III ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITOS SOCIAIS, SEGURIDADE E PREVIDÊNCIA SOCIAL

HADASSAH LAÍS DE SOUSA SANTANA

JOSÉ RICARDO CAETANO COSTA

JOSÉ QUERINO TAVARES NETO

Copyright © 2021 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI
Presidente - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC – Santa Catarina
Diretora Executiva - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - UNIVEM/FMU – São Paulo
Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa – Pará
Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG – Goiás
Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos – Rio Grande do Sul
Vice-presidente Sudeste - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio – Rio de Janeiro
Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR – Ceará

Representante Discente:
Prof. Dra. Sinara Lacerda Andrade – UNIMAR/FEPODI – São Paulo

Conselho Fiscal:
Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara – ESDHC – Minas Gerais
Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM – Rio de Janeiro
Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho – Ceará
Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva – UFS – Sergipe
Prof. Dr. Valter Moura do Carmo – UNIMAR – São Paulo
Secretarias
Relações Institucionais:
Prof. Dra. Daniela Marques De Moraes – UNB – Distrito Federal
Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - UNIVEM – São Paulo
Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie – São Paulo
Comunicação:
Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali – Rio Grande do Sul
Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB – Paraíba
Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro - UNOESC – Santa Catarina
Relações Internacionais para o Continente Americano:
Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA – Bahia
Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM – Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA – Maranhão
Relações Internacionais para os demais Continentes:
Prof. Dr. José Barroso Filho – ENAJUM
Prof. Dr. Rubens Beçak - USP – São Paulo
Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba – Paraná
Eventos:
Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec – Minas Gerais
Profa. Dra. Cinthia Obladen de Almendra Freitas - PUC – Paraná
Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello - UFMS – Mato Grosso do Sul

Membro Nato – Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UMICAP – Pernambuco

D597

Direitos sociais, seguridade e previdência social [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Hadassah Laís de Sousa Santana; José Querino Tavares Neto; José Ricardo Caetano Costa – Florianópolis: CONPEDI, 2021.

Inclui bibliografia
ISBN: 978-65-5648-313-9
Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações
Tema: Saúde: segurança humana para a democracia

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Seguridade. 3. Previdência social. III Encontro Virtual do CONPEDI (1: 2021 : Florianópolis, Brasil).

CDU: 34

CONPEDI

Conselho Nacional de Pesquisa
e Pós-Graduação em Direito Florianópolis
Santa Catarina – Brasil
www.conpedi.org.br

III ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITOS SOCIAIS, SEGURIDADE E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Apresentação

DIREITOS SOCIAIS, SEGURIDADE E PREVIDÊNCIA SOCIAL I

O Grupo de Trabalho, coordenado pelos professores Hadassah Laís de Sousa Santana, José Ricardo Costa e José Querino Tavares Neto, discute temas relacionados aos Direitos Sociais, à Seguridade Social e à Previdência Social, contando com artigos de autores que contribuíram com a discussão de maneira profunda e plural.

Os artigos apresentados são amplos e abordam assuntos específicos dentro do tema, permitindo à sociedade um amplo debate quanto à seguridade e previdência social, uma vez que oferece uma visão dos impactos da matéria em diversos e singulares aspectos.

Os trabalhos permearam sobre os efeitos da pandemia do COVID-19 nas relações trabalhistas e previdenciárias, como é o caso da adoção do regime de home Office, o que gerou diversos questionamentos quanto à equiparação às normas de trabalho típico, em face das lacunas deixadas pelo legislador em relação a aspectos do teletrabalho; bem como os riscos de natureza sanitária em momentos de pandemia, que carecem de medidas prestacionais que assegurem as normas sociais fundamentais.

A Emenda Constitucional 103, de 12 de novembro de 2019 é tema de grande enfoque pelos autores, que apresentaram possíveis retrocessos legais a partir de sua publicação, assim como as alterações na aposentadoria especial e nos benefícios previdenciários, analisando, ainda, a constitucionalidade e validade da reforma previdenciária.

É possível citar, ainda, a crítica quanto ao papel do Estado, como responsável pela implementação de políticas públicas que proporcionem o cumprimento dos direitos sociais positivados, em especial quanto ao direito à saúde, considerando os impactos pós-covid, o que inclui a saúde física, mental e estrutural dos brasileiros; e ao direito à educação, em face das medidas adotadas pelo país em razão da pandemia.

Denota-se claro que a assistência e a previdência são fontes de proteção aos cidadãos, uma vez que esses dependem das políticas públicas relacionadas aos direitos sociais para que mantenham o mínimo de dignidade humana. Dessa forma, cabe ao Estado, em caráter de garantidor das normas, proporcionar o progresso assistencial, de modo que os direitos sociais

acompanhem todo e qualquer desenvolvimento social do país, para que sejam preservados e mantidos em amparo aos seus beneficiários.

DIREITO À VIDA X DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E O DEVER DO ESTADO NA PRESTAÇÃO DA SAÚDE COM FOCO NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988: O SUS E O COVID-19.

RIGHT TO LIFE X DIGNITY OF THE HUMAN PERSON AND THE DUTY OF THE STATE IN THE PROVISION OF HEALTH WITH A FOCUS ON CF/1988: THE SUS AND COVID-19.

Adilson Souza Santos [1]
Jaqueline Santos [2]

Resumo

A pesquisa trata do direito à vida e a dignidade da pessoa humana. Tem-se como objetivo geral: verificar a implementação do direito à saúde com dados do país quanto aos desafios dos gestores do SUS e a efetivação dos princípios na CF/1988 e leis infraconstitucionais. Quanto à metodologia, a pesquisa será exploratória, dedutiva, bibliográfica e quantitativa. Quanto aos resultados, delinear-se-á os fatores que influenciam na prestação de serviço adequado à população, na normalidade e durante a pandemia do Covid-19. Conclui-se que estes direitos transcendem o confronto da gestão eficaz ante a disponibilidade de recursos suficientes para prestação de serviços públicos.

Palavras-chave: Saúde, Direitos fundamentais, Dignidade, Vida, Covid-19

Abstract/Resumen/Résumé

The general objective is: to verify the implementation of the right to health with data from the country regarding the challenges of SUS managers and the implementation of the principles in Federal Constitucion and infraconstitutional laws. As for the methodology, the research will be exploratory, deductive, bibliographic and quantitative. As for the results, the factors that influence the provision of adequate service to the population will be outlined, in the normality and during the Covid-19 pandemic. It is concluded that these rights transcend the confrontation of effective management in view of the availability of sufficient resources to provide public services.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Health, Fundamental rights, Dignity, Life, Covid-19

[1] Professor do UNIDESC, GO. Doutorando em Direito pela UNESA, RJ; Mestre em Ciência Política e Graduado em Direito. PIBIC – Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica. E-mail: adilsants@gmail.com.

[2] Graduanda em Direito pelo UNIDESC, Goiás (Brasil). Participante do PIBIC – Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica. E-mail: Jaqueline.santos@souunidesc.com.br

1 Introdução

Falar sobre saúde, historicamente, no Brasil, na maioria dos casos é lembrar de precariedade, ineficiência, corrupção e sofrimento para a grande parcela da nação brasileira. Porém, diferente de outros países, no Brasil, a universalidade possibilita a prestação de forma gratuita de serviços, eis que se não fosse garantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seria impossível um assalariado arcar com as despesas relativas à maioria dos tratamentos.

Vê-se que o sistema é preconizado pela Constituição Federal de 1988 com o governo em três níveis de gestão (União, Estados e Municípios) para divisão de tarefas. Os municípios são responsáveis pela execução e tem a função de fazer gerir os recursos que chegam nas prefeituras, além de investir a sua parcela de contribuição de no mínimo 15%, e coordenar as políticas necessárias à eficiente prestação dos serviços, zelando pelo cumprimento da Constituição Federal e princípios norteadores da administração pública. Sendo o maior responsável pela implementação dessas ações, conforme a Emenda Constitucional 29 do ano de 2000, em seu artigo 77, III.

A análise do presente tema se justifica pela sua relevância, visto a indispensabilidade na vida humana dos cuidados e preservação da saúde, seja ela em caráter preventivo ou curativo. A problemática será delineada no seguinte questionamento: Quais os motivos que dificultam a prestação de serviço de saúde mais eficiente para garantir a dignidade da pessoa humana e a devida prestação do serviço pelos entes públicos?

Tem-se como objetivo geral: verificar a implementação desses direitos a partir da análise de dados do país quanto aos desafios dos gestores do SUS e a efetivação dos princípios com fulcro na Constituição de 1988 e Leis Infraconstitucionais.

Para responder ao problema, abordar-se-á inicialmente uma breve perspectiva histórica da saúde no Brasil, com o progresso sofrido antes e após a criação do SUS; delineando o regramento jurídico aplicável, com fulcro na CF/1988, até percorrer o caminho da legislação infraconstitucional, bem como através da Lei Orgânica da Saúde e o papel do município na efetivação desses direitos.

No que concerne à metodologia, a pesquisa será do tipo exploratória. O método aplicado será o dedutivo. O procedimento utilizado para a produção dos estudos será a pesquisa bibliográfica, com uma análise de dados quantitativa, a partir de um estudo de revisão. Neste baseia-se nas noções trazidas por Lakatos e Marconi (2003) e por Gil (2009).

Para o aquilatamento da pesquisa, tem-se como referencial teórico a doutrina trazida por autores das diversas áreas de conhecimento, voltados para o Direito Constitucional, neste a

Saúde, os Direitos Humanos, e respeitadas fontes de informações como IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), dentre outros notáveis autores e relevantes fontes. Sendo, dentre eles: LENZA (2010); MARTINS (2008); OUVERNEY (2020); SCATENA (2019); TEIXEIRA (2009); TONINI (2007); SILVA (2020).

Por fim, é significativo compreender que a saúde sofre influência de diversos campos da vida humana, um conjunto de fatores que define a qualidade de vida do homem como: alimentação, moradia, educação, lazer, saneamento básico, segurança e emprego, os quais interferem diretamente na prevenção, manutenção do estado de saúde e cura de enfermidades. Cabendo a todos, o poder público e o cidadão cumprirem com sua parcela de responsabilidade de conservação do direito imprescindível à saúde.

2 Breves reflexões sobre a saúde pública no Brasil

O Brasil desde sua descoberta vem construindo um modelo peculiar relacionado à saúde. Essa estrutura vinculou-se primeiramente à ideia de a igreja fazer o papel de cuidar dos sujeitos necessitantes de serviços ligados à saúde, com ausência de cientificidade (ARAÚJO. 1990, p. 4-5).

No período colonial as políticas públicas na saúde eram inexistentes (Casas de Misericórdia ligadas a igreja continuavam a fazer este papel), só com a vinda da família real que passam a surgir medidas de governo para a área, que impõe normas sanitárias nos portos com o objetivo de impedir a entrada de doenças contagiosas e funda as duas primeiras escolas de medicina no país (FIGUEIREDO, 2009, p.15).

Na República é que ações mais robustas surgem com a implantação do Instituto Soroterápico e o Departamento Federal de Saúde Pública, sob o comando de Oswaldo Cruz, que tinha a missão de erradicar a febre amarela, momento em que usando de autoridade é implantado a Vacina Obrigatória, e surge a Revolta da Vacina, pois não foram explicados os objetivos da campanha e do que se tratavam as vacinas. Mas apesar dos percalços a política de vacinação obrigatória surte efeitos e consegue erradicar a febre amarela no Brasil, dentre outras doenças endêmicas daquele período (FIGUEIREDO, 2009, p.15).

O estado enquanto previdência atua pela primeira vez em 1923, com a Lei Elói Chaves que institui e regula as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), apenas para os ferroviários. Nos sessenta anos seguintes a alteração mais relevante foi a substituição dos CAPs pelos IAPs (Institutos de Aposentadoria e Pensões), que incluiu outras categorias profissionais como indústria, comércio e transporte de carga. Ainda com falhas, com atendimento voltado para a

maior parte da população e sem cobertura, os institutos são substituídos pelo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social), autarquia federal criada pela Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977, vinculada ao Ministério da Saúde, contudo continuava a beneficiar só quem tinha carteira assinada.

No ano de 1993 o INAMPS foi extinto pela Lei 8.689/1993, o que levou a um aumento da população assistida, passando o âmbito federal a trabalhar em conjunto com municípios e estados, porém ainda com um sistema centralizado (FIGUEIREDO, 2009, p.16-19).

Finalmente em 1987, o movimento pela reforma sanitária consegue intervir nas resoluções da Assembleia Nacional Constituinte, escrevendo na CF/1988 um capítulo exclusivo referente a saúde, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), e, em função disso, foi elaborado entre os anos de 1989-1990 a Lei n°. 8.080/1990, denominada Lei Orgânica da Saúde (LOS).

Neste sentido, as Constituições Estaduais e Municipais (cada um com responsabilidades definidas e descentralizadas) deveriam englobar em seus textos a promoção, proteção e recuperação da saúde. Com o objetivo de assegurar recursos mínimos para construção do SUS, surge a Emenda Constitucional n°29/2000 (que estabeleceu o financiamento do sistema nas três esferas de governo), o que representa importante conquista para a construção do Sistema Único de Saúde, (CONASS, 2011, p.17).

Ainda, nessa perspectiva, o SUS vem sendo implantado como um processo social em permanente construção. Foram criadas Normas Operacionais Básicas (NOBs), a partir das definições da Lei Orgânica da Saúde e da Lei n° 8.142/1990 (participação da comunidade na gestão do SUS). As NOBs de 1991, 1992, 1993, e 1996 foram todas criadas com objetivo de colaborar, incentivar, dividir responsabilidades entre os entes, normatizar, tratar de repasses e acompanhamento de recursos dentre outros assuntos (CONASS. 2011, p.17-20).

Em 2006 é aprovado o Pacto pela Saúde e Consolidação do SUS, não foi uma norma operacional, mas nessa perspectiva, as três esferas de governo representadas pelo Ministério da Saúde assumiram responsabilidades para gestão e atenção à saúde, englobando três componentes: o pacto pela vida, pacto pela defesa do SUS e pacto de gestão, definindo prioridades como a universalidade, trabalho conjunto dos entes federativos, prazos para implementação, dentre outras obrigações (CONASS, 2011, p.23-28).

Vê-se que após todo esse processo de mudança e implementações voltadas para a gestão do SUS, com a visão trazida pelo legislador constituinte originário, esse sistema é alçado a um papel de altíssima importância para o atendimento dos sujeitos que dele necessitarem. A Constituição trouxe regras gerais para o sistema alcançar todo o país, inclusive municípios

longínquos esquecidos, ante a imensa área geográfica brasileira. Prescreve-se um sistema de saúde universal, com parâmetros mínimos de subsistência, princípios, e atribuições específicas para a área, como direito fundamental abrangendo diversos campos.

3 Abordagem constitucional

O Direito à saúde evoluiu e é garantido pela Constituição de 1998. Dada sua importância, a Carta Maior dedicou o título VIII, inscrito a partir do artigo 196, a tratar sobre o tema das Garantias Fundamentais, que está intimamente ligado ao direito à vida, seguridade, previdência, assistência social, trabalho, dignidade da pessoa humana, entre outras necessidades vitais para preservação da vida e dos direitos humanos. Inclusive explicitando as atribuições gerais do Sistema Único de Saúde- SUS.

Delineado pelo artigo 196, CF/1988 "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988).

Como o próprio texto constitucional explicita, a saúde deve ser garantida mediante políticas sociais, eis aqui o papel do estado como gestor e defensor da sociedade, garante também o direito à vida, que para Lenza (2010, p.748), é "O direito a uma vida digna, com garantias das necessidades básicas, sendo vedado qualquer tratamento indigno".

A Constituição Federal de 1988 prevê nos artigos 23, inciso II e 30, inciso VII, que cabe aos entes da Federação, com competência comum, cooperação técnica e financeira, solidariedade, a obrigação de dispor de serviços de saúde a população, com uma rede regionalizada e hierarquizada corroborando com o artigo 198/CF, e seu descumprimento é um grave comportamento inconstitucional (BRASIL, 1988).

Neste diapasão, Teixeira (2009, p.2-3) infere que: "Todo cidadão brasileiro tem direito ao atendimento à saúde de forma gratuita e ampla por meio do sistema público chamado SUS, que apesar de todos os pesares e problemas, é tido como um dos mais avançados do mundo, como proposta de modelo de saúde".

Moraes (2007, p. 30-31) depreende que existe uma dupla acepção para o direito à vida, a primeira seria o direito de continuar vivo e a segunda de se ter uma vida digna quanto a subsistência. O autor afirma que "O direito à vida é o mais fundamental de todos os direitos, já que se constituiu um requisito a existência do exercício dos demais direitos"

Para Figueiredo (2017, p. 64), a primeira diferença do SUS para os antigos sistemas de saúde, é que ele passou a fazer parte da Seguridade Social, junto com a previdência social (aposentadoria, pensão, dentre outros), desta maneira não só o trabalhador formal terá direitos e sim todas as pessoas.

Para Silva (2020, p. 311-312), é espantoso como o direito à vida e a saúde, um bem extraordinariamente relevante, somente agora é elevado à condição de direito fundamental do homem, o que significa que nos casos de doenças, todos têm direito a um tratamento digno de acordo com a atual ciência médica, sem importar qual a sua situação econômica, ou seja é consagrado como um direito universal.

Neste contexto, o direito à vida é alçado a um direito à cidadania, de responsabilidade do estado, e as políticas sociais não são apenas responsáveis pelas condições mínimas de vida, há uma ampliação do leque como a garantia de alimentação, educação, habitação, lazer, liberdade e acesso à saúde. Essas políticas contribuem significativamente para garantir a saúde e são implementadas por diversos setores, como por exemplo o direito social do acesso à renda, trabalho, emprego, posse de terra, moradia, transporte, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância, e a assistência aos desamparados. (FIGUEIREDO, 2017, p. 65).

Grande parte destes direitos são organizados e legislados através da Seguridade Social, a qual é dividida em normas sobre Saúde, Previdência Social e Assistência Social, obedecendo aos princípios da universalidade, cobertura, atendimento, igualdade e equivalência dos benefícios, unidade de organização pelo poder público e solidariedade financeira (MORAES, 2007, p. 777).

Para a garantia da dignidade da pessoa e direitos fundamentais como um todo, existem mecanismos internacionais, que trazem a saúde como básica e fundamental, explícitos no Protocolo de *San Salvador* aprovado no Brasil pelo Decreto nº 3.321/1999 (Promulga o Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais "Protocolo de São Salvador"), que assim exprime:

> “Toda pessoa tem direito à saúde, compreendendo-se como saúde o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social. 2. A fim de tomar efetivo o direito à saúde, os Estados-Partes comprometem-se a reconhecer a saúde como bem público e, especialmente, a adotar as seguintes medidas para garantir esse direito: a) assistência primária à saúde, entendendo-se como tal à assistência médica essencial ao alcance de todas as pessoas e famílias da comunidade; b) extensão dos benefícios dos serviços de saúde a todas as pessoas sujeitas à jurisdição do Estado; c) total imunização contra as principais doenças infecciosas; d) prevenção e tratamento das doenças endêmicas, profissionais e de outra natureza; e) educação da população com referência à prevenção e ao tratamento dos problemas da saúde; e f) satisfação das necessidades de saúde dos grupos de mais alto risco e que, por sua situação de pobreza, sejam mais vulneráveis.” (BRASIL, 1999).

A CF/1988, corrobora com os mecanismos internacionais de garantias de direitos humanos por exemplo em seu artigo 198 que definiu que os serviços de saúde devem ser regionalizados, hierarquizados, universal, organizado com as diretrizes da descentralização, atendimento integral, priorizando as atividades de prevenção (BRASIL, 1988), para que todos nacionais e estrangeiros aqui presentes possam usufruir.

O financiamento será executado com recursos da Seguridade Social da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, estes aplicarão os recursos mínimos sendo: União 15%, para os Estados, DF e Municípios será calculado um percentual sobre os impostos arrecadados. Sendo que a cada cinco anos esses percentuais deverão ser avaliados através de Lei Complementar (BRASIL, 1988).

O artigo 200, o último a tratar do SUS na CF/1988, traz as atribuições para o sistema, que se resumem em: controle, fiscalização, execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica, saúde do trabalhador, organização dos recursos destinados à saúde, participação de políticas para execução de saneamento básico, fiscalização de alimentos, bebidas e água, participação do controle, fiscalização, transporte, guarda, produção de produtos psicoativos, tóxicos e radioativos, e o cuidado com o meio ambiente, inclusive relacionado ao trabalho (BRASIL, 1988).

O artigo 200 da CF/1988, ainda, contempla as atribuições do SUS para a dignidade da pessoa humana e a garantia da vida, observa-se que tais finalidades vão muito além do que só cuidar do estado de doença, ele é responsável por:

> I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 85, de 2015) VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988).

Enfim, percebe-se os avanços que a CF/1988 trouxe para a sociedade brasileira, tão sedenta de saúde, uma certa aquilatação de direitos importantes para a efetivação da dignidade da pessoa humana. Em uma perspectiva geral, traçou as diretrizes, incumbindo os Estados e Municípios as especificidades da aplicação desse direito primordial, através de suas leis complementares, leis ordinárias, decretos e outros instrumentos que, de forma eficiente, faça os serviços de saúde chegarem ao seu destinatário final.

4 A Lei 8080/1990 e o papel dos municípios na efetivação dos direitos à saúde.

Contemporaneamente, com a Carta Política, surge a necessidade de especificar ou explicar como o serviço de saúde será prestado, sendo criada a Lei Orgânica da Saúde (LOS), com princípios, objetivos, diretrizes, e atribuições, focados na promoção da saúde em nível nacional, abrangendo as obrigações de cada ente da federação, suas respectivas contribuições para a implantação e permanência deste sistema.

As leis que efetivamente cuidaram de destrinchar o SUS foram aprovadas no final de 1990, com influência da política social do governo Collor, após dois anos da promulgação da Carta Constitucional, definindo que todo e qualquer serviço de saúde, seja público ou privado, deverá seguir as regras da Lei 8.080/1990 (FIGUEIREDO, 2017, p. 68).

A LOS trata no artigo 5° dos objetivos e atribuições do Sistema Único de Saúde, sendo eles: "I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do artigo 2º desta lei; III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas" (BRASIL, 1990).

No artigo 7°, a LOS traça princípios e diretrizes, corroborando com o artigo 198 da Carta Mãe, definidos como: A universalidade, garantindo que todos possam ter acesso a saúde independente de renda, sendo o atendimento gratuito. A integralidade da assistência, ou seja, o sistema deve promover um atendimento integral desde a promoção, prevenção até a reabilitação (TONINI, 2007. p.19-20).

A equidade infere que os recursos da saúde devem ser disponibilizados de acordo com as necessidades individuais. A descentralização político-administrativa que é direcionada a todas as esferas de governo, cada uma com suas responsabilidades. Com a devida participação da comunidade, apresenta-se o conteúdo democrático do sistema por meio dos Conselhos Regionais de Saúde, assegurando a participação de todos envolvidos (TONINI, 2007. p.19-20).

Inclui-se, ainda, a preservação da autonomia das pessoas; igualdade; direito à informação e divulgação de informação; uso da epidemiologia para estabelecimento de prioridades; vocação de recursos e orientação programática; integração nas ações de saúde meio ambiente e saneamento básico; junção dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos de todos os entes para assistência à saúde; capacidade de resolução de serviços em todos os níveis; organização dos serviços para evitar a duplicidade de meios para o mesmo

objetivo; atendimento público e específico para mulheres vítimas de violência doméstica em geral (TONINI, 2007. p.19-20).

Acrescente-se ainda os objetivos do SUS, explícitos no artigo 5º da Lei 8.080/1990:

> "I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do artigo 2º desta lei; III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas". (BRASIL, 1990).

O referido diploma também tratou de linhas gerais sobre a organização e gestão do SUS, no artigo 8° e 9°, preceituando que a direção no âmbito da União será do Ministério da Saúde, nos estados e Distrito Federal e Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente. (BRASIL, 1990).

O Decreto n° 7.508/2011, ao regulamentar a Lei 8.080/1990 dispõe que são reconhecidas como foro de negociação e pactuação as Comissões de Inter gestores Bipartite (CIB- Nível Federal composto pelo: Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Tripartite (CIT- Nível Estadual com participação representantes da Secretaria Estadual de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde), com o objetivo de decidir sobre aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão em conjunto com os Conselhos de saúde para definir diretrizes no âmbito nacional, regional e intermunicipal de organização das redes de ações e serviços, e fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, integração os territórios e entes federados, importante salientar que as decisões ali tomadas não são por votação e sim por consenso das partes (BRASIL, 2011).

Diante de toda legislação já exposta o SUS trouxe também as atribuições dos Municípios, alinhada aos demais entes, com características, objetivos e funções específicas para serem trabalhadas/alcançadas a nível local.

Para a CF/1988, na visão de Moraes:

> "O município é indispensável para o funcionamento pleno da entidade federativa, com autonomia, organizando-se através da sua Lei Orgânica Municipal (LOM), e por complementação de outras legislações autogoverna, com eleição direta para prefeito, vice-prefeito e vereadores, sem subordinação a Estados ou União" (MORAES, 2007. p. 261-262).

Depreende-se que detém a competência inclusive para cuidar e gerir a saúde do Município, respondendo por seus atos na esfera política e criminal.

5 O contexto da pesquisa e os números dos SUS

À luz do artigo 30 da CF/1988, é competência dos municípios legislar sobre assuntos de interesse local, suplementar a legislação federal no que for necessário; aplicar suas rendas; organizar e prestar serviços públicos de interesse Municipal. Percebe-se a responsabilidade dos municípios na prestação da saúde e organização para que a população possa usufruir adequadamente do serviço público (BRASIL, 1988).

Os municípios, por sua vez, atuam de forma a garantir que a saúde chegue a sua população. Importa ressaltar que o Brasil tem "mais de 211 milhões de habitantes, aproximadamente 71 milhões de endereços e 5570 municípios" segundo dados do IBGE (2020).

Com isso, ao atuar nas Comissões Bipartite e Tripartite, os municípios assumem um caráter importante no atendimento à população local de forma mais efetiva, eis que está mais próximo da comunidade necessitada de saúde. Observe-se o que menciona Ouverney:

> "Como consequência, as SMS (Secretarias Municipais de Saúde), cada vez mais, adquirem o *status* de atores políticos estratégicos na definição e conformação dos rumos da política de saúde, considerando o quantitativo de recursos que gerenciam o tamanho da rede e o volume de profissionais sob sua gestão" (OUVERNEY, 2019 p.76),

Tem-se nesta construção, que o direito constitucional deve ser o rumo e aplicação das ações com relação aos gestores, criando mecanismos adequados que viabilizem uma prestação de serviços adequada e eficiente, no que se refere as políticas de saúde de que os sujeitos necessitam.

Nesta perspectiva, o Sistema Único de Saúde foi erigido com o fim de garantir a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Nesta estrutura fincou-se os princípios norteadores que devem ser seguidos pelos gestores, são eles: a universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social, todos inscritos no artigo 198 da Constituição Federal Brasileira de 1988.

A Carta Magna foi inovadora desta estrutura no mundo, eis que é considerado como um dos maiores sistemas públicos de saúde já erigido, pois a partir do momento da promulgação do texto constitucional, toda a população brasileira, independentemente, de qualquer situação, passou a ter garantido o direito à saúde universal, gratuita e financiada com os recursos advindos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, conforme comando do artigo 195 da CF/1988.

Convém também apresentar grande parte dos serviços prestados pelo SUS, cuja localização está nos atendimentos realizados por meio de centros e postos de saúde; hospitais; laboratórios; bancos de sangue, também conhecidos por hemocentros; vigilâncias ambientais,

sanitária, epidemiológicas; fundações e institutos que atuam com pesquisa acadêmica e científica.

Nesse azo, como resultado deste comando constitucional, pode-se observar na tabela seguinte alguns dados que o autor Ouverney (2019) pesquisou sobre os desafios dos gestores do SUS nos municípios, para o Ciclo de Gestão 2017-2020.

Tabela I: Principais desafios da gestão do SUS de acordo com a dimensão de organização e gestão do SUS apontados pelos Secretários Municipais de Saúde – Brasil e regiões.

Itens	**Desafios**	**Região Norte**	**Região Nordeste**	**Região Sul**	**Região Sudeste**	**Região Centro-Oeste**	**Brasil**
Atenção Básica	Garantir Insumos e medicamentos Fixar Médicos Garantir a Contrapartida Estadual	44%	48%	43%	60%	58%	50%
Atenção Especializada	Garantia de consultas, exames e internações em quantidade e qualidade	57%	68%	68%	60%	67%	71%
Regionalização	Fortalecimento da CIR como instâncias de planejamento e pactuação regional	68%	61%	50%	53%	51%	56%
Planejamento	Qualificação das equipes gestoras municipais para prática de planejamento	69%	67%	67%	61%	68%	66%
Controle Social	Apoiar a formação dos conselheiros de saúde Divulgar o SUS para população Apoiar a formação dos conselheiros de saúde	51%	48%	45%	46%	43%	43%
Judicialização	Ampliar o conhecimento dos órgãos de controle sobre a gestão do SUS	64%	66%	56%	533 %	55%	57%
Gestão do Trabalho	Implementar diretrizes de educação e gestão do trabalho (fixar trabalhadores nos municípios) Definir planos de cargos e salários na gestão local	51%	57%	49%	51%	49%	52%

Fonte: OUVERNEY ALM, Carvalho ALB. Gestores Municipais do Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas para o Ciclo de Gestão 2017-2020. Saúde em Debate, p. 75-91, dezembro de 2019. (Com adaptações)

Com relação aos desafios da gestão dos municípios, a Tabela I, deixa claro que a nível de Brasil é destaque o desafio da qualificação das equipes gestoras com relação ao planejamento em saúde (66%), quanto ao controle social há a necessidade de apoiar o processo de formação dos conselheiros (43%), no que se refere a judicialização observa-se a carência nos órgãos de controle sobre a dinâmica do SUS (64%). Já a implementação e pactuação de diretrizes para políticas de educação e gestão no trabalho aparece como desafio para (52%), dos municípios, o financiamento é preocupante para todas as regiões, inclusive quanto à estabilidade de repasses (OUVERNEY, 2019, p.76).

A garantia de consultas e exames especializados, o fortalecimento de instâncias regionais, qualificação de quadros técnicos para o planejamento, formação de conselheiros, aproximação dos órgãos de controle, e a melhoria do padrão de alocação de recursos também são apontadas como barreiras à modernização local da saúde (OUVERNEY, 2019 p.76).

Para o desafio de fazer o SUS funcionar e garantir atendimento de qualidade é necessário que os princípios basilares e organizativos estejam presentes na esfera municipal, e de acordo com a Pesquisa Nacional dos Gestores Municipais do SUS, tem-se o seguinte panorama de implementação, dividido por regiões na figura II.

Tabela II: Grau de implementação dos princípios doutrinários e organizativos do SUS (princípios plenamente implantados) Princípios do SUS Regiões /País.

Princípio	**Norte**	**Nordeste**	**Sul**	**Sudeste**	**Centro-Oeste**	**Brasil**
Universalidade	78%	81%	87%	79%	77%	81%
Hierarquização	78%	73%	78%	74%	69%	74%
Equidade	75%	72%	79%	70%	67%	72%
Integralidade	72%	67%	73%	66%	66%	68%
Descentralização	70%	66%	75%	70%	60%	68%
Regionalização	60%	63%	75%	71%	75%	66%
Participação Popular	67%	57%	61%	58%	51%	58%

Fonte: OUVERNEY ALM, Carvalho ALB. Gestores Municipais do Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas para o Ciclo de Gestão 2017-2020. Saúde em Debate, p. 75-91, dezembro de 2019.

Observa-se que a maioria das regiões considera que mais de 50% dos princípios foram efetivados, a região Sul apresenta os maiores índices de implementação, quanto a nível de Brasil a universalidade se apresenta em 81% das regiões, sendo o princípio com maior índice de

implementação, seguido pela hierarquização 74%, a regionalização e a participação popular são os princípios com maiores *déficits* em sua execução.

Apesar de esses dados se referenciarem ao período anterior ao processo pandêmico do Covid-19, instaurado no mundo e consequentemente no Brasil, é fato que a saúde pública foi reinventada nos últimos meses, para garantir a universalidade e integralidade de forma dinâmica e com proporções gigantes para atender a demanda advinda dessa fase.

O Brasil é a 8º economia mundial, possui 40% da população na faixa da pobreza, gasta apenas 45% do seu Produto Interno Bruto-PIB em saúde, investe anualmente apenas 135 dólares *per capita* em saúde, considerando os setores público e privado, enquanto países desenvolvidos ou em desenvolvimento, a percentagem da saúde no PIB é de 12,2% (USA), 8% (Argentina), por exemplo (FORTES, 2007, p.11).

Apesar dos comandos constitucionais, é de se questionar se as elites políticas e econômicas acreditam e desejam a efetivação do direito à saúde em sua plenitude. Parece a resposta ser negativa, visto que 63,8% das mulheres brasileiras que vivem em regiões rurais não fazem o pré-natal e segundo estimativa, entre 15 e 20 milhões de pessoas não dispõem de quaisquer serviços de saúde, o grupo etário de 35 a 44 anos, aproximadamente tem problemas relacionados à qualidade na saúde bucal em virtude da falta de uma política pública para assistência bucal (FORTES, 2007, p.11).

O descumprimento do direito à saúde é facilmente identificável na má distribuição de serviços, nas extensas filas de emergência, na falta de Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs), na desmotivação de boa parte dos trabalhadores do setor, na necessidade de “pagamento por fora”, indevido e ilegal, nos serviços de saúde privada dos credenciados do SUS para se poder realizar atendimentos especializados e procedimentos cirúrgicos (FORTES, 2007, p.11)

Os meios de comunicação, constantemente, afirmam que os serviços de saúde principalmente os hospitalares são as instituições que existem maiores infrações aos direitos dos cidadãos, em virtude de ampla necessidade do serviço de saúde requerem o atendimento de instituições e profissionais, que em variadas situações perdem a condição de cidadania com passividade, dependência, bem como são submetidas a condutas paternalistas ou autoritárias (FORTES, 2007, p.11).

Diante de todo o contexto, o SUS completou 30 anos em 2020 e afirmou então o Ministro da Saúde Eduardo Pazuello. "Não existe outra saída para o nosso País com relação à saúde, que não seja o Sistema Único de Saúde forte e eficiente" (BRASIL, 2020).

> “Considerado um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, por meio dele a população brasileira tem a garantia de acesso integral, universal e gratuito e

> atendimento à Saúde. O Sistema foi criado pela Lei 8080/1990 que desde então levou a uma trajetória de muito esforço e desafios enfrentados, diariamente, para proporcionar e garantir o direito universal à saúde como dever do Estado" (BRASIL, 2020).

Os desafios são constantes e novas necessidades também, seja pelo enfrentamento de novas doenças como por exemplo a Covid-19 ou pela tentativa de incorporação no sistema de novos medicamentos e de tecnologias mais avançadas, porém o grande desafio é a oferta de serviços, pois a demanda e as mudanças tecnológicas são crescentes trazendo duas consequências: "a primeira é a oferta do serviço que precisa ser eficiente para atender em quantidade suficiente e em tempo oportuno todas essas demandas e necessidades, e a segunda é o desafio do financiamento, alocação de recursos para se ter uma base do melhor resultado possível" (BRASIL, 2020).

A médica Especializada em Saúde (SAES) do Ministério da Saúde, Maria Inês Gadelha exclamou que "O sistema de saúde nunca está completo, sempre com novas demandas, que são alimentadas pelo envelhecimento da população, como por exemplo, as implicações da pandemia do Covid-19" (BRASIL, 2020).

Se de um lado as necessidades de eficácia são constantes, do outro lado o SUS é um sistema que está à disposição de uma população estimada em 211.755.692 habitantes em 5.570 municípios(IBGE, 2020), cada cidadão com suas próprias particularidades podem usar o sistema quando dele necessitar, inclusive para atendimentos mais complexos, o que demanda alto custo aos cofres públicos e faz da saúde o epicentro das discussões políticas e jurídicas na contemporaneidade, discussão está longe de ser finalizada, contudo com necessidade de ser diuturnamente analisada, sob a perspectiva de atender com mais eficiência a população que clama por mais saúde.

6 Considerações finais

Verifica-se ao longo da análise que a Constituição de 1988 procura garantir os padrões mínimos de Direitos à Saúde, inclusive prevendo a parcela de financiamento de cada ente da Federação. Cabem aos Estados e Municípios complementar, regular, fiscalizar, gerir a saúde nos seus respectivos territórios.

Vê-se que em razão da execução dos serviços de saúde, os municípios são os entes que ficam com responsabilidade de efetivação dos serviços diretamente. Nesse aspecto, no contexto municipal, é observável que são inúmeros os desafios no âmbito da Atenção Básica, como por exemplo: a dificuldade de garantir insumos e medicamentos, a questão de fixar médicos foi

mais evidente nas Regiões Norte e Nordeste, e a maioria das regiões enfrentam problemas relacionados ao repasse das verbas, advindas dos estados, com base no que foi analisado nas figuras I e II.

Como resultado dos objetivos ora apresentados na presente pesquisa, encontrou-se que o direito fundamental à saúde vem sendo implantado aos poucos no país através dos princípios basilares e norteadores do SUS, advindos da CF/1988 e LOS/1990, ainda com um critério programático, por exemplo, corroborando a ideia de Ouverney (2019), a universalidade é considerada existente em 81% do país, a hierarquização em 74%, a universalidade em 72%, destarte a integralidade, descentralização, regionalização e participação popular que ainda ocupam baixos índices de efetivação, o que demonstra a dificuldade do país na sua implementação, efetivação de direitos e garantias evidenciados claramente com a análise da Tabela II.

Com relação à problemática pesquisada, percebeu-se que os motivos que dificultam a prestação de um serviço mais eficiente são os seguintes: para atenção básica é a garantia de chegada da verba referente a contribuição estadual; com relação à atenção especializada 71% do país tem dificuldade em garantir consultas, exames e internações em quantidade e qualidade; quanto a regionalização foi apontado a necessidade de fortalecimento da CIR (Comissão Inter gestora Regional); no que concerne ao planejamento, 66% apontam dificuldade em qualificar as equipes gestoras dos municípios; é apontado também a necessidade de formar conselheiros de saúde para desempenho das atividades; há a necessidade de ampliar o conhecimento dos órgãos judiciais quanto a gestão do SUS; e 52% dos gestores ainda apontam a dificuldade de implementar diretrizes de educação e gestão do trabalho para fixar trabalhadores nos municípios de acordo com a figura I.

Apesar de ampla, as tentativas de gestão e efetiva melhora no sistema, que é histórica e polêmica, os municípios são quem estão mais perto da população, dispõem de número menor de pessoas para gerir, com viabilidade para atender as demandas, com ajuda e parceria dos demais entes da federação.

Para efetivar essa divisão de tarefas, a Lei 8.080/1990, LOS, tratou de regulamentar de forma mais detalhada e dinâmica os dispositivos da CF/1988, tratando da promoção, proteção, recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços no país.

Sensibiliza, ainda, realçar que o processo de gestão de ações relacionadas à pandemia do Covid-19 sobrecarregou ainda mais o nível de planejamento e execução de ações voltadas para atender e cumprir com eficiência os comandos inscritos nos princípios preconizados pela Constituição Federal de 1988, pois os atendimentos por meio de centros e postos de saúde;

hospitais; laboratórios; bancos de sangue, também conhecidos por hemocentros; vigilâncias ambientais, sanitária, epidemiológicas; fundações e institutos que atuam com pesquisa acadêmica e científica sofreram um acúmulo de atendimentos consideravel no último ano, o que por certo aumenta o custo da prestação de serviços em saúde no país.

Por fim, o exercício do direito fundamental à saúde consta na Declaração de Direitos Humanos de 1948 e vários dispositivos relacionados a este direito fundamental foram inseridos na Constituição Federal de 1988, como sendo uma conquista mandamental da Saúde e um desejo realizado pelo povo, através do legislador constituinte originário, cujo conteúdo foi vislumbrado para sua efetivação plena.

Referências

ARAÚJO, Maria J. Bezerra. **Ações de Enfermagem em Saúde pública e em doenças transmissíveis.** Rio de Janeiro: 1990.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Publicada em 05 de outubro de 1988 no Diário Oficial da União, n° 191 A. Acesso 02 mar. 2021.

BRASIL. **Lei 8.080/1990. Lei Orgânica da Saúde**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=artigo%201%C2%BA%2>. Acesso em 18 de set. de 2020.

BRASIL. Decreto 7.508/2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso 2 mar. 2021.

CASA CIVIL. **Saúde Pública. O SUS completa 30 anos da criação.** Disponível em: < ww.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/setembro/sus-completa-30-anos-da-criacao>. Acesso em 2 de set. de 2020.

CONASS. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Legislação Estruturante do SUS. Para Entender a Gestão do SUS. Brasília. 1° Edição. 2011.

BRASIL. **Emenda Constitucional. Nº 29**, de 13 de setembro de 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm>. Acesso em: 19 de set. de 2020.

FORTES. Paulo Antônio de Carvalho. **Ética e Saúde.** São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 2007.

GIL. Antônio Carlos. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Editora Atlas, 2009.

HEERDT, Mauri Luiz; LEONEL, Vilson. **Metodologia científica e da pesquisa: livro didático.** 5. ed. rev. e atual. Palhoça: UNISUL Virtual, 2007.

IBGE. **Números do Censo 2020**. Disponível em: <enso2020.ibge.gov.br/sobre/numeros-do-censo.html#:~:text=Números%20d>. Acesso em 20 de setembro de 2020.

LAKATOS, MARCONI. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo: Editora Atlas, 2003.

LENZA, Pedro. **Direito Constitucional Esquematizado**. 14° ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

MARTINS. Sergio Pinto. **Direito da Seguridade**. 26° Edição. 2008. São Paulo: Atlas.

OUVERNEY, Assis Luiz Mafort et al. **Gestores municipais do Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas para o Ciclo de Gestão 2017-2020.** Saúde em Debate [online]. v. 43, n. spe7 [acessado 17 agosto 2020], pp. 75-91. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S706>.

SCATENA, João H.G. TANAKA, Oswaldo Y. **Os Instrumentos Normalizadores (NOB) no Processo de Descentralização da Saúde.** Acesso em 23 de set. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n2/05.pdf>.

SILVA. José, A. **Curso de direito constitucional positivo.** Salvador, JusPODIVM, São Paulo, Malheiros, 2020.

TEIXEIRA, Josenir. **Assuntos Hospitalares na Visão Jurídica**. 2° Edição. Goiânia: AB, 2009.

TONINI, Tereza; FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida. Organizadoras. **SUS e PSF para Enfermagem**. São Paulo: Yendis, 2007.