de forma deliberada.

Conforme Brasil (2000), quando falamos no modelo de descentralização política administrativa, a organização do SUS tem como corresponsáveis os três níveis de governo, as Comissões Inter gestoras Tripartite - a nível Nacional e as Comissões Inter gestoras Bipartites a nível Estadual, estas se classificam como espaços intergovernamentais, políticos e técnicos em que ocorrem o planejamento, a negociação e a implementação das políticas pública. Atuam através de mecanismos pactuados sobre as políticas adotadas na saúde. Compostas ambas de forma paritária todas as negociações realizadas no seio de cada uma destas deverão ser formalizadas em ato próprio de seus respectivos gestores. A CIT é abarcada por representantes do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). A CIB é constituída parietalmente por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e das Secretárias Municipais indicados pelos conselhos Municipais de saúde (COSEMS).

Segundo o Decreto 99.438/90 são competências das instancias colegiadas deliberativas, ou seja, os Conselhos Municipais de Saúde, entre outros, acompanhar as transferências intergovernamentais, bem como, seus recursos financeiros consignados aos SUS que deverão amparar e subsidiar as políticas de saúde do SUS a nível Estadual, Municipal e do Distrito Federal.

Nota-se que a ideia aqui é valorar a participação social, ou seja, do povo e também dos profissionais e trabalhadores da saúde na formulação de estratégias de resolução de problemas em todos os níveis de atenção.

Para a atenção dessas demandas de saúde foi preciso a regulação desse serviço através de um sistema de leis que orientem essa gestão financeira e que traga segurança jurídica ao povo.

Nesse sentido, Santos (2014), assinala que para esse financiamento à luz da Constituição Federal e conforme o artigo 198 em seu § 1º e nos termos do artigo 195, que este será subsidiado com recursos oriundos da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

É importante observar que essas medidas políticas com vistas a melhorar a qualidade dos serviços de saúde ainda não possibilitaram que de fato os princípios norteadores deste sistema fossem amplamente garantidos. A integralidade de ações, a universalidade e a equidade destas, embora direitos fundamentais, ainda, faltam muito a se fazer, para que possam ser plenamente alcançados e sanados na sua globalidade.

Em estudo realizado por Carnut; Masseran (2017), o qual buscou analisar o Decreto nº 7.508/2011, que criado pelo poder executivo afronta para dignamente a integralidade, pois primeiro fora criado pelo poder executivo diante da busca gerencia lista pela da administração da saúde e conseqüentemente limita o alcance da integralidade. Do ponto de vista dos autores uma vez validado o decreto a que se pensar no alcance da cobertura do SUS à luz do direito de integralidade. Expõem os estudos que o princípio da dignidade humana valorado de forma máxima e tutelado pelo Estado paralelamente se soma a integralidade da assistência no âmbito da atenção. A criação desse decreto se sustenta segundo seus criadores na ideia de uma relação intergovernamental de controle mutuo entre as gestões intergovernamentais, que até hoje, com o federalismo não houve mecanismos que deveras sustentam esse sistema gerencial de um país de diferentes regionalidades.

Para Santos; Vieira (2018), a austeridade fiscal tem se convertido como um instrumento nas mãos do Estado que no campo das políticas sociais tem mostrado evidências, assim como, impactos negativos nas políticas especialmente a saúde.

Conforme aponta Bahia (2005), esse processo de financiamento público que tange a competir com as formas de assistência à saúde privada merece reflexão analógica com as finalidades de possibilitar o pensamento crítico com ênfase nas conseqüências desse modo de fazer saúde. Essa análise uma vez feita e observada deve permitir o reconhecimento dos limites econômicos e financeiros e ainda das fronteiras entre público e o privado sob pena de haver o negligenciamento das políticas públicas de saúde.

Ela assegurou a participação nas três esferas do governo no financiamento da saúde e aumento real significativo nas aplicações a partir da definição de recursos mínimos que deveriam ser destinados a saúde. Com esse aporte mínimo garantido, o fim da CPMF em 2007 não gerou uma crise no financiamento, assim como ocorreu em 1993, por ocasião do financiamento do setor. (Piola et al, 2013, p.41).

A EC foi uma conquista da sociedade para consolidação do SUS, porque pôs fim à histórica instabilidade dos parâmetros sobre os gastos em saúde. Através desta pode se estabelecer a vinculação de recursos nas três esferas do governo para um processo de financiamento mais estabilizado. Também regulamentou a progressividade do IPTU, além de reforçar o papel de controle e fiscalização dos Conselhos de Saúde e, de prever sanções para o caso de descumprimento dos limites mínimos de aplicação em saúde.

Percebe-se que com o fim do imposto da CPMF, imposto este que, anteriormente, arrecadado era seu erário investido em grande parte na saúde, com a Emenda complementar 29, que vislumbrou a participação de todos os entes federados, na gestão de saúde pública

ditou a estes as responsabilidades que cada um deveria assumir perante o compromisso de buscar por um planejamento, que trouxesse impactos positivos na população, com ações amplas e com a responsabilização e a participação de estados e municípios no financiamento do SUS.

Piola, et al (2013) aponta que a emenda complementar 29 veio para fomentar a forma com que o Estado deveria se organizar, para atender as demandas sociais de saúde regulamentou as formas de investimento desta apontado o grau de comprometimento de cada ente federado. A aplicação de recurso federal dentro de uma visão regionalizada é maior entre as regiões nordeste e sul, chegando a corresponder com um percentual de 43% do gasto público, conforme aponta os estudos realizados por estes em 2008. Destaca-se que as participações das fontes do estado predominam nas regiões Norte e Centro-Oeste, e as fontes municipais têm a maior participação no gasto público da região Sudeste.

A EC 29 que passou a vigorar, em 2000, logo seguida da sua criação, respondia a União com quase 60% do gasto com saúde e paulatinamente foi decrescendo, à medida que, ao ser aplicada ano a ano e com o aumento cada vez maior da participação dos estados e municípios, estes tiveram seus gastos aumentados na medida em que foram delegadas maiores responsabilidades na gestão de saúde pública. Essa emenda entre outras definiu o aporte mínimo de recursos a serem aplicados na saúde por cada ente federado e a partir daí uma apuração ano a ano corrigida de acordo com o PIB nacional.

Salienta ainda Piola; et al (2013), que porém, a EC 29/2000 infelizmente não vem sendo aplicada e tão pouco seguida, conforme estabelece os planos de gestão e os critérios definidos na resolução 322 do Conselho Nacional de Saúde- CNS, onde tanto o governo federal quanto estadual utilizam-se de diversos expedientes para aplicar menos do que o previsto na Emenda.

Dados obtidos através do SIOPS- Sistema de Informação sobre o Orçamento Público em Saúde de 2011, demonstraram que houve um déficit de investimento na saúde pública, em 2006, que a União, Estados e Municípios não aplicaram o mínimo da receita exigida, para aquele ano conforme estabelecia a Emenda Complementar com um mínimo de investimentos na casa dos 12%, ano em questão, em que o mínimo aplicado foi em torno de 9,6%.

É importante observar, conforme os dados mencionados acima, a demanda de saúde com garantias universais, de forma integralizada e equitativa tende a não ser alcançada devido aos alçozes políticos com seu descompromisso com a gestão e o próprio cenário da população nacional, em sua maioria de classes médias baixas que carecida de recursos ao necessitarem de atenção da saúde não são amplamente atendidos como deveria.

Segundo os autores supracitados essa defasagem nos investimentos mínimos pré-estabelecidos pela emenda complementar 29, ainda que, não atendidos na sua totalidade deveriam em anos posteriores serem compensados. Acontece que essa compensação não é feita, conforme se observa, a somatória segundo os mesmos dados do SIOPS no ano de 2000 a 2008 alçou em um déficit por parte do Ministério da Saúde em ações e serviços que alcançou a casa dos R\$3,08 bilhões. Todo o erário discutido, a que se refletir, foi cancelado pelo próprio Ministério da Saúde que deixou de contribuir com cerca R\$2,6 bilhões dos restos a pagar ao Sistema Único de Saúde neste período correspondente de 2000 a 2008, de acordo com dados obtidos pelo SIOPS, 2011. Além do Ministério da Saúde que responde pelos compromissos da união, os estados e municípios bem como o Distrito Federal também compatibilizaram os mesmos déficits onde ao lançarem os restos a pagar e suas despesas posteriormente houve um cancelamento de parte destes.

Urge discutir que falta de compromisso com a saúde, o não adequado gerenciamento do sistema público de saúde brasileiro, por parte de seus gestores políticos, a própria população que deveria se articular para cobrar das lideranças políticas o revés, tendo em vista a prática da cidadania e a participação social efetiva nas políticas públicas, está se abstém do seu poder. Assim, faz com que toda a trajetória por uma busca por melhores condições sociais e de saúde sejam vagarosamente alcançadas. Conforme já mencionado em linhas acima e previamente estabelecido em texto constitucional, a gestão pública de saúde tem buscado trilhar seus caminhos através da descentralização de seus serviços.

Um das estratégias de atenção à saúde, conforme aponta Paola, et al (2013, p.45) que tem como objetivo assegurar um financiamento adequado foi o direcionamento do Ministério da Saúde -MS para ações e investimentos na atenção primária de saúde. Essa medida então possibilita que investimentos sejam feitos com vistas a prevenir os agravos de saúde ou ainda evitar o agravamento das condições de saúde uma vez já instauradas. Nesse sentido, o MS tem buscado ampliar seus investimentos na atenção à Saúde da Família passando a aumentar os gastos com as demandas de saúde provenientes da prestação de serviços com ênfase na atenção primária e, em contrapartida, têm diminuído estes mesmos gastos nos serviços de média e alta complexidade. Essa tendência brasileira de se reorientar vem possibilitando que mudanças impactem em menos hospitalizações e consequente diminuição em gastos terciários e secundários de saúde de modo a racionalizar o acesso a atenção hospitalar e intensificar as ações na atenção básica. Diante desse cenário de mudanças nas ações e prestações de serviços, a participação dos municípios diretamente na gestão de

ações sanitárias e controle de doenças, bem como, a prevenção tem se tornado cada vez maior.

Conforme assinala Mazon, et al, (2018), toda trajetória do financiamento da saúde tem apontado para um crescimento cada vez maior na participação dos municípios brasileiros no que tange ao financiamento da saúde. Todavia é assinalado pelo mesmo que em 2009, um grande número de municípios deixou de utilizar integralmente os recursos transferidos ao bloco de vigilância em saúde, o que indica uma dificuldade enfrentada em termos organizacionais seja no planejamento ou na execução de serviços.

Em parte, a municipalização desta política pressupõe pontos favoráveis que diz respeito ao conhecimento local dos gestores em relação às necessidades de dada comunidade regional e local. Acredita-se que partindo desse pressuposto a população seria melhor assistida em suas necessidades. Que os investimentos poderiam ser melhores aplicados levando em consideração as diferenças regionais baseadas nas características demográficas populacionais que de norte a sul do país se diferenciam bastantes umas das outras.

O presente capítulo procurou refletir algumas ações e investimentos que integram esse Sistema Público de Saúde no que diz respeito ao seu financiamento partindo de uma análise crítica e reflexiva sobre a sua gestão e seus condicionantes. Partindo dessa reflexão é mister que se faça uma análise crítica também dos riscos do financiamento público da saúde e do sub – financiamento público da saúde privada sob a égide de que o mesmo possa comprometer a equidade, a integralidade e a universalidade desses direitos subjetivos tutelados juridicamente pelo Estado.

Adiante, será objeto de o capítulo discorrer sobre a Repercussão Jurídica na Omissão do Bem Tutelado.

3 A TUTELA DO ESTADO FRENTE AO FINANCIAMENTO DA SAÚDE E A REPERCUSSÃO JURÍDICA NA OMISSÃO DO BEM TUTELADO.

Após verificarmos no capítulo anterior o desafio de se criar um Sistema Universal de Saúde, com diretrizes próprias para seu financiamento, bem como o enfrentamento do sub-financiamento da saúde privada torna-se importante, no presente capítulo correlacionar essas formas de financiamento com os princípios do SUS com o intuito de verificar se tais mecanismos colaboram ou dificultam ainda mais para o alcance dos princípios norteadores deste. É importante que, enquanto cidadãos, com direitos e deveres adquiridos que tenhamos a noção ideal deste tema, para que, através deste reflitamos sobre nossas conquistas. Ainda mais sobre nosso compromisso na busca da consolidação de nossos direitos fundamentais através da participação social e cidadania e da emergente necessidade de estruturação do Estado democrático de se reorientar, para dar seguimento da atenção desta necessidade que não é iminente.

Ainda que sejam muitas as correntes críticas de estudos que versam sobre o presente tema, a questão da prestação de assistência à saúde pública ainda está longe de ser sanada. Acredita-se que o meio acadêmico constitui um dos veículos mais importantes senão o principal na educação e cultura. E, por meio deste é possível à reflexão crítica construtiva que possibilite a discussão, e com a evolução dos tempos racionalizarem os recursos financeiros, de uma forma mais organizada, a fim de alcançarmos um ideal constitucional de saúde.

Nesse sentido, argumenta Sarlet, Figueiredo (2008), que as discussões acerca da saúde são legitimadas, uma vez que tem se percebido um aumento crescente das demandas judiciais quando os direitos fundamentais, em questão os relativos aos princípios garantidores da saúde não são alcançados. Por essa lógica é compreensível entende-se que os princípios discutidos nesta tese de dissertação vinculam-se diretamente à necessidade da garantia jurídica de acesso à saúde, inclusive, nas relações entre particulares. Segue nessa contramão, embora ainda com os efeitos parciais positivos da judicialização, a necessidade da construção de um diálogo que fomente para aquém do postulado jurídico; a necessidade de um rearranjo constitucional, que aponte na formação de uma estrutura política do estado em que pese o financiamento justo estruturado deste sistema.

Isto significa, em apertadíssima síntese, que os responsáveis pela efetivação de direitos fundamentais, inclusive e especialmente no caso dos direitos sociais, onde a insuficiência ou a inoperância (em virtude

da omissão plena ou parcial do legislador e administrador) causa impacto mais direto e expressivo, deverão observar os critérios parciais da adequação (aptidão do meio no que diz a consecução da finalidade almejada), necessidade (menor sacrifício do direito restringido) e da proporcionalidade em sentido estrito (avaliação da equação custo benefício – para alguns, da razoabilidade no que diz com a relação entre os meios e os fins), respeitando sempre o núcleo essencial do (s) direito (s) restringidos (s), mas também não poderão, a pretexto de promover algum direito, desgarnecer a proteção de outro (s) no sentido de ficar aquém de um patamar minimamente eficiente de realização e de garantia do direito (SARLET; FIGUEIREDO, p. 13, 2008).

Para Vieira (2008), quando falamos nos princípios que norteiam a saúde, estamos nos pautando no ideal de saúde que se espera alcançar para a obtenção da mesma. Dessa mesma forma, quando não atendidos os ideais almejados, a que se fazer uma análise sobre as ações judiciais e o direito a saúde e a reflexão destas sobre a inobservância aos princípios do SUS e a garantia constitucional de saúde. Na visão do mesmo, em grande parte, a omissão do Estado tem levado à ações judiciais, e esse diapasão leva a discussão entre o direito a integralidade do SUS, que discrimina e limita as ações e serviços a serem prestados, em relação ao significado da integralidade para os tribunais e o próprio entendimento constitucional. O mesmo aponta para a necessidade em se oferecer um planejamento político financeiro, e que esses possam ser financiados pelo Estado através da sociedade.

Uma vez verificada a limitação do Estado em termos financeiros, que culmina com a escassez de recursos, cabe à gestão estatal nas suas diferentes esferas, a definição de prioridades do gasto levando-se em conta a capacidade financeira deste.

Aponta Vieira (2008) em seus estudos a situação hipotética, em que o financiamento da saúde não é capaz de suprir como todos os ideais de acesso à mesma. Cita o mesmo que diante de uma situação subjetiva, a exemplo de uma conta simples, onde, conforme dados do IBGE a prevalência do acometimento da hepatite C no país gira em torno de 1% da população como um todo, segundo dados da mesma somos da ordem de 186.770.562 pessoas em meados de julho de 2016. Dessa forma, levando-se em conta o percentual estimado, destes 1.867.706 delas possuem o vírus da hepatite. Levando em conta que o SUS destine 25% do seu orçamento com medicamentos a essas pessoas custeando o interferon, e este, aplicado 180 mg, uma vez por semana, por 48 semanas pelo preço da seringa é de R\$ 1.107,49. Logo o custo total em média seria de um investimento a esses doentes na casa dos 24 bilhões de reais.

É preciso que a saúde tutelada pelo Estado seja discutida. Daí a importância de se discutir e refletir a mesma sob o prisma político do sistema financeiro, que subsidie um

Estado que hoje é limitado financeiramente e determinar como as ações e os serviços serão realizados em observância aos princípios constitucionais e também do SUS.

“Pode se argumentar que os recursos da saúde não são suficientes e que é preciso aumentar o aporte financeiro para o setor.” (VIEIRA, 2008, p.367).

A manutenção planejada dos serviços de saúde, através de uma organização e gestão financeira que, além de alocar recursos para esta, também permita a esta a materialização da e da aplicação desses se faz necessária.

É evidente que fazer saúde sem dinheiro é impossível, contudo, o recurso financeiro não resolve todos os problemas e, para que o direito fundamental a saúde se materialize, no sentido de efetivar o direito, é imprescindível, além do investimento financeiro, sai adequada aplicação e gerenciamento, o comprometimento de todos os envolvidos diretamente na área, desde os prestadores de serviço público, aos profissionais da saúde, bem como a sociedade em geral. (ANDRADE, p.4, 2011).

Outrora, outro ponto de vista que deve ser revestido de preocupações, quando o Estado não garante o bem tutelado. Discute-se aqui, a fragmentação dos princípios e o seu não cumprimento ou cumprimento parcial destes, bem como, o sistema de financiamento que subversivo, derrubando a ordem estabelecida, não atende adequadamente os anseios da população podem culminar em inconsistências judiciais de risco a própria política de saúde.

Os excessos e as inconsistências da atuação judicial põem em risco a própria continuidade das políticas públicas de saúde, desorganizando a atividade administrativa e impedindo a alocação racional dos escassos recursos públicos. No limite, o casuísmo da jurisprudência brasileira pode impedir que políticas coletivas, destinadas a promoção da saúde pública, sejam devidamente implementadas. Trata-se de hipótese típica em que o excesso da judicialização das decisões políticas pode levar à não realização prática das promessas da Carta República de 1988. (DORES, p. 2, 2012).

Percebe-se que a omissão de um bem tutelado e todas as discussões que as cerceiam está no limite dogmático da certeza. A ideia de um absolutismo do direito à saúde consolidada na CF de 1988, dos ideais de prestação de saúde em vistas aos princípios do SUS, e a forma, assim como os meios, necessários ao seu financiamento ainda não fizeram emergir o cumprimento destes. Verifica-se que pode ocorrer um descompasso na contramão da judicialização. Suas tomadas de decisão “sentenças” e a antecipação da tutela para garantia

desses direitos, na sua grande maioria visando garantias individuais, estão na contramão da discussão das garantias dos direitos coletivos. De um lado, o poder judiciário imperativo nas suas decisões, muitas delas individuais e onerosas para com seu custeio, podem dificultar com essas o alcance de políticas voltadas a atenção integral, universal e equânime que visem a população como todo.

O judiciário não pode ser menos do que deve ser, deixando de tutelar direitos fundamentais que podem ser promovidos com sua atenção. De outra parte, não deve querer ser mais do que pode ser, presumindo demais de si mesmo e, a pretexto de promover os direitos fundamentais de uns, causar grave lesão a direitos de mesma natureza de outros tantos devido a sua interferência, na maioria das vezes inapropriada, na gestão pública. (DORES, p. 7, 2012).

A investidura, sem discriminação do judiciário na saúde, tem enviesado uma discussão sobre uma problematização maior, no que tange os princípios da integralidade, equidade e universalidade não alcançados. E, uma vez judicializados individualmente, ensejam a criação de critérios, para se definir se uma ação demandada para garantias dos direitos de saúde, bem como, a efetivação de seus princípios e seu respaldo nos Tribunais de Justiça.

É perceptível que um sistema financeiro fragmentado, que não sustenta a integralidade de saúde, e o próprio debate que o cerca, bem como, um Estado omissivo, gera problemas pontuais na sociedade. Se, de um lado subsiste um poder legislativo que não fortalece essas discussões e de outro um executivo, que não consegue através da gestão de suas bases financeiras, oferecer maiores garantias de saúde, o problema recai sobre o judiciário. Este de maneira enviesada poderá expressar suas decisões sem uma análise crítica e reflexiva sobre os estabelecimentos de critérios que fomentem decisões justas com vistas às garantias para além das individuais às coletivas. Essa ação, poderá se contrapor ao viés da isonomia que precede a estruturação de Estado de redemocratização do direito de um povo.

Em um discurso do Ministério da saúde proferido acerca desse tema nos esclarece o autor:

Ainda segundo o Ministério da Saúde, a excessiva judicialização tem criado alguns entraves ao funcionamento do SUS, a saber: (a) decisões judiciais que determinam o fornecimento de medicamentos por prazo muito longo, sem controle de prescrição médica; (b) as ações judiciais que asseguram atendimento apenas aos autores e, mesmo que o Ministério da saúde pretendesse universalizar tais prestações, isso seria impossível com o orçamento disponível; e (c) decisões judiciais que não levam em conta aspectos técnicos ligados ao conceito de

integralidade, nem as políticas públicas já formuladas. (NETO, p.6, 2015).

As implicações impostas, a necessidade de se reorientar o financiamento, o sub-financiamento da saúde, e a conquista efetiva do alcance dos princípios da equidade, integralidade e universalidade se esbarram para além da judicialização. O crescente problema também se esbarra na necessidade premente de se criar uma gestão organizada com a finalidade de se coibir ações fraudulentas. Necessário se faz, a criação de ações fiscalizatórias, com a finalidade de se coibir que o sistema financeiro se defase mais, e que maiores prejuízos e agravos aos princípios de saúde aqui discutidos repercutam no retrocesso a saúde ante a democratização desta. Nesse sentido reflete-se:

[...], muitas ações judiciais que demandam determinados tipos de medicamentos são patrocinados por grupos fraudadores da saúde pública. O litigioso mercado de medicamentos e a concorrência entre laboratórios são de notório conhecimento, de maneira que não é difícil de imaginar que fazer com que o Estado pague pela preferência de determinado remédio resulte de um arranjo prévio entre profissionais de diversas áreas (NETO, p. 6, 2015).

Aponta-nos Neto (2015), no tocante a omissão da falta de planejamento e a repercussão dessa nos princípios de saúde, há de se destacar também, a participação de diversos seguimentos profissionais que ensejam esse cenário e de maneira conflitante. Por um lado, os conflitos existentes entre os magistrados, médicos, e entre este e outros ao direito sanitário. O Conselho Nacional de Justiça, ano de 2010, teve importante iniciativa de modo que interferiu de maneira positiva frente a essa discussão. O mesmo editou a recomendação, nº31/2010, solicitando aos tribunais entre outros profissionais envolvidos medidas, para que a eficácia e a eficiência diante das demandas jurídicas possam ser sanadas sem repercussões negativas diante do direito à saúde.

Salienta-se, conforme nos argumenta Cappelletti e Andrade (2016), que a responsabilidade por fazer saúde, bem como para sua defesa, incumbe aos entes federados, se organizar para que se garantam políticas públicas satisfatórias e suficientes à manutenção da dignidade humana. Nesse viés, em solo constitucional é pacífico o entendimento, de reiteradas cortes, o entendimento que em solo constitucional brasileiro, o Estado é responsável em sentido amplo pela formulação de políticas de atenção.

Permita-se citar que O Supremo Tribunal Federal, em seu julgamento do Agravo Regimental no Recurso Extraordinário 803026 afirmando em seu discurso que cabe aos

Estados em todas as esferas prestar assistência em todas as esferas de saúde da população, caberá à responsabilidade entre os entes federados. Ressalta-se os presentes autores que os entes não podem veicular como matéria de defesa o princípio da Reserva do possível, já que, a responsabilidades é solidaria nas três esferas governamentais.

Assim, também, afirma Carnut e Masseran (2017), que os novos rumos adotados para construção de uma gestão financeira que suporta as demandas em saúde tem caminhado para o limite financeiro do estado frente a reserva do possível em que se discute a capacidade financeira do estado em suportar o ônus, coloca se com isso limites orçamentários diante direito a integralidade. Na contramão da discussão da reserva do possível transita o poder judiciário que defere que o estado é passível da entrega de prestações positivas e que tais direitos fundamentais estão para além da discricionariedade da administração pública.

Conforme entendimento jurisprudencial em vista a saúde aduz que:

O caráter programático da regra inscrita no art.196 da Carta Política – que tem por destinatário todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro não pode converte lá em promessa constitucional inconsequente, sob pena de o poder público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento do seu impostergável dever, por um gesto, irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado. (MELLO; MOREIRA, 2015, p.557).

Há de se pensar sobre o presente texto, em que a criação de decretos pelo executivo por si só é medida limitativa de direitos e não resolve esse importante problema de saúde pública, pois de um lado demanda o estado e seu orçamento disponível, impondo limites ao custear ações e serviços, de outro a obrigatoriedade jurídica positivada, quando se pensa nos ideais desejados de integralidade.

Notam Cappelletti e Andrade (2016), que o fenômeno que culmina com a judicialização advém de um Estado omissivo, que em meio a redemocratização do direito não cumpre seu papel principal de formular políticas de saúde, a saber, em questão a estruturação do financiamento da saúde bem como financiamento da saúde privada para consolidação de direitos e efetivação de ações de garantias, e que fortaleçam os princípios em detrimento dos riscos.

É fático, que o cumprimento do papel estatal, com ampla assistência na atenção, de maneira universal e igualitária, bem como equânime, conforme emergem as necessidades da população, uma vez demandadas e sanadas, menos ações jurídicas serão ajuizadas.

3.1 Uma correlação das jurisprudências em matéria de saúde: abordagem e análise crítica reflexiva do tema em comento

O reexame de matéria em saúde e a judicialização desta é de extrema importância para refletirmos os rumos políticos, financeiros e jurídicos na construção de ideias que alimentem o pensamento crítico e possibilite a construção, cada vez maior, de um diálogo social e jurídico. A constituição brasileira, positivada sobre a instituição de leis e princípios que alimentaram a criação de normas, serviu como base para que nosso ordenamento jurídico, através da atuação dos magistrados, buscasse com o povo a efetivação dos direitos presentes nestas. A atual gestão financeira e política, fragmentada na consolidação desta, ao não custear ações e serviços com ampla garantia, têm permitido cada vez mais, pela sua ineficiência, a participação do judiciário em ações processuais com a finalidade de que se consolide os direitos relativos à saúde. Nesse tocante tem sido cada vez mais frequente a busca coletiva e individual, principalmente, por ações que a partir da intervenção de juízes tem por base a aplicação de medidas garantidoras de saúde. A análise deste subtópico faz sentido, para que, através dele possamos analisar a conduta dos magistrados frente a tutela da saúde e as obrigações estatais diante a manutenção desta.

REEXAME NECESSÁRIO E APELAÇÃO CÍVEL - DIREITO À SAÚDE - DIREITO SOCIAL COM GARANTIA DE ACESSO UNIVERSAL E IGUALITÁRIO - OBSERVÂNCIA DA DIRETRIZ DE INTEGRALIDADE - PRODUTO ESPECÍFICO DE SAÚDE - RELATÓRIO PRESCRITO POR MÉDICO DO SUS - NECESSIDADE E ADEQUAÇÃO À CONDIÇÃO DE SAÚDE DEMONSTRADAS - PRESUNÇÃO DE VALIDADE - IMPOSSIBILIDADE DE EXCLUSÃO OU POSTERGAÇÃO DE TRATAMENTOS - OFENSA A GARANTIA CONSTITUCIONAL DE INTEGRALIDADE - POSSIBILIDADE DE ADOÇÃO DE MEDIDA COMINATÓRIA PARA CUMPRIMENTO DA DETERMINAÇÃO JUDICIAL EM PRAZO RAZOÁVEL - GARANTIA DA INAFASTABILIDADE E DURAÇÃO RAZOÁVEL DA REPARAÇÃO DA LESÃO OU AMEAÇA A DIREITO. 1- A saúde é um direito humano fundamental social inserido em nossa Constituição Federal como um direito social (art. 6º), estando ainda assegurado o acesso universal e igualitário (art.

196), de acordo com as políticas públicas instituídas por lei (art. 197). Outrossim, o art. 198, II, da CF, apresenta igualmente como diretriz o atendimento integral à saúde; 2- Na ausência de elementos que contraindiquem o tratamento ou mesmo a possibilidade de substituição por outro incluído nos protocolos clínicos, atento à diretriz do atendimento integral (CF, art. 198, II) e à comprovação da necessidade do serviço de saúde e da adequação à condição clínica do paciente, a solução é que seja determinado o seu fornecimento, mormente quando a prescrição de tratamento de saúde é apresentada por médico do SUS, que goza de presunção de certeza e validade, enquanto no exercício de atribuição pública; 3- O princípio da inafastabilidade da jurisdição (CF, art. 5º, XXXV) não se limita ao acesso à justiça ou direito à ordem jurídica justa, compreende também a garantia da duração razoável para a satisfação da pretensão processual (CF, art. 5º, LXXVIII, CPC/15, art. 4º) e, para que se obtenha o resultado útil do processo, podem ser expedidas ao poder público ordens cominatórias com pena de multas para o seu cumprimento e m prazo razoável. (TJ-MG - AC: 10422140016060002 MG, Relator: Renato Dresch, Data de Julgamento: 09/03/2017, Câmaras Cíveis / 4ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 14/03/2017)

O presente instrumento de Apelação Civil deu procedência a pretensão da ação, na qual o paciente solicitou aparelho auditivo mais atendimento fonoaudiológico, na qual a parte reivindicava seu direito a recurso de saúde, que estava posto o em risco, inclusive no seu direito a integralidade. A presente tese no que toca a posição do judiciário não confronta especificamente as posições destes em relação às suas decisões e deliberações. No entanto, discute se aqui a necessidade de que o Estado, enquanto tutelar o bem saúde, que o faça através de um sistema financeiro organizado, atendendo as demandas coletivas, à luz da integralidade, universalidade e equidade, principalmente, as mais urgentes, que vise diferente das deliberações judiciais, sobretudo, atinjam na sua maioria a individualidade, ações de alcance coletivo em prol da sociedade. Reflete a necessidade de se discutir a posição do Estado e a sua isonomia que este deve abster se nas suas relações inclusive nas pretensões ajuizadas.

AGRAVO DE INSTRUMENTO. JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE. ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. DEVER DE DISPONIBILIZAR O MEDICAMENTO PLEITEADO. PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. RECURSO DESPROVIDO. 1. Especificamente, como forma de consecução da política pública de saúde, estabelece a Lei Federal nº. 8.080/90 a sua instituição de forma padronizada, de modo a atender a critérios de igualdade e racionalização da utilização dos recursos. Daí a

formulação de listas de medicamentos postos à disposição dos cidadãos, a fim de orientar a prestação da assistência farmacêutica. 2. Não obstante, é certo que existirão situações em que o medicamento disponibilizado pelos entes não será adequado ou eficaz com relação ao quadro clínico do cidadão, o que dá ensejo a demandas como esta. Todavia, não se devem desprestigiar os critérios técnicos e políticos do administrador, que orientaram a escolha de determinados insumos para serem disponibilizados à população, salvo se, no caso concreto, existir prova da ineficácia ou inadequação do fármaco previsto na lista padronizada ou, a depender da ponderação dos princípios envolvidos - efetivação do direito à saúde, garantidor da dignidade da pessoa humana, versus racionalização orçamentária, denominada reserva do possível - houver relevantes razões para o fornecimento do equipamento pleiteado. 3. Se o indivíduo comprova a necessidade do fármaco pleiteado, e o ente não produz qualquer prova séria quanto à escassez financeira da Administração ou à existência de alternativa terapêutica disponível pelo SUS, impõe-se analisar a questão sob a vertente positiva do direito à saúde ainda que em sede de juízo prelibatório.

(TJ-MG - AI: 10000170426506002 MG, Relator: Bitencourt Marcondes, Data de Julgamento: 17/09/0017, Câmaras Cíveis / 1ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 20/09/2017)

Na presente deliberação, foi negado o recurso de apelação sob arguição do risco da própria isonomia do Estado frente ao recurso solicitado e a coletividade. Ora, observa-se que já existe diante de colegiados a premente discussão sobre os critérios majorais que ensejam decisões acerca da responsabilidade do Estado no que tange à saúde judicializada e os critérios para satisfação dos pedidos e a reserva do possível. É importante este comento judicial, para perceber-se que a omissão do Estado, quando se tem um sistema, o qual não atenda parcela importante da população e a falta de estruturação política financeira, para que se atenda a essas demandas, geram discussões de ordem técnica. Tudo a primor, para resolução parcial do ato, é valoroso. Porém, faz se necessário que se estabeleça com justiça social a implantação de políticas que deveras não comprometam a coletividade e a individualidade de cada um.

AGRAVO DE INSTRUMENTO. TUTELA DE URGÊNCIA. JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA. MEDICAMENTO NÃO PARDONIZADO. PRINCÍPIO DA RESERVA DO POSSÍVEL. RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. 1. Havendo dúvida quanto à existência de alternativas terapêuticas em relação ao medicamento pleiteado, o qual, além de não ser padronizado pelo SUS, é de alto preço, há de se colocar em relevo o princípio da reserva do possível, sob pena de se inviabilizar a política pública de saúde sob uma perspectiva universal.

(TJ-MG - AI: 10000170455190001 MG, Relator: Alberto Vilas Boas, Data de Julgamento: 03/12/0017, Câmaras Cíveis / 1ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 11/12/2017)

É saneante que em algumas decisões magistrais, tem se entendido que a ações em face ao Estado, e frente a omissão deste na saúde, tem se elevado as discussões no meio jurídico, diante da magistratura, no tocante a reserva do possível frente a solicitações de artigos, principalmente médicos, para atenção integral do indivíduo.

A que se pensar que a viabilização de recursos muitos deles para atendimento individual de saúde traz riscos a política pública na perspectiva da prestação do direito universal em saúde e a coletividade. Embora no presente instrumento tem a ação julgada improcedente, há casos em que o judiciário tem, embora a partir de critérios outros, dado procedência a causa de pedir.

Os processos judiciais atinentes à saúde, embora não resolvam o tema em questão, tem se verificado que importam em meio fugaz de proteção ao fazer com que os estados assumam suas responsabilidades. Estes demandados nas últimas décadas têm percutido e alimentado fóruns de discussão e debate acerca do tutelado estado.

Em estudo recente realizado por Neves; Pacheco (2017), em que juízes opinaram diante de uma entrevista sobre o fenômeno da judicialização no estado brasileiro observa se a preocupação da magistratura que identificam no poder executivo a ineficiência e omissão, por parte da falta de elaboração e planejamento em políticas públicas, bem como, na negativa de direitos na área de saúde. Para alguns, esse manejo jurídico ao resguardar o direito ao acesso tira do administrador e da sua equipe a responsabilidade administrativa que caberia ao executivo. Declaram outros que a atual conjuntura, a qual o país enfrenta demandando o judiciário para resolução de tais conflitos é fruto de uma desorganização, nas defasagens das políticas públicas entre outros. Sob a ótica desse estudo tem o poder judiciário representado na figura desses magistrados a concepção da existência do problema, e que o mesmo, é de ordem gerencial ao invés de supostas incongruências do SUS. Um forte argumento que legitima a ação do poder judiciário é o caos que enfrenta a população que se encontra com assistência fragmentada pela incapacidade gerencial do poder executivo.

Em tese há, também, o reconhecimento da magistratura nos seus limites de atuação, provenientes na maioria das vezes do fato de não terem o domínio médico, além da especificidade de cada um na força que reveste suas impressões psicológicas e sociais no ato de julgar, tanto o caos em que se encontra a saúde pública como a vida de quem depende de tais julgamentos para sua manutenção.

Nas palavras de Mendes e Branco (2015, p.153), constitui ação própria do poder judiciário resguardar os direitos, defender os direitos violados, bem como a garantia dos direitos fundamentais. Aos tribunais foi compelida a prerrogativa de controle aos atos relativos aos três poderes em suas diferentes esferas governativas. Outrora no polo ativo, a vinculação do judiciário gera o poder dever de recusar à aplicação a preceitos que não respeitem os direitos fundamentais, aqui especialmente a saúde sob esse debate.

Nesse sentido ainda nos esclarece os autores:

Os juízes podem e devem aplicar diretamente as normas constitucionais para resolver os casos sobre a sua apreciação. Não é necessário que o legislador venha, antes, repetir ou esclarecer os termos da norma constitucional para que ela seja aplicada. O artigo 5º § 1º, da CF autoriza que os operadores do direito, mesmo a falta de comando legislativo, venham a concretizar os direitos fundamentais pela via interpretativa. Os juízes, mais do que isso podem dar aplicação aos direitos fundamentais mesmo contra a lei, se ela não se conformar ao sentido constitucional daqueles. MENDES; BRANCO (2015, p. 154).

A atuação do poder judiciário diante deste cenário inquietante é justificada tendo em vista a defesa dos direitos fundamentais, especialmente aqui debatidos à saúde. Os cidadãos que, na contramão do Estado, tem seus direitos bem como suas garantias à saúde esfacelados devem ter, através da atuação dos magistrados a defesa de seus direitos. Há que se denotar, no entanto, que a judicialização por si só é “remédio processual”, de garantia na maioria das vezes de acessibilidade individual de saúde. Cabe lembrar que esta não resolve a matriz central do problema em que pese o financiamento da saúde pública e o sistema de financiamento público na saúde privada e as medidas saneantes para a conquista da universalidade, equidade e integralidade das ações e serviços com vistas a promoção, proteção e prevenção determinantes ao se fazer política pública.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A redemocratização do direito ao acesso às ações e serviços, que fundamentaram a Carta Magna em 1988, pôde trazer à população brasileira a segurança de ter um direito literal, objetivo e fundamentado na forma da lei. Repensar nossa história bem como nossa evolução após 30 anos de luta é um exercício pertinente, eficaz, capaz de não somente situar-nos perante os avanços, mas também refletir sobre nossas possibilidades, capacidades e o compromisso na conquista por um futuro que contemple ações gerais de proteção e garantias perante o Estado.

O território brasileiro, conforme se observa em linhas acima, é um país multicultural e de norte a sul do país tem enfrentado diferentes tipos de condicionantes sociais bem como de pobreza. Ainda que tenhamos uma constituição garantidora de proteção, é necessário refletir sobre diferentes aspectos, como as políticas sociais e econômicas podem favorecer e garantir a população acesso aos serviços de saúde que contemplem ao máximo as necessidades do cidadão. As garantias fundamentais expressas na Constituição Federal, ainda que se tenham efetivado, para a maioria acesso a recursos antes impossíveis, não conseguiu de forma global fazer com que todo indivíduo, independente da sua condição e da sua necessidade tenha acesso a serviços de proteção, promoção e recuperação de forma integral, equitativa e universal como reza nosso ordenamento.

O Sistema Único de Saúde, foi um divisor de águas quando se fala na ação do Estado com vistas a prevenir, tratar e promover a saúde bem como evitar agravos. A lei 8080 e 8142/90, criadas sob o fulcro de direcionar e propor diretrizes para alcançarem tais ideais tem enviado propostas para o alcance de tais ideais de saúde, porém, não foram eficazes totalmente. Importante a esse meio de conquistas, ainda que fragmentadas, observar o meio ambiente, que em constantes mudanças têm a todo o momento nos apresentado recursos humanos e materiais e a possibilidade de acesso a estes para melhorar o atendimento, bem como, suprir nossas demandas. No entanto, conforme se observa ao logo do trabalho, não é utopia dizer que as formas de custeio desse programa universal estão longe de ser o adequado. Ainda, não foi capaz de cumprir com toda agenda proposta pelo Estado para a elaboração um planejamento, principalmente, cumprimento de metas mais emergentes no que tange a atenção sanitária. A administração política do Estado brasileiro, nas suas diferentes instâncias governamentais, não foi capaz de unir esforços para consolidar uma agenda total de proteção e promoção.

O sistema de financiamento público de saúde que impera a atualidade não é capaz de suprir as demandas de saúde, conforme se estabelece na CF. Resultado disso, conforme podemos observar é a participação cada vez maior de empresas prestadoras de saúde privada para fomentar serviços que a primor é de competência do Estado. Está havendo cada vez mais um distanciamento político na organização, bem como na implementação de diretrizes, que se não resolvam, ao menos potencializem a discussão de quais rumos tomarem para o alcance desta garantia. Observa-se, também, cada vez mais a crescente participação financeira de recursos provenientes da União, nutrindo instituições privadas, filantrópicas entre outras na prestação de tais serviços. Somado, a incapacidade administrativa financeira do Estado está a questão da austeridade fiscal tributária, os desvios governamentais de recursos que deveriam ser investidos nesta e são investidos em outras políticas sociais e a própria corrupção que em nosso país é assunto antigo.

É defeso neste trabalho que, para além das responsabilidades do Estado, está a necessidade cada vez maior do exercício de cidadania. Fazer política, repensar a gestão administrativa, as obrigatoriedades, bem como direitos e deveres importa a todos nós. Necessário se faz refletir, todos os debates que cerceiam este problema que tem alavancado discussões mais profundas inclusive sobre o ativismo do judiciário.

Os atos jurídicos, decorrentes deste sistema financeiro de saúde, que ensejam a judicialização, na atualidade nutrem discussões de amplitude sobre a questão da isonomia do Estado e a individualização dos pedidos e dificuldade em se garantir a integralidade, equidade e universalidade, tendo em vista que o deferimento pelo magistrado de alguns destes pedidos vai à contrapartida da coletividade. Uma sociedade que tem a sua frente lideranças políticas engajadas e estimuladas para o enfrentamento dos problemas políticos emergentes e uma população sabedora dos seus direitos alimentados pela vontade de que seus direitos possam ser consolidados através do exercício pleno da cidadania, constituem importantes passos para a mudança de paradigma.

Com o sistema de financiamento da saúde pública por si só, é difícil atender demandas e custear ações e serviços, e o sub financiamento da saúde privada, por outro lado ainda que com a ideia de ser subsidiário no custeio da saúde, tem conforme denotado, defasado ainda mais os recursos para atenção pública. No mesmo viés é importante que se observe que o sistema de saúde suplementar não atende, como um todo, às necessidades mais intimistas dos usuários. Estes recorrem com frequência a saúde pública para acesso a serviços que não são cobertos pelo outro, ou quando ofertados os serviços são ordinariamente caros. Aponta-se com indispensabilidade necessária a meditação acerca do tema debatido. As lideranças políticas

em suas diferentes esferas de gestão. Os poderes do judiciário, legislativo e executivo, juntamente com o povo, a partir da participação social, precisam com discernimento refletir esse importante política pública. Rastrear através do uso social da coisa, mecanismos, que, mesmo que não atinjam totalmente o cidadão nos seus direitos, mais que cheguem o mais perto do ideal constitucional de saúde. Justo se faz indagar a despeito dos gargalos oriundos pelo processo de judicialização, frente ao financiamento, que além de exaurir os fundos deste, não conseguem através da garantia jurídica atual, resolver esse problema social, o qual não é mais emergente, que tem comprometido para a dificuldade do alcance com completude, unanimidade e isonomia social. Devemos ainda, fomentar frente a este, a preleção do diálogo, que alimenta o pensamento crítico reflexivo e jurídico frente a isonomia do Estado para com a sociedade, a tutela constitucional prevista em nosso ordenamento e os riscos frente as garantias individuais às coletivas.

Conforme se observa frente ao objetivo principal deste, verificados o sistema de financiamento da saúde pública e o sub financiamento da saúde privada, não somente, a forma de financiar abrangidas as formas de recursos presentes para este fim, as questões tributarias arrecadatórias, a austeridade, a forma de fiscalização no repasse de verbas para os entes federados e descumprimento da agenda de serviços e investimentos na saúde tem colaborado para a dificuldade do alcance da universalidade, equidade e integralidade das ações e serviços.

O Norte aqui, importante enfatizar não é desconstruir a fala contida em texto constitucional e tão pouco fazer esfacelar os caminhos percorridos; mas é preciso que sejamos arguidores de ideias, fomentadores de opiniões oportunas à consolidação efetiva do estado democrático de direito que queremos e merecemos ter.

Sendo assim, no transcorrer da presente tese, houve principalmente, a dificuldade em se debater o tema levando em consideração o aspecto da fala jurídica em consoante a social, mas também, pertinente a esta. Ao longo do discurso, a fala social, a fala da gestão política administrativa e financeira, do direito positivado em leis e a proteção do Estado, uma foi dando lugar a outra. Entende-se, também que, como parte de um todo, são áreas que se complementam e formam as bases de qualquer sociedade. Para tanto, houve a preocupação em se estabelecer certo equilíbrio, haja vista, a ideia principal que é refletir à luz da integralidade, equidade e universalidade de direitos positivados previstos em Carta Magna, sua proteção jurídica e a nossa atual prestação de serviços consolidados a partir de um sistema financeiro de saúde enviesado.

Espera se que diante do presente estudo, norteado com referencial teórico bibliográfico haja inquietação e despertamento para essa causa jurídica, não menos importante que a social.

Que esse espaço propagador de ideias e clarividente, possibilite uma visão ampla do tema abordado, que não haja limites para a alocação oral do tema. Que, ao refletirmos sobre essa questão, exercitemos a participação social e jurídica, e que este estudo mais adiante possa servir de base, juntamente com todo referencial que já existe na literatura para estruturar projetos que equacionem o problema.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Z.T.M. Da efetivação do direito à saúde no Brasil. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIV, n. 86, mar 2011. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9037. Acesso em 23 set. 2018.

BAHIA, L. As conferências de saúde: desafios à democracia participativa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 10, p. 2064-2065, outubro. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S0102. Acesso em: 18 jul. 2018.

BAHIA, Ligia. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado. **Saude soc.**, São Paulo , v. 14, n. 2, p. 9-30, Aug. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902005000200003&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Dec. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902005000200003>. Acesso em 12/08/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS). Serviço Único de Saúde: princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf. Acesso em: 23/09/2018.

BRASIL. Lei N° 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 15/07/2018.

BRASIL. Lei N° 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e da outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm. Acesso em 15/07/2018.

BRASIL, Regulamentação da Lei 8.080 para fortalecimento do Sistema Único da Saúde: decreto 7508, de 2011. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1206-1207, Dec. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000600025&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24/09/2018.

BRASIL. TJ-MG - AC: 10422140016060002 MG, Relator: Renato Dresch, Data de Julgamento: 09/03/2017, Câmaras Cíveis / 4ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 14/03/2017. **Reexame necessário e apelação cível - direito à saúde - direito social com garantia de acesso universal e igualitário - observância da diretriz de integralidade - produto específico de saúde - relatório prescrito por médico do sus - necessidade e adequação à condição de saúde demonstradas - presunção de validade - impossibilidade de exclusão ou postergação de tratamentos - ofensa a garantia constitucional de integralidade - possibilidade de adoção de medida cominatória para cumprimento da determinação judicial em prazo razoável - garantia da inafastabilidade e duração razoável da reparação da lesão ou ameaça a direito.** Disponível em: <https://tj-mg.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/438550274/apelacao-civel-ac-10422140016060002-mg?ref=serp>. Acesso em: 24/09/2018.

BRASIL. TJ-MG - AI: 10000170426506002 MG, Relator: Bitencourt Marcondes, Data de Julgamento: 17/09/0017, Câmaras Cíveis / 1ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 20/09/2017. **Agravo de instrumento. judicialização do acesso à saúde. organização do Sistema Único de Saúde. dever de disponibilizar o medicamento pleiteado. Princípio da dignidade da pessoa humana. Recurso desprovido.** Disponível em: <https://tj-mg.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/501076267/agravo-de-instrumento-cv-ai-10000170426506002-mg>. Acesso em: 24/09/2018.

BRASIL. TJ-MG - AI: 10000170455190001 MG, Relator: Alberto Vilas Boas, Data de Julgamento: 03/12/0017, Câmaras Cíveis / 1ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 11/12/2017. **AGravo de instrumento. Tutela de urgência. Judicialização do direito à saúde. Assistência farmacêutica. Medicamento não padronizado. Princípio da reserva do possível. Recurso conhecido e provido** Disponível em: <https://tj-mg.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/530140802/agravo-de-instrumento-cv-ai-10000170455190001-mg>. Acesso em 15/08/2018.

CARNUT, L.; MASSERAN, J.A.M. **Entre a filosofia jurídica e a saúde coletiva: o conceito de desempenho no decreto n. 7.508/2011 vis-à-vis a integralidade da assistência à luz do pós-positivismo.** Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/319051753>. Acesso em: 24/09/2018.

CARVALHO, Gilson. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 435-444, 2001. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200012&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Dec. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000200012>. Acesso em: 24/09/2018.

CAPPELLETTI, P., ANDRADE, M.. A QUESTÃO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NA REALIDADE JURÍDICA PÁTRIA: UM REFLEXO DA OMISSÃO DO ESTADO NO SEU DEVER DE GARANTIR ESTE DIREITO FUNDAMENTAL. **Revista Thesis Juris**, Local de publicação (editar no plugin de tradução o arquivo da citação ABNT), 5, aug. 2016.

Disponível em: <<http://www.revistartj.org.br/ojs/index.php/rtj/article/view/169>>. Acesso em: 10/09/2018.

CISLAGHI, J.F.; TEIXEIRA, S.O.; SOUZA, T. **O Financiamento do SUS: principais dilemas**. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area2/area2-artigo16.pdf>. Acesso em: 23/09/2018.

DORES, C.J. Controle judicial de políticas públicas de saúde. **Revista Jus Navigandi**, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 17, n. 3149, 14 fev. 2012. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/2107>. Acesso em 23/09/ 2018.

FILHO, C.B. **História da Saúde Pública no Brasil**. 5.ed. São Paulo: Ática, 2011. 72p.

FORTUNA, A.A.P. **As responsabilidades quanto á prestação de ações e serviços públicos de saúde**. Disponível em: http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/As_responsabilidades_quanto_a_prestacao_de_acoes_e_servicos_de_saude_Procuradoriageral_do_Municipio_d_e_Joinville.pdf. Acesso em 23/09/2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial**. Volume 4 / Fundação Oswaldo Cruz. [et.al] - Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/miolo_saude_brasil_2030.pdf. Acesso em: 18/08/2018.

GADELHA, Paulo. Conferência Nacional de Saúde: desafios para o país. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 31, n. 10, p. 2047-2058, Oct. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001002047&lng=en&nrm=iso>. access on 17 jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XDE011015>.

MAZON, Luciana Maria et al . Execução financeira dos blocos de financiamento da saúde nos municípios de Santa Catarina, Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. 116, p. 38-51, Jan. 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100038&lng=en&nrm=iso>. access on 24 set. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811603>

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa Maria. O financiamento do SUS sob os "ventos" da financeirização. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 3, p. 841-850, June 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

81232009000300019&lng=en&nrm=iso>. access
on 10 ago. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300019>.

MENDES, G.F.; BRANCO, P.G.G. **Curso de direito constitucional**. 10.ed. rev. e atual.- São Paulo: Saraiva, 2015. - (Série IDP).

NORONHA, José Carvalho de et al . Notas sobre o futuro do SUS: breve exame de caminhos e descaminhos trilhados em um horizonte de incertezas e desalentos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 2051-2059, June 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000602051&lng=en&nrm=iso>. access
on 24 set. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05732018>.

OLIVEIRA, J. **Efetividade do Direito à Saúde**: Uma análise sob um contexto de crise financeira e constitucional. Chapecó 2016. Julho. Disponível em:
http://www.unoesc.edu.br/images/uploads/mestrado/Vers%C3%A3o_Final_Juliana_de_Oliveira.pdf. Acesso em: 18/07/2018.

OLIVEIRA, Milca Lopes de; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de. Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 1994-2002. **Saude soc.**, São Paulo , v. 18, n. 1, p. 141-153, Mar. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000100014&lng=en&nrm=iso>. access
on 23 set. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000100014>.

OTÁVIO, B.N.; A jurisprudência dos tribunais superiores e o direito à saúde – evolução rumo à racionalidade. **Revista De Direito Sanitário**, v.16, n.15, 2015. Disponível em:
<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/100025>. Acesso em: 10/09/2018.

Ouverney, A.M.; Fleury, S. Polarização federativa do SUS nos anos 1990: uma interpretação histórico- institucionalista. **Revista de administração pública**. Rio de Janeiro, v. 51, n.6. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/72848>. Acesso em: 23/09/2018.

PIOLA, SF., et al. Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 4. pp. 19-70. ISBN 978-85-8110-018-0. Available from SciELO Books Acesso em: 22/07/2018.

PONTES, A.; OLIVEIRA, D.; GOMES, A. Os princípios do Sistema Único de Saúde estudados a partir da análise de similitude. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 1, 1 jan. 2014 p. 59-67.

OCKE-REIS, Carlos Octávio. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 2035-2042, jun. 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000602035&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 set. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05992018>

RICARDI, Luciani Martins; SHIMIZU, Helena Eri; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 41, n. spe3, p. 155-170, Sept. 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000700155&lng=en&nrm=iso>. access on 23 set. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017s312>.

SARLET, Ingo Wolfgang e FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. *Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações.* **Revista de Doutrina da 4ª Região**, Porto Alegre, n. 24, jul. 2008. Disponível em: <http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao024/ingo_mariana.html> Acesso em: 15 jul. 2018.

SANTOS, Isabela Soares; VIEIRA, Fabiola Sulpino. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 7, p. 2303-2314, July 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000702303&lng=en&nrm=iso>. access on 20 jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018237.09192018>.

SANTOS, A.O.; DELDUQUE, M.C.; ALVES, S.M.C. Os três poderes do Estado e o financiamento do SUS: o ano de 2015. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 32(1):e00194815, jan., 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n1/0102-311X-csp-0102-311X00194815.pdf>. Acesso em: 24/09/2018.

SANTOS, Lenir. SUS-30 anos: um balanço incômodo?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 2043-2050, June 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000602043&lng=en&nrm=iso>. access on 24 set. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.06082018>.

SOUZA, T.; CISLAGHI, J.F.; TEIXEIRA, S.O. O Financiamento da saúde no Brasil: principais dilemas. **Temporalis**, [S.l.], v. 12, n. 23, p. 97-124, ago. 2012. ISSN 2238-1856. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/2927>. Acesso em: 24/09/2018.

VIEIRA, F.S. **Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS.** Disponível em: <https://bd.tjmg.jus.br/jspui/handle/tjmg/7742>. Acesso em 15/07/2018.