

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

SIDNEY RODRIGUES DE SOUZA JÚNIOR

**OS DESAFIOS ENFRENTADOS PELOS ENTES FEDERATIVOS NA
GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA**

VOLTA REDONDA

2018

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**OS DESAFIOS ENFRENTADOS PELOS ENTES FEDERATIVOS NA
GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA**

Monografia apresentada ao Curso de
Direito do UniFOA como requisito à
obtenção do título de bacharel em Direito.

Aluno:

Sidney Rodrigues de Souza Júnior

Orientador:

Prof. Benevenuto Silva dos Santos

VOLTA REDONDA

2018



Fundação Oswaldo Aranha



FOLHA DE APROVAÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso intitulado:

OS DESEMIOS ENFRENTADA PELAS BANCAS FEDERATIVAS NA GESTÃO
DO SERVIÇO DE SAÚDE PÚBLICA

Elaborado por SIDNEY RODRIGUES DE SOUZA J.R. apresentado publicamente perante a Banca Avaliadora, como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Direito.

Aprovada em 23 de MARÇO de 2018

Banca Avaliadora:

Professor Orientador - Unifoa

Professor Avaliador - Unifoa

Professor Avaliador - Unifoa

Dedico essa monografia a Deus e aos meus pais, Sidney e lara, que fizeram do meu sonho realidade, me proporcionando forças nos momentos mais difíceis.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus. Aos meus pais por todo apoio. Ao professor Benevenuto Silva dos Santos, pela orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão desta monografia e aos demais professores do UniFOA, pelos valiosos conhecimentos transmitidos. Por fim, a todos os amigos que sempre estiveram do meu lado.

RESUMO

O direito à saúde pública gratuita pode ser considerado uma das maiores conquistas dos cidadãos brasileiros com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o qual estabelece um dever a ser prestado pelo Estado, no sentido *lato sensu*. Pautado, principalmente, pelo princípio da dignidade da pessoa humana, houve a criação do Sistema Único de Saúde no ano de 1990, regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde, seguindo os preceitos constitucionais, dentre os quais, a descentralização. Apesar de alguns avanços e conquistas oriundas com a criação do SUS, há ainda muitos desafios e problemas que precisam ser enfrentados pelos entes federativos na gestão dessas ações e serviços. O presente trabalho aborda tais adversidades em relação à saúde pública, com enfoque nos recursos financeiros investidos no Sistema e a mudança no modo de financiamento do mesmo em 2017. Ainda traz uma análise do aumento da atuação do Poder Judiciário em demandas que envolvam a saúde, fenômeno conhecido por judicialização, como o fornecimento de medicamentos e tratamentos de alto custo, indicando suas causas e reflexos no orçamento público.

Palavras-chave: Saúde pública; Dignidade da pessoa humana; Sistema Único de Saúde; Descentralização; Desafios; Judicialização.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 DIREITO À SAÚDE.....	9
2.1 Evolução histórica no Brasil.....	9
2.2 Reforma administrativa e reflexos na organização da Saúde pública.....	12
2.3 Surgimento do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) e do Sistema Único (SUS).....	13
2.4 A Constituição Federal de 1988 e o Princípio da dignidade da pessoa humana	15
2.5 Os Princípios da reserva do possível e da proporcionalidade	18
3 O PERFIL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	23
3.1 A assistência à saúde e os serviços públicos	23
3.2 Princípios doutrinários do Sistema.....	24
3.3 Princípios organizativos	27
3.4 Federalismo no Brasil e a competência da União, Estados e Municípios na organização da saúde pública	31
4 OS PROBLEMAS ENFRENTADOS PELO SUS NA ATUALIDADE.....	35
4.1 O modelo de financiamento do Sistema e sua atual mudança.....	35
4.2 Debate acerca da verdadeira origem dos problemas na prestação da saúde... ..	40
4.2.1 A questão do saneamento básico no Brasil.....	44
4.3 Uma breve análise da atuação do Poder Judiciário em demandas envolvendo o Direito à Saúde.....	45
4.4 Uma sintética comparação com o modelo de gestão da saúde pública adotada por outros países.	50
5 CONCLUSÃO	52
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por objetivo abordar os problemas enfrentados pelos entes federativos na prestação da saúde pública. É notório o fato que o direito à saúde é constitucionalmente previsto na Carta Magna de 1988 e deve ser efetivado pelo Estado. Contudo, apesar de algumas conquistas provenientes com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, há desafios ainda a serem vencidos pelos gestores da Administração Pública.

A monografia se inicia com a evolução histórica da saúde no país da Era Vargas até a criação do SUS, analisando os reflexos do surgimento do Sistema na organização da saúde. Discute-se ainda a influência do princípio da dignidade da pessoa humana na promulgação de direitos na Constituição Federal e como a reserva do possível e a proporcionalidade, invocados pelo Estado, se situam no ordenamento jurídico brasileiro.

No terceiro capítulo, o trabalho traça um perfil do Sistema Único de Saúde de modo a abordar os princípios que atuam sobre o SUS. Traz, por conseguinte, a divisão que a Constituição e a Lei Orgânica da Saúde estabelecem na competência de gestão e atuação dos entes federados para prestar os serviços de saúde, seguindo o modelo do federalismo por cooperação.

O quarto capítulo expõe os principais problemas enfrentados pela saúde atual, abordando a mudança no modelo de financiamento do Sistema como uma solução encontrada pelo Ministério da Saúde para tornar mais eficaz o investimento dos recursos públicos. Aborda ainda a atuação do Judiciário nos processos envolvendo o direito à saúde nos casos em que o Poder Público não consegue ser eficiente na garantia dos direitos e propõe um debate sobre o aumento da intervenção de tutelas jurisdicionais aos entes federativos nos últimos anos. Ao final, busca realizar uma rápida comparação com os investimentos feitos pelo Brasil e outros países, quais sejam, da América e da Europa.

Sendo o presente trabalho elaborado através de análises jurisprudenciais, doutrinárias, artigos jurídicos e consulta à Constituição Federal, Leis ordinárias, Decretos e Portarias.

2 DIREITO À SAÚDE

2.1 Evolução histórica no Brasil

O marco inicial para mostrar a evolução histórica do Direito à Saúde no Brasil será a Era Vargas, período compreendido entre 1930 à 1945, passando pela efetiva criação do Ministério da Saúde como uma unidade própria através da Lei 1.920 de 1953.

Cumprе ressaltar que o Ministério da Saúde era vinculado com a pasta da Educação, a qual fora criado em 1930, logo após Getúlio Vargas assumir o Poder. Em seguida, para dispor sobre a composição desse novo Ministério, o organizou em quatro departamentos, entre os quais, destaca-se o Departamento Nacional de Saúde Pública.

Nesse momento, Vargas priorizou ações e políticas voltadas para as camadas sociais mais pobres da população. Como exemplo desse fato, pode-se mencionar o artigo décimo¹ da Constituição promulgada em 1934, momento em que a saúde recebeu atenção pela primeira vez na história do país.

Ana Luce Girão Soares de Lima e Maria Marta Saavedra Pinto explicam que, pela primeira vez na história do País, a saúde figurou como um dever constitucional a ser prestado pelo Estado. Uma série de fatores que estavam ocorrendo à época podem explicar essa preocupação do Governo Vargas em tentar garantir que todos pudessem ter acesso à uma saúde básica, conforme ditam a seguir:

A aceleração do processo de urbanização, a ampliação da massa trabalhadora em precárias condições de higiene, saúde e habitação, a acumulação de capital industrial, próprios dessa economia em expansão, todos esses aspectos faziam com que a sociedade demandasse políticas sociais capazes de dar conta dos problemas mencionados, sobretudo os de saúde. O Estado passou a não mais responder à questão social de maneira

¹ Art 10 - Compete concorrentemente à União e aos Estados:

[...]

II - cuidar da saúde e assistência públicas;

parcial e policial, à proporção que os problemas de saúde passaram a ser tratados como fatos políticos inseridos nas relações de poder².

Em 1937, Getúlio deu um golpe de Estado, dando origem a um novo período de seu governo, que foi o Estado Novo. Esse novo governo foi caracterizado, principalmente, por ser uma ditadura e pela centralização do poder. Com isso, houve algumas alterações no Ministério da Saúde e Educação Pública, inclusive no modo de atuação no DNS (Departamento Nacional de Saúde Pública).

Por consequência, também houve uma centralização em relação aos serviços de saúde. Ainda nas palavras de Ana Luce Girão Soares de Lima e Maria Marta Saavedra Pinto:

A política de saúde do Estado Novo foi portanto marcadamente centralizadora. Caracterizou-se pela estruturação dos departamentos estaduais de saúde com a seguinte composição: uma diretoria, uma coordenação de órgãos centralizados tais como o de combate à tuberculose e à lepra e uma coordenação dos órgãos descentralizados nos centros de saúde e postos e higiene para a área rural. Durante esse período deu-se a intensificação do sanitarismo campanhista, crescente desde a gestão de Carlos Chagas no DNSP³.

Apesar de o período ficar marcado pela ditadura, a Constituição outorgada em 1937 manteve a saúde ainda como um dever estatal. No plano prático, houve alguns avanços nos serviços de saúde como ampliação da rede pública de centros e postos de saúde, e a instalação de hospitais gerais, sanatórios para tuberculose, leprosários, entre outros⁴.

Entretanto, havia ainda muitos problemas a serem solucionados pelo governo à época, já que em muitos lugares do país não havia sequer o saneamento básico. É o que afirmam, por exemplo, Heitor Humberto do Nascimento Carvalho e Márcio Alexandre da Silva Pinto:

Na realidade, o país continuava a ser uma sociedade de homens doentes, mesmo com a sensível diminuição das mortes por enfermidades epidêmicas

² LIMA, Ana Luce Girão Soares de; PINTO, Maria Marta Saavedra. **Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde**. Manguinhos: Fiocruz, 2003, p. 1044-1045. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v10n3/19311.pdf>>. Acesso em: 04 de out. de 2017.

³ *Ibidem*, p. 1045.

⁴ *Ibidem*, p. 1048.

durante a Era Vargas e mesmo com a expansão médico-hospitalar e das novas técnicas de controle das endemias rurais, por meio de um convênio firmado com a Fundação Rockefeller, criada em 1913 nos Estados Unidos., as chamadas doenças de massa continuavam a proliferar. Por exemplo: esquistossomose, tuberculose, doença de Chagas, hanseníase, doenças gastrointestinais e sexualmente transmissíveis⁵.

Ademais, o problema da desigualdade social continuava a existir no Brasil, pois apenas as pessoas que possuíam boas condições financeiras ou pertenciam a classes trabalhistas organizadas detinham o acesso à saúde, enquanto que o restante da sociedade ficava sem o devido atendimento ou eram atendidos em instituições de caridade.

Em 1945, com o fim do Estado Novo, Getúlio Vargas saiu do Poder, dando início a um novo período de redemocratização. Com isso, debates começaram a surgir sobre o modelo que deveria ser adotado no País em relação as ações e serviços de saúde pública, ou seja, havia dúvidas se a centralização da Administração continuaria a ser seguida nesse novo momento. Também de acordo com Ana Luce Girão Soares de Lima e Maria Marta Saavedra Pinto:

Com a queda do Estado Novo, delineou-se uma crise crescente da política nacional de saúde, recolocando em debate a forma como vinham se estruturando os serviços de saúde. [...] Travava-se também um debate sobre a questão administrativa, girando em torno da centralização ou descentralização da estrutura sanitária indagava-se se os serviços de saúde deveriam ser municipalizados, administrados pelas comunidades locais ou deveriam seguir um modelo único, vertical e centralizado⁶.

Em 1953, com a criação do Ministério da Saúde desvinculada com a pasta da Educação, começaram a ser implantadas outras ações na área da assistência à saúde. Apesar disso, nos primeiros anos após a sua criação, o Ministério enfrentou problemas estruturais e financeiros devido à falta de verbas necessárias à sua manutenção e funcionamento.

⁵ CARVALHO, Heitor Humberto do Nascimento; PINTO, Márcio Alexandre da Silva. A evolução do Direito à Saúde Pública na cidadania brasileira. In: **Horizonte Científico**. Volume 4, n. 2, jan. de 2010, Uberlândia, p.9. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/horizontecientifico/article/view/4402/6668FirefoxHTML%5CShell%5COpen%5CCommand>>. Acesso em: 04 de out. de 2017.

⁶ LIMA; PINTO, op cit, p. 1049.

As referidas autoras também destacam conquistas importantes para a sociedade brasileira da época, como a criação em 1956 do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), vinculado ao Ministério da Saúde, que visava o combate a algumas doenças que mais contribuíam para aumentar o índice de mortalidade da população, o que se verifica mais precisamente nas seguintes palavras:

A criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), em 1956, vinculado ao Ministério da Saúde. Esse órgão representava o movimento de estruturação de instituições de saúde pública, estabelecendo-se que atuaria tanto no combate a enfermidades endêmicas, sob a responsabilidade do DNS, quanto no combate a doenças remanescentes, como febre amarela, malária e peste. O DNERu organizou e implementou várias campanhas na área de saúde pública, entre as quais podemos citar: de erradicação da malária nos anos 1960 e 1970; de erradicação da varíola, iniciada em 1958; e a campanha nacional contra a lepra, em 1959⁷.

Importante destacar a realização, no ano de 1963, da III Conferência Nacional da Saúde (CNS), convocada pelo ministro Wilson Fadul, que tinha por objetivo a reorganização dos serviços de assistência médica-sanitária nos níveis federal, estadual e municipal, além da fixação de um Plano nacional de Saúde.

2.2 Reforma administrativa e reflexos na organização da saúde pública

Em 1967, houve uma Reforma Administrativa Federal e o Ministério da Saúde ficou responsável pela coordenação e formulação da Política Nacional de Saúde⁸.

Pelo artigo 39 do Decreto-Lei n. 200/67, foram fixadas as seguintes áreas de competência para delimitar a atuação do referido órgão na execução de ações e serviços: política nacional de saúde; atividades médicas e paramédicas; ação preventiva em geral, vigilância sanitária de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos; controle de drogas, medicamentos e alimentos e pesquisa médico-sanitária⁹.

⁷ LIMA; PINTO, op cit, p.1049-1050.

⁸ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Do sanitário à municipalização**. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>>. Acesso em: 03 de out. 2017.

⁹ BRASIL. **Decreto-Lei n. 200, de 25 de fevereiro de 1967**. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Diário Oficial [da] República do Brasil. Poder Executivo. Brasília, DF, 25 de fevereiro de 1967.

Convém observar que a política de saúde estava vinculada ao sistema previdenciário, através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia federal vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social¹⁰.

No início da década de 1970 teve início a Reforma Sanitária ou Movimento Sanitarista em um contexto político marcado pela ditadura militar, no período de maior repressão e autoritarismo no país. Um de seus principais líderes era o médico sanitarista Sérgio Arouca¹¹, que defendendo a universalidade, possuía uma visão social acerca do Direito à Saúde.

Uma das propostas mais importantes do Movimento era transferir o INAMPS para o Ministério da Saúde. Essa autarquia fora criada em 1974 e tinha por objetivo prestar assistência médico-hospitalar para quem contribuía com a Previdência Social, ou seja, aqueles que possuíam carteira assinada.

Desse modo, como não havia ainda nenhuma lei ou norma positivada que assegurasse que o Direito à saúde deveria ser prestado a todos, sem que houvesse nenhuma distinção entre os indivíduos por quaisquer motivos, a reforma sanitária foi ganhando força e adeptos a partir da década de 1980.

2.3 Surgimento do Sistema Único e Descentralizado de saúde (SUDS) e do Sistema Único (SUS)

Nesse sentido, destaca-se a realização da 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS) na cidade de Brasília em 1986, o qual consagrou os ideais defendidos durante o Movimento Sanitarista. Um dos resultados importantes da CNS foi a implantação em 1987 do SUDS (Sistema Unificado de Descentralização de Saúde), considerado o antecessor do SUS.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del0200.htm>. Acesso em: 06 de out. de 2017.

¹⁰ INPS. **Verbete**. Disponível em: <<http://www.fgv.br/cpd/doc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-previdencia-social-inps>>. Acesso em: 04 de out. de 2017.

¹¹ AROUCA, Sérgio. **Reforma Sanitária**. Disponível em: <<https://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: 06 de out. de 2017.

Sobre esse Sistema, importante se faz destacar o seu processo de formação e importância posterior no surgimento do Sistema de Saúde Único, bem ilustrado pelo CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde):

Esse processo evoluiu com a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), implementado por meio da celebração de convênios entre o INAMPS e os Governos Estaduais. Na verdade, o SUDS já era uma tentativa de se fazer o SUS ainda sem as necessárias definições constitucionais e de uma lei complementar [...] Se por um lado, isto significou um grande avanço, principalmente pelo fato de iniciar um sistema de saúde de caráter universal, por outro, parece ter criado uma certa confusão entre SUDS e SUS, que viria logo a seguir, e de entendimento sobre as verdadeiras regras legais que constituem o SUS. Por fim, todo esse processo culminou com a criação do SUS e a consagração de seus princípios e diretrizes na Constituição Federal de 1988 e em toda a legislação que regulamenta o sistema¹².

O SUDS adotou como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos¹³. Essas diretrizes elencadas foram de tão suma importância, pois serviram de base para os direitos sociais que foram positivados na Constituição Federal de 1988, entre eles, destaca-se o próprio direito à saúde.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 19 de setembro de 1990, através da Lei 8.080/90, representou uma consequência dos preceitos constitucionais. Logo após, surge a Lei 8.142/1990 para disciplinar o financiamento do Sistema, devido aos vetos do Presidente da República à época, Fernando Collor de Mello, em diversos artigos da Lei 8.080/90.

A implantação do Sistema, de maneira a estabelecer competências aos entes federativos para prestarem de modo organizado os serviços de saúde pública, foi

¹² CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: Conass, 2003, p.15. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf>. Acesso em: 09 de out. de 2017.

¹³ VECINA NETO, Gonzalo; CUTAIT, Raul; TERRA, Valéria. Notas explicativas. Um pouco de história. In: **Saúde e cidadania**. Disponível em: <http://portales.saude.sc.gov.br/arquivos/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/extras/notas.html>. Acesso em: 05 de out. de 2017.

motivo preponderante para o surgimento de inúmeras normas operacionais do SUS na década de 1990. De acordo com o CONASS:

A partir das definições legais estabelecidas pela Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde, se iniciou o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), sempre de uma forma negociada com as representações dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde. Esse processo tem sido orientado pelas Normas Operacionais do SUS, instituídas por meio de portarias ministeriais. Estas normas definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que Estados e municípios possam assumir as novas posições no processo de implantação do SUS [...] Desde o início do processo de implantação do SUS, foram publicadas três Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS 01/91, NOB/SUS 01/93 e NOB/SUS 01/96). Em 2001 foi publicada a primeira Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS/SUS 01/01) que foi revista e publicada em 2002, a qual se encontra atualmente em vigor (NOAS/SUS 01/02)¹⁴.

No ano de 2006, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 699/GM, a qual ficou conhecida como "Pacto Pela Saúde", que possuía como objetivos, entre outros, redefinir algumas atribuições dos entes na gestão dos serviços de saúde e também traçar novas metas e diretrizes relacionadas ao SUS¹⁵.

Com as novas atribuições advindas por essa Portaria, houve uma tentativa de reforçar a cooperação que União, Estados-Membros e Municípios devem possuir entre si a fim de promoverem uma melhor gestão para a promoção da saúde e, por consequência, gerar uma maior qualidade e eficácia nos serviços prestados aos cidadãos.

2.4 A Constituição Federal de 1988 e o princípio da Dignidade da pessoa humana

Nota-se, a partir da leitura do texto constitucional, que o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana é de suma importância para todo o ordenamento

¹⁴ CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, op cit, p. 16-17.

¹⁵ BRASIL. **Portaria n. 699, de 30 de março de 2006**. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Diário Oficial [da] República do Brasil. Poder Executivo. Brasília, DF, 30 de março de 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0699_30_03_2006.html>. Acesso em: 16 de out. de 2017.

jurídico, haja vista ser um dos fundamentos que regem a República Federativa do Brasil, conforme art. 1º de nossa Carta Magna¹⁶.

Inicialmente, para se abordar sobre a dignidade da pessoa humana, é necessário estabelecer o conceito de saúde. Haja vista se tratar de um conceito aberto e muito amplo, no presente trabalho se adotará como referência a definição dada pela Organização Mundial da Saúde.

A OMS define saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades"¹⁷. Assim, ela está relacionada ao modo como o indivíduo se organiza na sociedade, ou seja, se este possui um vínculo saudável na relação empregador-empregado, se adota bons padrões de vida ao praticar exercícios físicos, por exemplo.

Sendo assim, a saúde, tal como é conceituada, deve ser pensada com o fim de beneficiar toda coletividade e não apenas determinados grupos de indivíduos. Pode-se afirmar que essa visão mais voltada para o lado social teve na Declaração dos Direitos Humanos promulgada pela ONU em 1948 a sua primeira forma de manifestação. Tal situação pode ser comprovada ao se analisar o disposto no seu artigo 25, nos seguintes termos:

Artigo 25

1. Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle¹⁸.

¹⁶ Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

[...]

III - a dignidade da pessoa humana;

¹⁷ OMS. **Constituição Da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946**. Universidade de São Paulo - USP. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMSOrganiza%C3%A7%C3%A3oMundialdaSa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 18 de out. 2017.

¹⁸ ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10133.htm>. Acesso em: 16 de out. de 2017.

Nesse momento, surge o princípio da dignidade da pessoa humana e passa a ter influência no ordenamento jurídico de vários países. Por oportuno, salienta Luís Roberto Barroso:

A transposição do princípio da dignidade da pessoa humana dos planos religioso e ético para o domínio do Direito não é uma tarefa singela. Logo após a Segunda Guerra Mundial, passou ele a figurar em documentos internacionais, como a Declaração dos Direitos Humanos (1948), e em Constituições como a italiana (1947), a alemã (1949), a portuguesa (1976) e a espanhola (1978)¹⁹.

Em relação ao Brasil, ainda nessa época, o direito à saúde, apesar de ser considerado um dever estatal já previsto na Constituição de 1934, conforme abordado anteriormente neste trabalho, ainda não era considerado um direito fundamental de todos, haja vista que nem todas as pessoas detinham acesso a saúde básica. Isso se explica pelo fato de que no período antecedente a Constituição Federal de 1988, por exemplo, apenas as pessoas que contribuíam para a Previdência Social detinham o acesso à saúde, em uma fase que ficou conhecida como previdencialista.

A dignidade da pessoa humana estabelece a proteção da integridade humana e moral do ser humano, de modo que este não pode ser privado de direitos que reduzam suas chances de sobrevivência na sociedade. Nesse sentido, Luís Roberto Barroso é enfático ao afirmar que:

O princípio da dignidade da pessoa humana expressa um conjunto de valores civilizatórios que se pode considerar incorporado ao patrimônio da humanidade, sem prejuízo da persistência de violações cotidianas ao seu conteúdo. [...] No seu âmbito se inclui a proteção do *mínimo existencial*, locução que identifica o conjunto de bens e utilidades básicas para a subsistência física e indispensável aos desfrutes do direito em geral. [...] O elenco de prestações que compõem o mínimo existencial comporta variação conforme a visão subjetiva de quem o elabore, mas parece haver razoável consenso de que inclui, pelo menos: renda mínima, saúde básica e educação fundamental [...] ²⁰.

Assim, para a saúde ser considerada universal e um direito de todos no país, o princípio estudado em questão teve uma enorme influência na promulgação dos

¹⁹ BARROSO, Luís Roberto. **Curso de Direito Constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2011, p. 274.

²⁰ *Ibidem*, p. 276.

direitos fundamentais previstos na Carta Magna de 1988, conforme previsto no artigo 6º²¹.

Nota-se também uma duplicidade de funções da dignidade da pessoa humana no sentido de servir de proteção de direitos contra medidas restritivas praticadas por qualquer indivíduo e, por outro lado, pode servir como justificativa de imposição quando se negue os direitos fundamentais, dentre eles, o direito à saúde.

Portanto, sendo um princípio fundamental, este tem por objetivo assegurar o mínimo de direitos aos indivíduos, não sendo permitido privilegiar um ser humano ao detrimento de outro. Assim, a dignidade da pessoa humana assume um papel de alicerce de todo o ordenamento jurídico, de modo a transformar o direito à vida em direito à vida digna.

2.5 Os princípios da reserva do possível e da proporcionalidade

Se, por um lado, o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana é um fundamento constitucional que garante aos cidadãos o acesso à saúde, devendo ser prestado pelo Estado, pode-se afirmar também que existem outros princípios presentes no ordenamento jurídico brasileiro em que os entes federados também levam em consideração no momento de efetivar os direitos fundamentais, já que envolve o gasto de recursos públicos.

Por sua vez, esses princípios não abstem o dever do Estado, pois não lhe é permitido mitigar totalmente o chamado Mínimo Existencial, conceito previsto no artigo 7º, inciso IV da Constituição Federal²².

²¹ Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

²² Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social:

[...]

IV - salário mínimo, fixado em lei, nacionalmente unificado, capaz de atender a suas necessidades vitais básicas e às de sua família com moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, com reajustes periódicos que lhe preservem o poder aquisitivo, sendo vedada sua vinculação para qualquer fim;

Em primeiro lugar, tem-se a Reserva do Possível que surgiu na Alemanha a partir dos anos 1970 em decorrência de um caso concreto, onde estudantes de medicina que não conseguiram acesso à universidade ajuizaram ações pleiteando vagas em face do Estado Alemão. Porém, o Tribunal indeferiu os pedidos fundamentando que não era razoável exigir daquele ente o oferecimento de vagas ilimitadas aos estudantes²³.

A partir daí, a referida Teoria se difundiu para inúmeros países, incluindo o Brasil, contudo, não passou a ter o mesmo sentido em vários territórios, em virtude das diferenças nas capacidades estruturais e socioeconômicas em cada um deles.

Bruno Prange Stiborski comenta exatamente essas distinções ao reforçar a ideia de que no Brasil, o referido princípio não tem o mesmo sentido original que o surgido nos Tribunais Alemães. O autor explica que sendo a Alemanha um país com maior recurso financeiro, a reserva do possível no país europeu não se relacionava com a capacidade econômica do Estado no momento de avaliar se tal direito fundamental deveria ser prestado ou limitado e sim com a razoabilidade das pretensões, conforme se extrai da seguinte lição:

Sem dúvidas, este traslado entre teorias estrangeiras, aplicadas em países com realidades sociais, culturas e condições diferentes, acaba fazendo com que o sentido destas teorias se percam em parte. Ora, a Alemanha, país onde surgiu a teoria da reserva do possível é um país central onde os cidadãos têm um padrão de vida excelente se comparado com a realidade do Brasil, onde milhões de pessoas vivem em condições de extrema pobreza, não tendo sequer o mínimo existencial à sua sobrevivência²⁴.

Com o propósito de explicar com maiores detalhes a Reserva do Possível, Ingo Wolfgang Sarlet e Mariana Filchtiner Figueiredo afirmam que o referido princípio se subdividiu em três dimensões a partir do conceito original surgido na Alemanha, nas seguintes palavras:

²³ RAMOS, Maria Barbabela de Castro. Cláusula da reserva do possível: a origem da expressão alemã e sua utilização no direito brasileiro. In: **Conteúdo Jurídico**. Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br/artigo_clausula-da-reservadopossivelaorigemdaexpressaoalema-e-sua-utilizacao-no-direito-brasileiro,49058.html>. Acesso em 18 de out. de 2018.

²⁴ STIBORSKI, Bruno Prange. **Reserva do possível; Origem, conceito e ordens**. Disponível em: <<https://bstiborski.jusbrasil.com.br/artigos/197458820/reserva-do-possivel-origem-conceito-e-ordens>>. Acesso em: 18 de out. de 2017.

A partir do exposto, há como sustentar que a assim designada reserva do possível apresenta pelo menos uma dimensão tríplice, que abrange a) a efetiva disponibilidade fática dos recursos para a efetivação dos direitos fundamentais; b) a disponibilidade jurídica dos recursos materiais e humanos, que guarda íntima conexão com a distribuição das receitas e competências tributárias, orçamentárias, legislativas e administrativas, entre outras, e que, além disso, reclama equacionamento, notadamente no caso do Brasil, no contexto do nosso sistema constitucional federativo; c) já na perspectiva (também) do eventual titular de um direito a prestações sociais, a reserva do possível envolve o problema da proporcionalidade da prestação, em especial no tocante à sua exigibilidade e, nesta quadra, também da sua razoabilidade [...]²⁵.

A primeira dimensão a qual aborda os autores se refere justamente a disponibilidade dos recursos financeiros dos Entes da Federação para efetivarem os direitos fundamentais e sociais constitucionalmente previstos, como a saúde, de modo que não seja tão oneroso capaz de comprometer o orçamento público, não sendo permitido, por outro lado, restringir totalmente os referidos direitos.

No tocante à segunda dimensão, esse ponto será devidamente discutido nos próximos capítulos desta presente monografia, os quais terão por escopo abordar o modelo federativo do Brasil e, mais ao final, analisar como o Poder Judiciário está atuando nas matérias envolvendo o Estado na prestação dos serviços de saúde pública aos cidadãos.

Por fim, a terceira dimensão acaba por abranger outro princípio, o da proporcionalidade, o qual será abordado neste mesmo capítulo. Gilmar Mendes faz a seguinte observação:

Portanto, a doutrina constitucional mais moderna enfatiza que, em se tratando de imposição de restrições a determinados direitos, deve-se indagar não apenas sobre a admissibilidade constitucional da restrição eventualmente fixada (reserva legal), mas também sobre a compatibilidade das restrições estabelecidas com o *princípio da proporcionalidade*²⁶.

²⁵ SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREIDO, 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/index.htm?http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao024/ingo_mariana.html>. Acesso em: 25 de out. de 2017.

²⁶ MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. Limitações dos Direitos Fundamentais. In: **Curso de Direito Constitucional**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2012, p. 258.

Leny Pereira da Silva discute sobre a proporcionalidade e afirma que essa teoria possui três dimensões ou critérios, nos seguintes termos:

[...] A doutrina, inspirada em decisões da Corte Constitucional Alemã, tem apontado três dimensões ou critérios do princípio da proporcionalidade: a adequação, a necessidade ou vedação de excesso e a proporcionalidade em sentido estrito. Será possível uma limitação a um direito fundamental se estiverem presentes na medida limitadora todos esses aspectos. Será possível uma limitação a um direito fundamental se estiverem presentes na medida limitadora todos esses aspectos²⁷.

Seguindo ainda a linha de raciocínio do jurista Gilmar Ferreira Mendes, o doutrinador constitucionalista expõe as limitações que podem atingir os direitos fundamentais e, nesse sentido, realiza uma análise sobre esses três critérios que foram supracitados no trabalho científico a respeito da proporcionalidade.

De início, o autor explica sobre o subprincípio da adequação, afirmando que este “exige que as medidas interventivas adotadas se mostrem aptas a atingir os objetivos pretendidos”²⁸. Dessa maneira, o Estado deve providenciar ações que venham a garantir efetivamente os direitos dos cidadãos, aplicando de maneira adequada o dinheiro público. Além de evitar eventual desperdício, é necessário um bom planejamento governamental com relação às despesas públicas para atender o que a adequação pretende.

Em seguida, tem-se o subprincípio da necessidade ou a vedação do excesso. Antes mesmo de avaliar se tal medida é adequada ou não, o Estado deve verificar a real necessidade antes de praticar qualquer gasto no orçamento público. Nesse sentido, Gilmar Mendes afirma que:

Assim, apenas o que é *adequado* pode ser *necessário*, mas o que é *necessário* não pode ser *inadequado*. [...] Positivo o teste da necessidade, não há de ser negativo o teste da adequação. Por outro lado, se o teste

²⁷ SILVA, Leny Pereira Da. **Direito à Saúde e o Princípio da Reserva do Possível**. 65 f. Monografia (Especialização). - Instituto Brasiliense de Direito Público - IDP. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/DIREITO_A_SAUDE_por_Leny.pdf>. Acesso em: 26 de out. de 2017.

²⁸ MENDES; BRANCO, op cit, p. 259.

quanto à necessidade revelar-se negativo, o resultado positivo do teste de adequação não mais poderá afetar o resultado definitivo ou final²⁹.

Ao final, há a proporcionalidade em sentido estrito, que se resume numa escolha definitiva feita pelo Estado da medida a ser prestada com base nos dois critérios anteriores: adequação e necessidade. Novamente, Gilmar Mendes faz o breve comentário a respeito desse critério:

De qualquer forma, um juízo definitivo sobre a proporcionalidade da medida há de resultar da rigorosa ponderação e do possível equilíbrio entre o significado da intervenção para o atingido e os objetivos pesquisados pelo legislador (*proporcionalidade em sentido estrito*). [...] A proporcionalidade em sentido estrito assumiria, assim, o papel de um *controle de sintonia fina* [...], indicando a justeza da solução encontrada ou a necessidade de sua revisão³⁰.

Enfim, pode-se resumir, pelo o que fora abordado, dois aspectos sobre a reserva do possível e da proporcionalidade. Em primeiro, esses dois princípios se relacionam também com os demais direitos fundamentais e não apenas o acesso à saúde pública e, em relação a esta propriamente, os princípios não possuem o objetivo de criar obstáculos para restringir este direito, mas, pelo contrário, de orientar o Estado a buscar soluções eficazes com a menor onerosidade possível.

²⁹ PIEROTH, Bodo; SCHLINK, Bernhard. *Grundrechte - Staatsrecht II*. 21. ed. Heidelberg: [s.n.], 2005, p. 67 *apud* MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. *Limitações dos Direitos Fundamentais*. In: **Curso de Direito Constitucional**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 259.

³⁰ *Ibidem*, p.259-260.

3 O PERFIL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

3.1 A assistência à saúde e os serviços públicos

Primeiramente, pode-se questionar se a assistência à saúde é um serviço público, pois ainda que prestada pelo Estado, existem agentes privados que atuam nesta área com objetivo de lucro. No presente tópico, tem-se por objetivo abordar a definição de serviço público, bem como expor as suas características e classificações.

De acordo com José dos Santos Carvalho Filho, os serviços públicos podem ser definidos "como toda atividade prestada pelo Estado ou por seus delegados, basicamente sob regime de direito público, com vistas à satisfação de necessidades essenciais e secundárias da coletividade"³¹.

O referido autor traz três características essenciais dos serviços públicos, quais sejam, sujeito estatal; interesse coletivo e regime de direito público³². Assim, em relação propriamente à saúde, pode-se afirmar que o Estado não tem a total titularidade deste serviço. O que torna a saúde um serviço público é o dever constitucional do Estado de prestá-la aos cidadãos e não o domínio, já que é permitida a prestação também pela iniciativa privada.

Esse questionamento é bem explicado também por José Carvalho dos Santos Filho:

Existem algumas atividades que, exercidas por particulares, poderiam indiciar, numa ótica genérica, a prestação de um serviço público, tendo em vista que inegavelmente se destinam ao bem-estar de grupos sociais ou de comunidades específicas da sociedade. É o caso de assistência médica ou de ensino proporcionados por pessoas privadas, como entidades religiosas e organizações não governamentais. Numa visão jurídica, entretanto, tais atividades não constituem serviços públicos, porque não são executadas sob regime jurídico de direito público, mas sim dentro do âmbito normal das pessoas privadas que têm na solidariedade ou assistência social um de seus objetivos institucionais. Mesmo que o Poder Público tenha o poder de regular e fiscalizar essas atividades, a atuação estatal se faz dentro do âmbito normal de controle, e não sob um sistema normativo específico,

³¹ CARVALHO FILHO, José dos Santos. **Manual de Direito Administrativo**. 28. ed. São Paulo: Atlas, 2015. p. 333.

³² *Ibidem*, p. 333-335.

destinado à detalhada disciplina da atividade. Por conseguinte, é mister distinguir: um posto médico municipal enseja a prestação de serviço público de assistência médica, mas um posto médico mantido por entidade religiosa reflete o exercício de atividade privada, embora também de assistência médica³³.

Por fim, o mesmo autor traz a classificação em: serviços delegáveis e indelegáveis; administrativos e de utilidade pública; coletivos e singulares e, ao final, sociais e econômicos³⁴.

Assim, a saúde, no momento em que é prestada pelo Estado, é um serviço delegável, consistente em um dever estatal mas também é permitido a particulares prestarem. Classifica-se como de utilidade pública, pois é destinado exclusivamente aos cidadãos, sendo coletivos pois se destina a um número indeterminados de indivíduos. Por fim, é classificado como um serviço social, onde o Estado busca atender aos anseios básicos da população com recursos provenientes, sobretudo, dos tributos arrecadados.

3.2 Princípios doutrinários do Sistema

Como já foi abordado no segundo capítulo deste trabalho, o princípio da dignidade da pessoa humana norteou a constitucionalização de direitos sociais como o direito à saúde. Ademais, se faz necessário abordar também outros princípios que orientaram a criação do Sistema Único de Saúde e permanecem até os dias atuais para influenciar o modo de organização do SUS.

Em primeiro lugar, pode-se afirmar que há uma subdivisão entre esses princípios em: doutrinários e organizativos. Em relação aos primeiros, tem-se, por exemplo, a universalidade, a equidade e a integralidade. Por outro lado, o artigo 7º da Lei 8.080/90 traz também outros princípios, os quais se relacionam com a organização do Sistema.

Desse modo, o presente capítulo começará por abordar sobre o princípio da universalidade. Este tem por finalidade primordial permitir que todos os cidadãos brasileiros tenham acesso aos serviços de saúde, não podendo haver nenhuma

³³ *Ibidem*, p. 335.

³⁴ *Ibidem*, p. 335-338.

espécie de restrição por conta de, por exemplo, classe social, religião, raça, cor, idade, sexo.

A Constituição Federal de 1988 na seção que aborda a saúde, mais especificamente no seu artigo 196, tem uma enorme influência do ideal de universalização³⁵.

Ademais, como a Lei 8.080/90, que criou o Sistema Único de Saúde, é uma legislação infraconstitucional, por consequência, acaba por seguir os preceitos constitucionais presentes em nossa Carta Magna. Prova disso se encontra em seu artigo 2º, caput, que também busca garantir a todos o acesso à saúde, nos seguintes termos: "A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício"³⁶.

Assim, a universalidade positivada constitucionalmente representou um "divisor de águas" na história do direito à saúde no país. Isso porque, conforme já explicado anteriormente neste trabalho, nem todas as pessoas detinham o devido acesso à saúde antes da promulgação da Constituição de 88, pois era necessária a prévia contribuição ao INAMPS. Carmen Fontes Teixeira reforça a importância desse processo da universalização para a sociedade brasileira, nas seguintes palavras:

A primeira delas, a barreira jurídica, foi eliminada com a Constituição Federal de 88, na medida em que universalizou o direito à saúde, e com isso, eliminou a necessidade do usuário do sistema público colocar-se como trabalhador ou como "indigente", situações que condicionavam o acesso aos serviços públicos antes do SUS. De fato, os trabalhadores "de carteira assinada", fossem empregados ou autônomos, ativos ou aposentados, trabalhadores urbanos ou rurais, e seus dependentes, tinham o direito assegurado aos serviços do antigo INAMPS, na medida em que contribuía (como contribuem ainda hoje) para a Previdência Social. Aos excluídos do mercado formal de trabalho restava a condição de "indigentes", pobres que recorriam às instituições filantrópicas ou, mais frequentemente, aos serviços públicos mantidos pelo Ministério da Saúde ou da Educação (Centros e

³⁵ Art. 196. 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.

³⁶ BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República do Brasil. Poder Executivo. Brasília, DF, 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 4 de ago. de 2017.

Hospitais universitários) e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde³⁷.

O segundo princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde a ser abordado é o da equidade. Para explicar o referido princípio, faz-se necessário, primeiramente, traçar um paralelo com a igualdade formal e material. A primeira estabelece que todos devem ser iguais perante à lei e, por outro lado, a material determina que os desiguais devem ser tratados na medida de suas desigualdades.

Conforme leciona José Afonso da Silva, Aristóteles foi responsável por inserir o princípio da igualdade na seara da filosofia, quando explicitou que “a igualdade consiste em tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, dando a cada um o que é seu”³⁸. Nesse sentido, pode-se afirmar que a equidade leva em consideração a igualdade material, na medida em que o SUS deve priorizar ações destinadas às parcelas mais pobres da sociedade brasileira, as quais não possuem condições de, por exemplo, contratarem os serviços ofertados pelos planos de saúde.

Ainda levando em consideração as palavras de Carmen Fontes Teixeira sobre a equidade:

Além de tudo isso, se coloca em cena o princípio da equidade, mais um dos princípios finalísticos do SUS e, atualmente, o tema central em todos os debates sobre as reformas dos sistemas de saúde no mundo ocidental. A noção de equidade diz respeito à necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais” de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade. O ponto de partida da noção de equidade é o reconhecimento da desigualdade entre as pessoas e os grupos sociais e o reconhecimento de que muitas dessas desigualdades são injustas e devem ser superadas. [...] A contribuição que um sistema de serviços de saúde pode dar à superação das desigualdades sociais em saúde implica redistribuição da oferta de ações e serviços, e na redefinição do perfil dessa oferta, de modo a priorizar a atenção em grupos sociais cujas condições de vida e saúde sejam mais precárias, bem como enfatizar ações específicas

³⁷ TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde**. Salvador, Bahia. Junho de 2011, p.3. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2016/encontro_internacional_saude/documentos/textos_referencia/07_principios_sistema_unico_saude.pdf>. Acesso em: 29 de out. de 2017.

³⁸ SILVA, José Afonso Da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 36. ed. São Paulo: Malheiros Editores LTDA, 2013, p.213.

para determinados grupos e pessoas que apresentem riscos diferenciados de adoecer e morrer por determinados problemas³⁹.

Por fim, tem-se a integralidade, a qual possui uma relação direta com a equidade, já que esta somente é alcançada por meio daquela. Ainda conforme a referida autora, que assim define a noção de integralidade para o SUS:

A noção de integralidade diz respeito ao leque de ações possíveis para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência a doentes, implicando a sistematização do conjunto de práticas que vem sendo desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde. A integralidade é (ou não), um atributo do modelo de atenção, entendendo-se que um “modelo de atenção integral à saúde” contempla o conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação. Um modelo “integral”, portanto, é aquele que dispõe de estabelecimentos, unidades de prestação de serviços, pessoal capacitado e recursos necessários, à produção de ações de saúde que vão desde as ações inespecíficas de promoção da saúde em grupos populacionais definidos, às ações específicas de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica dirigidas ao controle de riscos e danos, até ações de assistência e recuperação de indivíduos enfermos, sejam ações para a detecção precoce de doenças, sejam ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação⁴⁰.

Desse modo, a integralidade abrange todas as ações necessárias para uma boa qualidade dos serviços prestados à população, levando-se em conta, por exemplo, a incorporação de tecnologia material, a capacitação profissional em unidades médicas, entre outros elementos capazes de elevar o nível satisfatório do padrão técnico do SUS.

3.3 Princípios organizativos

Para abordar os princípios que influenciam a organização do Sistema Único de Saúde, é necessário realizar uma análise no artigo 7º da lei 8.080/90, que assim dispõe:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

³⁹ TEIXEIRA, op cit, p. 5.

⁴⁰ TEIXEIRA, op cit, p. 6.

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- [...]
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- [...]
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;⁴¹
- [...]

Como a universalidade, integralidade e a equidade são princípios que, apesar de estarem previstos no artigo acima, não orientam sobre o modo de organização do SUS, o presente tópico irá falar inicialmente da descentralização, que além de um princípio, consiste em uma diretriz prevista no artigo 198 da Constituição Federal⁴².

A descentralização nas palavras de Carmen Fontes Teixeira estabelece uma transferência do poder de decisão da esfera federal de governo para as estaduais e municipais⁴³. Essa afirmativa se fundamenta no fato de que o Brasil é um país de grandes dimensões territoriais e, assim, cada região possui particularidades distintas por questões de natureza econômicas, culturais, sociais e políticas.

Assim, foi necessário estabelecer funções e responsabilidades político-administrativas aos estados e municípios correspondentes às suas respectivas faixas territoriais como forma de garantir uma maior qualidade na prestação dos serviços de saúde aos cidadãos brasileiros. Segundo Gilmar Ferreira Mendes:

⁴¹ BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República do Brasil. Poder Executivo. Brasília, DF, 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 4 de ago. de 2017.

⁴² Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

[...]

⁴³ TEIXEIRA, op cit, p. 6.

Um dos pontos basilares do SUS é sua descentralização, por entender-se que, com essa, aspectos regionais de cada região, em um país marcado pela heterogeneidade, seriam preservados. Nesse aspecto, a importância da municipalização do financiamento e uma consequente diminuição centralizadora tornam-se relevantes⁴⁴.

Por fim, ainda como uma subdivisão do princípio da descentralização, estão a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde. Em relação à primeira, no ano de 2011, foi instituído o Decreto 7.508 para melhor dispor sobre ela e, especificamente no artigo 2º, definiu o termo Região de Saúde em:

Art. 2º Para efeito deste Decreto, considera-se:
I - Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde⁴⁵;
[...]

Assim, o objetivo é constituir uma integração entre os entes municipais limítrofes de forma a desenvolver em conjunto a política administrativa das ações e serviços de saúde. Carmen Fontes Teixeira assim explica a regionalização da saúde:

[...] A regionalização dos serviços implica a delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, que leva em conta a divisão político-administrativa do país, mas também contempla a delimitação de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde, subdivisões ou agregações do espaço político-administrativo [...]⁴⁶.

Ademais, a hierarquização do Sistema Único de Saúde traz um modelo que divide as unidades médico-hospitalares de acordo com o perfil de morbidade das doenças. Desse modo, como no nível primário estão as moléstias consideradas

⁴⁴ MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. Direitos Sociais. In: **Curso de Direito Constitucional**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2012, p. 700.

⁴⁵ BRASIL. **Decreto n. 7508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República do Brasil. Poder Executivo. Brasília, DF, 28 de junho de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 28 de out. de 2017.

⁴⁶ TEIXEIRA, op cit, p. 6-7.

mais corriqueiras, o SUS classifica como "baixa", enquadrando para esta hipótese as unidades básicas de atendimento⁴⁷.

O nível secundário fica com um padrão intermediário, sendo classificado em "média", e acaba por compreender os hospitais secundários e ambulatórios de especialidades e, ao final, o setor terciário fica com as situações mais complexas, são classificadas pelo SUS em "alta complexidade", abrangendo os hospitais terciários⁴⁸.

Conforme Paulo Eduardo Elias, abordando sua visão sobre o SUS, deve-se haver um cuidado com atendimentos de patologias mais simples em serviços tecnologicamente mais complexos, já que elas não necessitam dessa tecnologia para serem atendidas. Assim, ainda de acordo com o autor, a finalidade da hierarquização não é simplesmente a economia de gastos, mas a alocação segundo o critério de adequação à necessidade do procedimento a ser realizado⁴⁹.

Para encerrar o tópico sobre os princípios organizativos do SUS, tem-se a integração. Cabe ressaltar, primordialmente, que esta não se confunde com a integralidade, pois como já foi abordado no tópico anterior desta monografia, ela representa como o Sistema Único de Saúde deve ser desenvolvido, ou seja, tal como assim previsto no artigo 7º da lei 8.080/90, um conjunto articulado e conjunto das ações e serviços preventivos e curativos.

Já a integração é um pouco mais abrangente, já que envolve a preocupação com o meio ambiente e o saneamento básico. Trata-se de uma preocupação preventiva do legislador ordinário pois objetiva a prevenção de doenças causadas por agentes infecciosos provenientes de condições precárias de higiene em muitos lugares do nosso país. Ainda adotando as palavras de Carmen Fontes Teixeira sobre esse tema:

⁴⁷ INCOR. **Atendimento/consulta e exames/SUS/ Hierarquização**. Disponível em: <<http://www.incor.usp.br/sites/incor2013/index.php/sus/encaminhamento/12atendimento/consultaexamens/130-hierarquizacao>>. Acesso em: 04 de nov. de 2017.

⁴⁸ Idem.

⁴⁹ ELIAS, Paulo Eduardo *et al.* Uma visão do SUS. In: **SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**, volume 1. São Paulo: Editora Atheneu, 2008, p. 18.

A construção de um modelo de atenção integral à saúde pressupõe[...]a integração, tanto “vertical” quanto “horizontal” de ações que são desenvolvidas. No primeiro caso, situam-se, por exemplo, as ações de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica, escassamente desenvolvidas na maioria dos nossos sistemas municipais de saúde, bem como as ações de promoção da saúde, praticamente inexistentes em nosso sistema como um todo. No segundo caso, cabe articular ações de prevenção e de assistência que vem sendo historicamente desenvolvidas por instituições diferentes, com lógicas organizacionais distintas, como é o caso do antigo INAMPS, das antigas SES, da FUNASA, etc. hoje integradas no MS, SES e SMS, instituições envolvidas no processo de construção do novo modelo de atenção à saúde no SUS⁵⁰.

Desse modo, pode-se perceber que tanto os princípios doutrinários quanto os organizativos do Sistema Único de Saúde refletem a preocupação do legislador ordinário em seguir as diretrizes constitucionais, principalmente a dignidade da pessoa humana. Esse lado humanista presente no ordenamento jurídico brasileiro mostra que os direitos fundamentais, como a saúde, devem ser prestados pelo Estado à sociedade, de modo a garantir a dignidade de seus cidadãos.

3.4 Federalismo no Brasil e a competência da União, Estados e Municípios na organização da saúde pública

A Carta Magna de 1988, logo em seu artigo 1º com remissão ao artigo 18, dispõe sobre a organização político-administrativa do país e preceitua que o Brasil é formado e compreendido pela União, Estados-membros, Municípios e Distrito Federal, pessoas jurídicas de direito público interno, que são os chamados entes federativos.

Desse modo, o federalismo adotado pela Constituição Federal mostra que há três manifestações de poder em território brasileiro, quais sejam, nacional, regional e municipal. Nesse sentido, Manoel Gonçalves Ferreira Filho dá uma breve explicação sobre a tríplice estrutura do Estado Brasileiro:

A Constituição brasileira de 1988, no que segue a anterior, não se contenta em estabelecer a Federação, descentralizando o todo; estabelece também o municipalismo, impondo a descentralização das partes. Há em nossa Constituição três ordens e não duas, como é normal no Estado federal. Em

⁵⁰ TEIXEIRA, op cit, p. 7-8.

primeiro lugar, a ordem central - a União - em segundo lugar, ordens regionais - os Estados - em terceiro lugar, ordens locais - os Municípios⁵¹.

O doutrinador Alexandre de Moraes traz uma definição de federalismo em uma "aliança ou união de Estados, baseada em uma Constituição e onde os Estados que ingressam na federação perdem sua soberania no momento mesmo do ingresso, preservando, contudo, uma autonomia política limitada"⁵². Cabe ressaltar que a própria Constituição garante a autonomia dos Estados-membros e dos Municípios.

No que se refere a esta autonomia, o princípio federativo garante que os entes se organizem para prestarem os mais diversos serviços à sociedade, cada qual de maneira própria, de acordo com o binômio possibilidade-capacidade.

Cabe ressaltar que a Constituição Federal se caracteriza por ser rígida e para reformá-la é necessário um processo legislativo rigoroso para que uma proposta de Emenda Constitucional venha a ser aprovada. A forma federativa do Estado Brasileiro é de tão suma importância para a formação do Estado Democrático de Direito que a federação não pode vir a ser abolida por PEC, haja vista ser uma cláusula pétrea, como prevista no artigo 60, §4º, I da CF/88.

O modelo federativo brasileiro é pautado na cooperação entre os entes governamentais, de forma que os municípios assumem a gestão dos serviços que atendam às necessidades imediatas do cidadão. Aos Estados-membros cabem a atuação em setores complementares ou na inaptidão do município, o mesmo que ocorre com a União, a qual assume também e, principalmente, a função reguladora geral do sistema nacional de saúde.

O artigo 23 da Constituição Federal estabelece que é competência comum dos entes federados cuidar da saúde e assistência social, ou seja, todos devem

⁵¹ FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. O Estado Brasileiro. In: **Curso de Direito Constitucional**. 40. ed. São Paulo: Saraiva, 2015. Disponível em: <<https://app.saraivadigital.com.br/leitor/ebook:580826>>. Acesso em: 25 de mar. de 2018.

⁵² DALLARI, Dalmo de Abreu. Elementos de teoria geral do estado. 11. ed. São Paulo: Saraiva. 1985, p. 227 *apud* MORAES, Alexandre de. Organização Político-Administrativa. In: **Direito Constitucional**. 28. ed. São Paulo: Atlas, 2012, p. 286.

atuar de forma cooperada⁵³. Dessa forma, pode-se extrair dessa norma constitucional um federalismo por cooperação.

A própria lei 8.080/90 preceitua sobre a divisão de organização em relação a implementação e direção do SUS para definir os gestores responsáveis em cada esfera de governo. Desse modo, o artigo 9º desta Lei prevê a seguinte repartição:

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:
 I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
 II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e
 III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente⁵⁴.

Vale ressaltar que os Estados e Municípios também possuem competência para legislar sobre os serviços de saúde de forma subsidiária à União e restrita à respectiva abrangência territorial, regra definida pela própria Constituição no artigo 24.

O artigo 200 da Carta Magna ainda prevê, através de um rol exemplificativo, atribuições ao Sistema Único de Saúde, nos seguintes termos:

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:
 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)

⁵³ Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

[...]

II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;

⁵⁴ BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República do Brasil. Poder Executivo. Brasília, DF, 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 04 de ago. de 2017.

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 trabalho⁵⁵.

A Lei 8.080/90 preceitua também atribuições de competências ao nível federal, estadual e municipal relacionadas ao funcionamento do Sistema Único de Saúde nos artigos 16, 17 e 18, respectivamente, enquanto que o Distrito Federal possui competência nas atribuições dos Estados e Municípios, conforme artigo 19 do diploma legal.

Em suma, a União é responsável por repassar verbas aos outros entes e custear medicamentos de alto custo e complexidade, que não são de competência nem de municípios e Estados-membros. Estes são responsáveis também por transferir recursos financeiros à saúde municipal e executar ações consideradas menos complexas em relação ao nível federal, mas que não são de suporte para os municípios, que devem, por sua vez, se concentrar nas políticas locais de saúde.

⁵⁵ BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988. Brasília, Distrito Federal: Senado Federal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 02 de ago. de 2017.

4 OS PROBLEMAS ENFRENTADOS PELO SUS NA ATUALIDADE

4.1 O modelo de financiamento do Sistema e sua atual mudança

Sabe-se que o Sistema Único de Saúde ainda encara diversos e sérios desafios nos dias atuais. Muitos são os casos divulgados na mídia em jornais, internet e televisão, por exemplo, que envolvem a falta de infraestrutura e a insuficiência de médicos, medicamentos, equipamentos e instalações em hospitais da rede pública, bem como enormes filas em busca de atendimento nessas unidades clínicas, entre outras dificuldades enfrentadas por inúmeras pessoas.

Cabe ressaltar que cada região do país possui suas peculiaridades e características, conforme já abordado neste trabalho no momento em que se discutiu a descentralização dos serviços de saúde.

Por consequência, os problemas existentes na saúde em um determinado município localizado na região norte do Brasil podem ser originados por fatores distintos que naquele localizado na região sudeste, por exemplo.

Antes de adentrar no debate acerca da origem dos referidos problemas supracitados, é necessário também explicar como se dá o financiamento do SUS e a forma de repasse aos estados da federação e municípios, que é regulamentado pela Portaria 204 do Ministério da Saúde de 29 de janeiro de 2007.

Este ato administrativo estabelece que a União, Estados e Municípios, por meio da desconcentração, respectivamente, ao Ministério da Saúde, às Secretarias Estaduais e às Secretarias Municipais de Saúde são responsáveis pelo financiamento do Sistema. Regulamenta ainda que os recursos federais devem ser transferidos aos demais entes através de blocos de financiamento.

Essa regra fica bem evidenciada ao se analisar os artigos 2º ao 5º da referida Portaria:

Art. 2º O financiamento das ações e serviços de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde.

Art. 3º Os recursos federais destinados às ações e aos serviços de saúde passam a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento.

Parágrafo único. Os blocos de financiamento são constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde pactuados.

[...]

Art. 4º Estabelecer os seguintes blocos de financiamento:

I - Atenção Básica

II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;

III - Vigilância em Saúde;

IV - Assistência Farmacêutica; e

V - Gestão do SUS.

VI - Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

[...]

Art. 5º Os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento serão transferidos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento, observados os atos normativos específicos⁵⁶.

[...]

A Lei Complementar 141/2012 também regulamenta o financiamento do SUS e, em especial, determina um limite percentual orçamentário a ser investido pelos entes federativos nos serviços de saúde, conforme ordem constitucional⁵⁷. O artigo 198, §2º, I da Constituição Federal preceitua que "no caso da União, a receita

⁵⁶ BRASIL. **Portaria n. 204, de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial [da] República do Brasil. Poder Executivo. Brasília, DF, 29 de janeiro de 2007. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html>. Acesso em: 24 de fev. de 2018.

⁵⁷Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes

[...]

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

[...]

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º.

[...]

corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento)".

Em relação ao caso específico dos Estados, de acordo com o artigo 6º, estes deverão aplicar, no mínimo, 12% do produto arrecadado em impostos nos serviços de saúde, enquanto que o percentual dos municípios se dá em 15% pelo artigo 7º⁵⁸. Cabe ressaltar, inclusive, que a Constituição prevê até a possibilidade de intervenção da União nos Estados-membros e estes nos Municípios, conforme os artigos 34 e 35, nos casos em que não houver o cumprimento dos percentuais de investimento mínimo.

No que se refere ao Distrito Federal, deve-se fazer uma observação ao ente, haja vista a existência da dupla competência no que tange ao recolhimento de impostos. Assim, em relação ao total da arrecadação de impostos estaduais, aplica-se a regra do artigo 6º, e aos municipais, do artigo 7º da referida Lei Complementar.

Com o projeto SUS Legal, como ficou conhecida a Portaria 3.992 de 28 de dezembro de 2017, houve uma alteração muito importante em relação aos referidos blocos de financiamento previstos na Portaria 204. Isso porque, ao invés de seis, a mudança provocou a formação de apenas duas formas de financiamento: a de investimentos, tal como já preceituado, e a de custeio, que incluiu todos os outros cinco blocos previstos anteriormente.

De acordo com Ricardo Barros, atual ministro da Saúde, a nova regulamentação, além de evitar o entrave dos recursos transferidos pela União, irá

⁵⁸ Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea "a" do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

[...]

Art. 7º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea "b" do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal.

[...]

permitir uma maior autonomia e flexibilidade aos municípios no momento de realizarem a aplicação desses recursos financeiros⁵⁹.

Pode-se exemplificar a afirmação supracitada da seguinte maneira: antes do Projeto SUS Legal, se um município recebia uma determinada verba x, essa receita ficaria vinculada à área de investimentos e em cada uma das outras cinco formas previstas no artigo 4º da Portaria 204/2007. Com isso, se o recurso era destinado à Atenção Básica, o chefe do Poder Executivo não poderia transferir essa verba para aplicar em Vigilância em Saúde por estarem situados em blocos distintos de financiamento. Esse fato acabava por, muitas vezes, ocasionar a estagnação de recursos.

Com a modificação, os municípios e estados irão adquirir, teoricamente, de acordo com essa visão, uma maior liberdade na destinação da verba recebida, tendo em vista a criação de um bloco para fins de custeio, que não vinculou nenhuma área específica de saúde para aplicação dos recursos. Assim, a responsabilidade dos gestores municipais e estaduais aumentaria no momento de avaliarem a necessidade e conveniência para uma maior eficácia ao alocarem as verbas destinadas aos serviços de saúde.

Ao mesmo tempo, por não ficarem adstritos apenas às referidas hipóteses de financiamentos, como previstos na referida Portaria, nascem uma maior autonomia e flexibilidade aos entes federativos, derivadas da opinião formulada que fora supracitada.

Não obstante, o Ministério da Saúde ao divulgar o Projeto SUS Legal estabeleceu outros objetivos que se pretende alcançar com a reformulação do sistema de financiamento. Entre os quais, pode-se destacar: fortalecer o processo de planejamento no SUS, visando a desburocratizar o excesso de normas para assegurar o melhor uso dos recursos públicos; garantir que o repasse de recursos

⁵⁹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Novo modelo de financiamento do SUS garante eficiência no uso de recursos**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/component/tags/tag/sus-legal>>. Acesso em: 03 de mar. de 2018.

se transforme efetivamente em ações e serviços aos cidadãos; adequar a aplicação dos recursos às necessidades locais⁶⁰.

Vale ressaltar, ao final, que o artigo 35 da Lei 8.080/90 permite a alteração do modo de financiamento do SUS, em virtude dos critérios previstos nos incisos, conforme assim previsto:

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

- I - perfil demográfico da região;
- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo⁶¹.

Desse modo, a justificativa do Ministério da Saúde em alterar o modo de financiar o SUS encontra fundamento legal, principalmente, no que diz respeito aos incisos I, II, III do artigo supracitado, respectivamente, nos perfis demográficos e epidemiológicos de cada população e nas características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área, por exemplo.

Assim, tem-se por objetivo gerar uma maior efetividade às políticas locais de serviços de saúde, de maneira a priorizar as necessidades de cada município e estado-membro.

⁶⁰ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O SUS Legal**. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2017/01/O-SUS-LEGAL.pdf>>. Acesso em: 04 de mar. de 2018.

⁶¹ BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República do Brasil. Poder Executivo. Brasília, DF, 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 04 de ago. de 2017.

4.2 Debate acerca da verdadeira origem dos problemas na prestação da saúde

Em razão do encerramento do tópico que abordou a mudança no modo de financiamento do SUS, abre-se espaço, então, na presente monografia, para a abordagem de um debate sobre a origem dos problemas na prestação da saúde, levando em consideração alguns motivos, dentre os quais, recursos públicos financeiros investidos no Sistema.

Cabe destacar, *a priori*, que o presente trabalho não tem por escopo avaliar diretamente a administração de antigos e atuais gestores nos níveis federal, estaduais e municipais que governaram seus respectivos entes ao longo desses quase 28 anos desde a criação do SUS, além de não apoiar nenhuma bandeira ou movimento partidário.

Nota-se que a omissão do Estado, no sentido *lato sensu*, em relação a saúde pública, começa, por vezes, na falta de ações preventivas potencialmente capazes de evitar doenças. Pode-se exemplificar esse fato em situações envolvendo a má alimentação de alguns brasileiros, o que propicia o surgimento cada vez mais recente de inúmeras patologias.

O documentário muito além do peso - oficial mostra um dado preocupante em relação as crianças do nosso país, abordando que um terço delas está acima do peso, de modo a apresentar doenças antes restritas aos adultos, como depressão, diabetes e doenças relacionadas ao coração⁶².

Ainda relacionada à alimentação dos brasileiros, destaca-se a Operação Carne Fraca realizada pela Polícia Federal no ano de 2017, que deflagrou uma omissão estatal no tocante à fiscalização da carne em frigoríficos de grandes empresas. O alimento era adulterado e apresentava papelão, bactérias, validade

⁶² MARIA FARINHA FILMES. Muito Além do Peso - Oficial. In: **YouTube**. Publicado em 25 de jan. de 2013. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=8UGe5GiHCT4>>. Acesso em: 27 de abr. de 2018.

vencida, demonstrando, assim os grandes riscos ocasionados à saúde de vários consumidores no país⁶³.

Outro ponto que merece atenção é o consumo de cigarros por parte de alguns brasileiros. Apesar do Estado, mais propriamente, o Ministério da Saúde, alertar sobre os riscos nas embalagens destes produtos e o número de fumantes no Brasil ter diminuído consideravelmente no período da década de 1980 até 2015, ano da pesquisa⁶⁴, faltam, muitas vezes, campanhas efetivas de conscientização que realmente atentem sobre os perigos de contrair doenças respiratórias em virtude do tabaco.

Todos esses fatores surgem como importante instrumento de prevenção de doenças futuras, de modo a ganhar ainda mais importância em municípios com menor número de habitantes. A revista *Época* traz um importante dado, apto a comprovar esse fato, ao abordar a pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz de Pernambuco, na qual afirma que as cidades com menos de 30 mil habitantes são as que por maior frequência internam pacientes em virtude de problemas que poderiam ser evitados, se a população tivesse acesso a bons serviços de saúde de atenção primária à saúde⁶⁵.

Complementa ainda que atenção primária compreende os serviços que "idealmente, acompanham a população quando sadia, de modo a evitar doenças"⁶⁶. Ao final, a pesquisa da Fiocruz ainda conclui que " historicamente, o Brasil encontrou dificuldades em estruturá-la nos municípios menos populosos"⁶⁷.

⁶³ GAUCHAZH ECONOMIA. **Carne Fraca: como produtos adulterados podem afetar a saúde.** Publicado em: 17 de mar. de 2017. Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/economia/noticia/2017/03/carne-fraca-como-produtos-adulterados-podem-afetar-a-saude-9750807.html>>. Acesso em: 12 de abr. de 2018.

⁶⁴ PIGNATO, Carolina; OSTETTI, Vitória. **Quantos são os fumantes no Brasil e no mundo: dados de 1980 e de 2015.** Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/grafico/2017/08/07/Quantos-s%C3%A3o-os-fumantes-no-Brasil-e-no-mundo-dados-de-1980-e-de-2015>>. Acesso em: 14 de abr. de 2018.

⁶⁵ CISCATI, Rafael. Nos Municípios pequenos, as pessoas sofrem mais com problema de saúde evitáveis. **Época.** 11 de abr. de 2017. Disponível em: <<https://epoca.globo.com/saude/noticia/2017/04/nos-municipios-pequenos-pessoas-sofrem-maiscom-problemas-de-saude-evitaveis.html>>. Acesso em: 17 de abr. de 2018.

⁶⁶ Idem.

⁶⁷ Idem.

Agora, em relação propriamente aos recursos financeiros investidos no Sistema de Saúde Pública, cabe ressaltar que os gastos envolvem desde o pagamento dos profissionais médicos até as despesas com tecnologias na compra de equipamentos e materiais, muitas vezes, de alto custo.

A revista Valor Econômico, ao abordar os gastos realizados pelo Ministério da Saúde em 2017, traz um levantamento feito pela ONG Contas Abertas. De acordo com esta, R\$ 2,9 bilhões foram investidos em saúde, considerando as despesas como conclusão de obras ou compra de medicamentos para as farmácias populares, enquanto que as com pessoal e corrente, o gasto foi de R\$ 115,8 bilhões⁶⁸.

Porém, apesar dos altos valores, ainda de acordo com a revista, o investimento foi aquém da quantia autorizada pelo orçamento federal. Isso porque o total a ser investido somava a quantia de R\$ 8,2 bilhões, ou seja, apenas 35,8% do montante foram aplicados. As despesas com pessoal e correntes representou 89,3% da totalidade prevista⁶⁹.

Esse investimento abaixo do que se espera ser investido do Estado pode explicar, por exemplo, a falta de médicos em muitas unidades de saúde, um dos problemas recorrentes também do SUS⁷⁰. Uma das soluções vistas pelo Governo Federal no ano de 2015 para resolver o problema supracitado foi a adoção do programa Mais Médicos, que vislumbrava a contratação de médicos estrangeiros para o atendimento, principalmente, nas regiões onde havia maior escassez da presença de profissionais da área médica.

Muitas vezes, uma solução encontrada se refere a construção de hospital em uma determinada área para melhorar as condições de saúde de pessoas residentes naquele local. Tal medida pode ser, por vezes, não suficiente para tal, visto que nem sempre os gestores conseguem controlar os gastos públicos supervenientes com a

⁶⁸ GUIMARAES, Lígia. Gasto Federal com Obras e Equipamentos da Saúde caem em 2017, diz ONG. **Valor Econômico**. 29 de jan. de 2018. Disponível em: <<http://www.valor.com.br/brasil/5290441/gasto-federal-com-obras-e-equipamentos-da-saudecaemem-2017-diz-ong>>. Acesso em: 18 de abr. de 2018.

⁶⁹ Idem.

⁷⁰ LEITE, Paulo Moreira. TORRES, Izabelle. O Brasil tem metade dos médicos que necessita. **IstoÉ**. Edição n° 2530 15/06. Disponível em: https://istoe.com.br/313133_O+BRASIL+TEM+METADE+DOS+MEDICOS+QUE+PRECISA/. Acesso em: 25 de mai. de 2018.

manutenção daquela estrutura médica, influenciando, por exemplo, na qualidade do serviço público prestado à população, como nas internações hospitalares.

No que se refere a participação da iniciativa privada na assistência à saúde, esta é permitida pelo artigo 199 da Constituição Federal, através dos planos de saúde, por exemplo. Mas há um dado que merece ser discutido é que, no Brasil, o investimento em saúde pelo setor privado mostra-se superior que ao público. De acordo com o IBGE, no ano de 2015, por exemplo, o gasto total com a saúde foi de R\$ 546 bilhões, sendo desse total, R\$ 231 bilhões (3,9% do PIB) despesas de consumo do governo e R\$ 315 bilhões (5,2% do PIB) despesas de famílias e instituições sem fins de lucro a serviços das famílias⁷¹.

Duas observações podem ser feitas a partir do dado supracitado. Em primeiro lugar, não pode se considerar aceitável que o investimento privado seja maior que a do próprio governo em um país que adota um sistema de saúde universal baseado no princípio da integralidade. A iniciativa privada deve estar presente também na saúde brasileira, mas de modo complementar, não de maneira a sobrepor os investimentos governamentais.

Outro ponto se refere ao fato que no atual contexto econômico do Brasil, em um momento de incertezas na economia e com o crescente aumento do desemprego, a tendência é que o investimento no setor privado, como a contratação de planos de saúde, diminua nos anos seguintes.

Desse modo, muitos cidadãos que, anteriormente, preferiam não usar os serviços ofertados pelo SUS, passarão a utilizá-los. Assim, o Estado deverá realizar maiores investimentos no Sistema de modo a assegurar o acesso e maior qualidade nos serviços prestados a um número crescente de indivíduos.

⁷¹ IBGE. **Conta-Satélite de Saúde 2010-2015: em 2015, 9,1% do PIB foram gastos no consumo de bens e serviços de saúde.** 20 de dez. de 2017. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2013-agenciadenoticias/releases/18915conta-satelite-de-saude-release.html>>. Acesso em: 24 de abril de 2018.

Isso também se explica pelo fato de aproximadamente 70% não possuírem um plano de saúde privado, de acordo com pesquisa feita no ano de 2017, atingindo o percentual de 77% entre as camadas sociais mais pobres do país⁷².

Uma problemática a ser discutida se concentra no fato que o financiamento do SUS pelos municípios aumentou em detrimento da diminuição do investimento realizado pela União. De acordo com a revista *Época*, em 1991, a União respondia por 73% e os municípios 12%. Já em 2015, os gastos federais se concentraram em 43% e os municipais 31%⁷³.

Isso pode representar um risco, já que no Brasil existem muitos municípios de pequeno porte com receitas limitadas, de modo que o maior investimento em saúde pode acarretar em insuficiência para outras áreas essenciais, como educação e segurança pública.

4.2.1 A questão do saneamento básico no Brasil

Há de se falar ainda em um problema que, de certa maneira, afeta o Sistema Único de Saúde, qual seja, a falta de saneamento básico em muitas cidades do país que propicia a transmissão de doenças. A falta de coleta de lixo, do tratamento de água e esgoto, muitas vezes a céu aberto, facilita a proliferação de agentes infecciosos como o *Aedes Aegypti* e outros causadores de verminoses, por exemplo.

No Brasil, de acordo com dados de 2014, apenas 57,62% do esgoto é tratado, enquanto que o abastecimento de água alcança 84,53% da população⁷⁴. Ainda, o levantamento mostra que cidades localizadas nas cinco regiões do país sofrem com

⁷² AGÊNCIA BRASIL. **Pesquisa mostra que quase 70% dos brasileiros não têm plano de saúde particular.** Publicado em 21 de fev. de 2018. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-02/pesquisa-mostraquequase70dosbrasileirosnao-tem-plano-de-saude-particular>>. Acesso em: 26 de abr. de 2018.

⁷³ CISCATI, Rafael; CASSIMIRO, Rogério; SCHIMIDT, Pedro. A conta da saúde fica com a prefeitura. *Época*. 11 de nov. de 2016. Disponível em: <<https://epoca.globo.com/saude/noticia/2016/11/no-brasil-conta-da-saude-fica-com-prefeitura.html>>. Acesso em: 25 de abr. de 2018.

⁷⁴ TRATABRASIL. **Saneamento básico no Brasil: apenas 40% do esgoto é tratado.** Disponível em: <<http://m.tratabrasil.org.br/saneamento-basico-no-brasil-apenas-40-do-esgoto-e-tratado>>. Acesso em: 30 de abr. de 2018.

esse problema, tanto as situadas em grandes centros urbanos como aquelas da zona rural⁷⁵.

A referida pesquisa cita alguns motivos para a falta do saneamento básico em algumas cidades brasileiras. Em relação aos municípios de maior população, a expansão rápida desses grandes centros urbanos, no século passado, foi um dos principais motivos que levaram ao referido problema. Nos lugares menores, como o número de habitantes é inferior e o acesso a esses locais é, geograficamente, mais difícil, também há ausência do tratamento de esgoto e abastecimento de água⁷⁶.

Assim, todos esses fatores levam a entender que, através de ações preventivas, o Estado também pode melhorar a qualidade da saúde pública dos seus cidadãos e, conseqüentemente, diminuir o número de pacientes nos leitos do SUS, reduzindo um maior volume de gastos públicos.

4.3 Uma breve análise da atuação do Poder Judiciário em demandas envolvendo o Direito à Saúde

Após o encerramento do debate acerca da origem dos problemas que afetam o Sistema Único de Saúde e, por consequência, a sociedade de maneira em geral, tem-se por estudo uma pequena e breve análise do papel do Poder Judiciário e sua atuação em matérias relacionadas ao Direito à Saúde.

É notório o fato que no momento em que o Judiciário é provocado por algum cidadão, o seu direito, seja qual for, está sendo violado por uma pessoa física ou jurídica. Assim sendo, o juiz tem o dever de prestar a jurisdição, que nada mais é que dizer o direito, de modo a aplicar os diplomas legais, doutrinários e jurisprudenciais nos casos concretos com a finalidade de efetivar plenamente os direitos no plano prático.

Nos últimos anos, tem sido crescente o número de processos judiciais movidos em face, principalmente, dos municípios e estados, solidariamente, no qual

⁷⁵ Idem.

⁷⁶ Idem.

o cidadão pleiteia medicamentos, sejam estes de baixo ou alto custo, exames, cirurgias, tratamentos, internações, entre outros, em virtude de não lograrem êxito ao requererem de forma administrativa. Assim, objetivam que o direito à saúde e, primordialmente, à vida não sejam violados.

Nesse sentido, não é necessário o processo transitar em julgado, quando não é cabível mais recurso tendente a reverter uma decisão judicial de natureza definitiva proferida nos autos, para que os entes federativos sejam compelidos a fornecerem ou cumprirem o que a parte autora pleiteia. Isso porque o juiz poderá deferir uma tutela antecipada nos casos em que estiverem presentes o *fumus boni iuris* (fumaça do bom direito) e o *periculum in mora* (perigo da demora), conforme disciplina o Novo Código de Processo Civil.

Por esse motivo, caso o ente não queira cumprir essa decisão interlocutória, o juiz poderá se valer de meios coercitivos, como a aplicação de multa diária pelo descumprimento, penhora de bens, arresto e sequestro de valores a serem bloqueados diretamente nas contas públicas.

O STF decidiu também, com fundamento primordial nos preceitos constitucionais, que os entes federados possuem responsabilidade solidária ao prestarem os serviços públicos de saúde, não podendo nenhum deles se eximir desse dever constitucional. Desse modo, o argumento utilizado, por exemplo, pelos estados-membros de que possuem uma responsabilidade subsidiária na prestação de ações na saúde, surgida apenas no momento em que os municípios não conseguem executar políticas públicas, não foi deferido pela Suprema Corte, conforme jurisprudência a seguir:

ECA. MEDICAMENTO. ILEGITIMIDADE PASSIVA. DIREITO A SAÚDE. PRINCÍPIO DA RESERVA DO POSSÍVEL.

Legitimidade passiva e Solidariedade. Os entes estatais são solidariamente responsáveis pelo atendimento do direito fundamental ao direito à saúde, não havendo razão para cogitar em ilegitimidade passiva ou em obrigação exclusiva de um deles. Nem mesmo se o remédio, substância ou tratamento postulado não se encontra na respectiva lista, ou se encontra na lista do outro ente. Direito à Saúde, Separação de Poderes e Princípio da Reserva do Possível. A condenação do Poder Público para que forneça tratamento médico ou medicamento à criança e ao adolescente, encontra respaldo na Constituição da República e no Estatuto da Criança e do Adolescente. Do ponto de vista constitucional,

é bem de ver que em razão da proteção integral constitucionalmente assegurada à criança e ao adolescente, a condenação dos entes estatais ao atendimento do direito fundamental à saúde não representa ofensa aos princípios da separação dos poderes, do devido processo legal, da legalidade ou da reserva do possível. NEGARAM PROVIMENTO⁷⁷.

Luís Roberto Barroso, ao tratar sobre o tema do aumento de atuação do Poder Judiciário nas demandas em geral, inclusive o próprio direito à saúde, afirma que o fenômeno da judicialização crescente no país teve, principalmente, três causas. A primeira se concentra na redemocratização do Brasil com a consequente promulgação da Constituição de 1988, no qual a consciência de direitos por grande parcela da sociedade brasileira foi ampliada, bem como o papel de instituições democráticas como o Ministério Público e a Defensoria Pública⁷⁸.

O referido ministro do STF acrescenta como causas a constitucionalização abrangente, que acabou por levar à Constituição matérias antes deixadas a cargo do processo legislativo na elaboração de leis ordinárias, transformando Política em Direito. A terceira e última causa seria o sistema brasileiro de constitucionalidade, em que permite a análise de qualquer questão política ou de moral relevada em controle abstrato e difuso pelo STF⁷⁹.

Conclui-se que o Judiciário torna-se um Poder, de modo gradual, com maior presença na vida das pessoas e, ao mesmo tempo, visto como uma solução eficaz e célere na busca pela concretização dos direitos relacionados à saúde.

Porém, em um sentido contrário, ainda citando por fim a análise de Luís Roberto Barroso sobre o assunto, o ministro afirma que:

⁷⁷ PORTANOVA, Ruy (relator). Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. Decisão Interlocutória. Processo nº: 0531691-14.2013.8.21.7000. Agravante: Município de Bento Gonçalves. Agravado: L.C.L. Interessado: Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre/RS. Data da Decisão: 13 de mar. de 2014. Disponível em: <https://www.tjrs.jus.br/site_php/consulta/consulta_processo.php?nome_comarca=Tribunal+de+Justi%E7a&versao=&versao_fonetica=1&tipo=1&id_comarca=700&intervalo_movimentacao=0&N1_var2=1&id_comarca1=700&num_processo_mas_k=053169114.2013.8.21.7000&num_processo=05316911420138217000&numCNJ=S&id_comarca2=700&uf_oab=RS&num_oab=&foro=0&N1_var2_1=1&intervalo_movimentacao_1=15&N1_var=&id_co_marca3=700&nome_parte=&tipo_pesq=F&N1_var2_2=1>. Acesso em: 30 de abr. de 2018.

⁷⁸ BARROSO, Luís Roberto. **Judicialização, Ativismo Judicial e Legitimidade Democrática**. 2008, p. 3. Disponível em: <https://www.direitofranca.br/direitonovo/FKCEimagens/file/ArtigoBarroso_para_Selecao.pdf>. Acesso em: 28 de abr. de 2018.

⁷⁹ *Ibidem*, p. 3-4.

Três objeções podem ser opostas à judicialização e, sobretudo, ao ativismo judicial no Brasil. Nenhuma delas infirma a importância de tal atuação, mas todas merecem consideração séria. As críticas se concentram nos riscos para a legitimidade democrática, na politização indevida da justiça e nos limites da capacidade institucional do Judiciário⁸⁰.

De certa maneira, percebeu-se no ordenamento jurídico brasileiro a necessidade de, ao menos, uniformizar decisões judiciais no sentido de estabelecer alguns critérios em ações envolvendo, principalmente, o fornecimento de medicamentos e tratamentos. Assim, a imposição de fatores surge em face do aumento da judicialização nos últimos anos.

Esse fato se comprova, por exemplo, em 2009, no julgamento pelo STF de um pedido de suspensão de tutela antecipada (STA), n. 175, em que fora definido alguns parâmetros para ser deferida a entrega de medicamentos pelos entes federativos à parte autora no polo ativo daquela ação judicial⁸¹. Este acórdão acabou por vincular os demais juízes e tribunais no julgamento de demandas repetitivas.

Não obstante, é comum fóruns envolvendo órgãos do Poder Judiciário e profissionais da saúde médica com objetivo de discutir a judicialização da saúde. Um dos motivos para a realização desses fóruns é o aumento do gasto federal em virtude de processos judiciais, que, segundo o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), totalizou R\$ 1,49 bilhão no período de 2010 a 2015, envolvendo a compra apenas de três medicamentos de alto custo. Esse valor representou mais de metade dos gastos com a aquisição de todos os medicamentos que foram adquiridos por meio de decisões judiciais⁸².

Ainda de acordo com o CNJ, o aumento dos gastos com a judicialização se deu também no âmbito estadual. O exemplo trazido foi o caso do governo de Brasília que estava realizando gastos milionários com a compra de um medicamento

⁸⁰ *Ibidem*, p. 10.

⁸¹ SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Audiência Pública n° 04**. Convocada em 05 de março de 2009. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticianoticiastf/anexo/sta175.pdf>>. Acesso em: 27 de abr. de 2018.

⁸² CNJ. **Audiência expõe complexidade em debate plural sobre judicialização da saúde**. 12 de abr. de 2017. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/85913-audiencia-expoe-complexidade-em-debate-plural-sobre-judicializacao-da-saude>>. Acesso em: 28 de abr. de 2018.

específico para o tratamento de pacientes que apresentavam um tipo específico de hemofilia⁸³.

Gilmar Mendes cita outro exemplo do aumento de gastos por um ente estadual:

[...] Ao indicar uma discrepância do princípio da isonomia, A Procuradoria-Geral do Estado do Rio de Janeiro indicou que recebe uma média de 40 novas ações de medicamentos por dia. Essas ações resultaram em um gasto de R\$ 29 milhões no ano de 2008, apenas no cumprimento de decisões judiciais. Desse valor, R\$ 15 milhões foram gastos apenas com a aquisição de dois medicamentos, que beneficiaram 333 pessoas⁸⁴.

Por fim, houve também o julgamento de um REsp interposto ao STJ, concluído em 25 de abril de 2018, na qual a Corte Superior fixou parâmetros cumulativos para o fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS:

1 - Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS;
 2 - Incapacidade financeira do paciente de arcar com o custo do medicamento prescrito; e
 3 - Existência de registro do medicamento na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)⁸⁵.

Essa decisão também vinculará as futuras ações que versem sobre a mesma matéria que fora objeto do recurso repetitivo, sendo que os efeitos daquela foram modulados para serem aplicados apenas nos processos que forem distribuídos a partir da data da decisão, tendo, portanto, efeito *ex nunc*⁸⁶.

⁸³ Idem.

⁸⁴ MASCARENHAS, Rodrigo Tostes de Alencar. Audiência Pública da Saúde. In: **Audiência Pública sobre Saúde**. Brasília: Supremo Tribunal Federal, 2009, p. 197 *apud* MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. Direitos Sociais. In: **Curso de Direito Constitucional**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2012, p. 723.

⁸⁵ GONÇALVES, Benedito (relator). SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Recurso Especial 1.657.156. Processo nº: 0015099-09.2014.8.19.0036. Recorrente: Estado do Rio de Janeiro. Recorrido: Vanessa Cerqueira Reis de Carvalho e outros. Brasília/DF. Data da decisão: 25 de abr. de 2018. Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/processo/pesquisa/?aplicacao=processos.ea&tipoPesquisa=tipoPesquisaGenerica&termo=REsp%201657156>. Acesso em: 30 de abr. de 2018.

⁸⁶ Idem.

4.4 Uma sintética comparação com o modelo de gestão da saúde pública adotada por outros países

O objetivo do presente tópico é realizar uma comparação do sistema de saúde público brasileiro com o de outros países, de forma breve, para traçar um balanço do investimento realizado pelo Brasil e, assim, avaliar se está aquém ou não em relação a outros territórios.

Cabe destacar que o presente trabalho não tem por escopo detalhar as características do sistema de saúde nestes países, mas sim apenas abordar informações gerais para realizar um paralelo, como supracitado.

Primeiramente, pode-se afirmar que nem todos os países adotam um sistema de saúde público universal e com base na integralidade. De acordo com Eunice Mendes, a classificação dos serviços de saúde pode ser feita da seguinte forma: Modelo Universalista; do Seguro Social; de Seguros Privados e, finalmente, Assistencialista⁸⁷.

Ainda conforme a autora, o primeiro modelo de gestão se caracteriza pelo investimento estatal na saúde, onde há uma preocupação com a garantia do acesso de todos os cidadãos, independente da existência de vínculo empregatício, aos serviços médicos, como se enquadra o SUS e o Sistema Inglês. Já o segundo tipo se relaciona com o emprego dos trabalhadores e empresários, visto que o financiamento para a saúde se origina justamente desta relação de trabalho, o que ocorre, por exemplo, na Alemanha⁸⁸.

O modelo de Seguros Privados tem por característica uma ausência de regulação estatal, delegando a iniciativa privada toda execução e financiamento das ações e serviços de saúde, sendo o caso dos Estados Unidos o que mais se aproxima dessa espécie de gestão. Por fim, na última possibilidade de classificação, a saúde é vista como uma obrigação dos cidadãos e o Estado só assume a gestão

⁸⁷ NUNES, Eunice. Principais sistemas de Saúde no Mundo. In: **Revisão de Artigos**. Disponível em: <<http://auditsaude.com.br/Sistemas%20de%20Sa%C3%BAde%20no%20Mundo%202.pdf>>.

Acesso em: 29 de abr. de 2018.

⁸⁸ Idem.

no caso das pessoas hipossuficientes, as quais não possuem condições financeiras para cuidarem da saúde⁸⁹.

Ao lado do modelo inglês, há outros países que também adotam um modelo universalista, como é o caso da Austrália, Canadá, França e Suécia e o próprio Brasil. Contudo, o gasto estatal verificado nesses territórios é muito elevado se comparado com nosso país, de acordo com os dados do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (SIMERS) de 2014. O levantamento mostra que esses países citados investiram entre 15% a 20% do PIB na saúde e também pagaram entre 67% a 84% dos gastos totais nessa mesma área⁹⁰. Conforme já fora abordado neste trabalho, no Brasil, os gastos privados continuam sendo superiores que o público, mesmo o país adotando um sistema voltado para a universalidade.

Agora, em relação aos investimentos em comparação aos outros países da América, os dados também da SIMERS, do mesmo ano, mostram que o Brasil investe menos que esses territórios. Alerta também que o país ficou em posições superiores apenas do Haiti e da Venezuela, com um volume de gastos até três vezes menor que Uruguai e Costa Rica, líderes do *ranking*⁹¹.

Desse modo, todos os dados supracitados mostram que, mesmo o Brasil tenha se influenciado no *National Health Service* (NHS), como é chamado o sistema de saúde do Reino Unido, que também fora baseado nos critérios da universalidade, equidade e integralidade, na criação do SUS, o país ainda precisa melhorar muito no que se refere aos investimentos na saúde pública⁹².

⁸⁹ Idem.

⁹⁰ SIMERS. **Conheça o "SUS" de outros países.** Disponível em: <<http://www.simers.org.br/2016/06/conheca-o-sus-de-outros-cinco-paises/>>. Acesso em: 30 de abr. de 2018.

⁹¹ SIMERS. **Investimento do Brasil em saúde está entre os mais baixos das Américas.** Disponível em: <<http://www.simers.org.br/2017/08/investimento-brasil-saude/>>. Acesso em: 30 de abr. de 2018.

⁹² ANTUNES, André. **Como atuam os planos privados em países em que a saúde é considerada dever do Estado?** Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/o-papel-da-saude-privada-em-paises-com-sistemas-universais>>. Acesso em: 30 de abr. de 2018.

5 CONCLUSÃO

Enfim, pelo o que fora abordado nessa monografia, pode-se concluir que a criação do Sistema Único de Saúde tenta garantir um bom funcionamento da saúde pública a todos os brasileiros. Como o SUS não consegue ser plenamente eficaz em virtude da existência de problemas, os quais foram abordados, há a premente necessidade de melhorias na área sanitária brasileira.

Em primeiro lugar, a mudança no modelo de financiamento do SUS em 2017 representa uma boa medida para desburocratizar o fluxo dos recursos financeiros da União até chegar aos Municípios, passando pelo Estados-membros. Todavia, é necessária uma maior cooperação dos entes federativos, pois em virtude de a Constituição não definir competências taxativas, os Municípios não podem ficar sobrecarregados nas políticas locais de saúde. Deve haver ainda uma maior atuação federal e estadual em cooperação com os entes municipais.

Desse modo, reafirma-se que o Estado, do ponto de vista geral, deve estar presente nas políticas de saúde. Adotar um modelo com enfoque privatista soa arriscado no país, já que grande parcela da sociedade não possui acesso aos planos de saúde, em razão de baixas condições financeiras.

Por consequência, o Estado brasileiro deve investir mais em ações afirmativas relacionadas as políticas públicas e sociais de saúde, conforme ora discutido. Nota-se que a adoção de medidas preventivas à transmissão de doenças por agentes infecciosos como um maior investimento em vigilância sanitária e, sobretudo, saneamento básico, é relevante de modo a evitar uma sobrecarga posterior do acesso ao Sistema Único de Saúde pela população brasileira.

Ademais, um maior papel do Estado na conscientização da sociedade para o consumo mais saudável de alimentos, a praticar exercícios físicos, aos riscos do consumo excessivo de bebidas alcoólicas e cigarros, torna-se importante ferramenta para prevenir doenças e, conseqüentemente, melhorar a própria qualidade de vida das pessoas.

Com a escassez de recursos, torna-se fundamental uma progressiva melhora na gestão dos recursos públicos para organizar o Sistema e evitar o surgimento de problemas, que foram discutidos nesta monografia. Contudo, a má gestão e a errônea aplicação do dinheiro público por parte de gestores ainda se fazem presentes na administração local e regional de governos, devendo os chefes do Poder Executivo, também pelo princípio da eficiência previsto no artigo 37 da Constituição Federal, otimizar a receita pública de modo a atingir melhores resultados possíveis com uma quantidade cada vez menor de recursos.

Em relação a atuação do Poder Judiciário nas demandas que envolvam a saúde, é legítimo o papel que o órgão representa no sentido de evitar violação a direitos. Contudo, é necessário observar que quanto maior for a judicialização, maior o orçamento público poderá ser afetado, de maneira que quando o Estado é compelido a fornecer um medicamento de alto custo para uma pessoa, por exemplo, há a possibilidade de faltar recursos para beneficiar várias outras.

Há de se concluir também que o Judiciário brasileiro está muito sobrecarregado, de maneira que o significativo aumento do número de processos judiciais em relação a mesma matéria, o andamento e a tramitação de demais ações podem se tornar por ainda mais morosos. Assim, todos esses fatores corroboram para um maior investimento estatal na saúde, haja vista o país estar abaixo de muitos outros no *ranking* mundial, conforme demonstrado por dados estatísticos.

É necessário também uma melhor gestão dos gastos públicos, de maneira que esses sejam bem investidos na área federal, estadual e municipal. Para tanto, a formação de mais consórcios públicos ou convênios de cooperação entre os entes federados para a melhor execução das ações e serviços de saúde, conforme é permitido pela Constituição Federal de 1988 e Lei 8.080/90, mostra-se pertinente no atual cenário socioeconômico do país.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA BRASIL. **Pesquisa mostra que quase 70% dos brasileiros não têm plano de saúde particular.** Publicado em 21 de fev. de 2018. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-02/pesquisa-mostra-quequase70-dos-brasileiros-nao-tem-plano-de-saude-particular>>. Acesso em: 26 de abr. de 2018.

ANTUNES, André. **Como atuam os planos privados em países em que a saúde é considerada dever do Estado? In: O papel da saúde privada em países com sistemas universais.** Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/o-papel-da-saude-privadaempaises-com-sistemas-universais>>. Acesso em: 30 de abr. de 2018.

AROUCA, Sérgio. Reforma Sanitária. In: **Sanitarista.** Disponível em: <<https://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: 06 de out. de 2017.

BARROSO, Luís Roberto. **Curso de Direito Constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo.** 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

_____. **Judicialização, Ativismo Judicial e Legitimidade Democrática.**, 2008. Disponível em: <https://www.direitofranca.br/direitonovo/FKCEimagens/file/ArtigoBarroso_para_Selecao.pdf>. Acesso em: 28 de abr. de 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988. Brasília, Distrito Federal: Senado Federal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 02 de ago. de 2017.

BRASIL. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**, de 16 de julho de 1934. Rio de Janeiro: Assembleia Nacional Constituinte. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm>. Acesso em: 04 de out. 2017.

BRASIL. **Decreto-Lei n. 200, de 25 de fevereiro de 1967.** Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Diário Oficial [da] República do Brasil. Poder Executivo. Brasília, DF, 25 de fevereiro de 1967. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del0200.htm>. Acesso em: 06 de out. de 2017.

BRASIL. **Decreto n. 7508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República do Brasil. Poder Executivo. Brasília, DF, 28 de junho de 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato20112014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 28 de out. de 2017.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República do Brasil. Poder Executivo. Brasília, DF, 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 04 de ago. de 2017.

BRASIL. **Portaria n. 204, de 29 de janeiro de 2007.** Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial [da] República do Brasil. Poder Executivo. Brasília, DF, 29 de janeiro de 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html>. Acesso em: 24 de fev. de 2018.

BRASIL. **Portaria n. 699, de 30 de março de 2006.** Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Diário Oficial [da] República do Brasil. Poder Executivo. Brasília, DF, 30 de março de 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0699_30_03_2006.html>. Acesso em: 16 de out. de 2017.

CARVALHO, Heitor Humberto do Nascimento; PINTO, Márcio Alexandre da Silva. **A evolução do Direito à Saúde Pública na cidadania brasileira**. Uberlândia. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/horizontecientifico/article/view/4402/6668FirefoxHTML%5CShell%5COpen%5CCommand>>. Acesso em: 04 de out. de 2017.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. **Manual de Direito Administrativo**. 28. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

CISCATI, Rafael; CASSIMIRO, Rogério; SCHIMIDT, Pedro. A conta da saúde fica com a prefeitura. **Época**. 11 de nov. de 2016. Disponível em: <<https://epoca.globo.com/saude/noticia/2016/11/nobrasilcontadasaudeficacomprefeitura.html>>. Acesso em: 25 de abr. de 2018.

CISCATI, Rafael. Nos Municípios pequenos, as pessoas sofrem mais com problema de saúde evitáveis. **Época**. 11 de abr. de 2017. Disponível em: <<https://epoca.globo.com/saude/noticia/2017/04/nosmunicipiospequenospeessoasofrem-mais-com-problemas-de-saude-evitaveis.html>>. Acesso em: 17 de abr. de 2018.

CNJ. **Audiência expõe complexidade em debate plural sobre judicialização da saúde**. 12 de abr. de 2017. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/85913-audiencia-expoe-complexidade-em-debate-plural-sobre-judicializacao-da-saude>>. Acesso em: 28 de abr. de 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: Conass, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf>. Acesso em: 09 de out. de 2017.

ELIAS, Paulo Eduardo *et al.* Uma visão do SUS. In: **SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**, volume 1. São Paulo: Editora Atheneu, 2008.

FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. O Estado Brasileiro. In: **Curso de Direito Constitucional**. 40. ed. São Paulo: Saraiva, 2015. Disponível em:

<<https://app.saraivadigital.com.br/leitor/ebook:580826>>. Acesso em: 25 de mar. de 2018.

GAUCHAZH ECONOMIA. **Carne Fraca: como produtos adulterados podem afetar a saúde**. Publicado em: 17 de mar. de 2017. Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/economia/noticia/2017/03/carnefracacomoprodutos-adulterados-podem-afetar-a-saude-9750807.html>>. Acesso em: 12 de abr. de 2018.

GONÇALVES, Benedito (relator). Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial 1.657.156. Processo nº: 0015099-09.2014.8.19.0036. Recorrente: Estado do Rio de Janeiro. Recorrido: Vanessa Cerqueira Reis de Carvalho e outros. Brasília/DF. Data da decisão: 25 de abr. de 2018. Disponível em: <<https://ww2.stj.jus.br/processo/pesquisa/?aplicacao=processos.ea&tipoPesquisa=tipoPesquisaGenerica&termo=REsp%201657156>>. Acesso em: 30 de abr. de 2018.

GUIMARAES, Lígia. Gasto Federal com Obras e Equipamentos da Saúde caem em 2017, diz ONG. **Valor Econômico**. 29 de jan. de 2018. Disponível em: <<http://www.valor.com.br/brasil/5290441/gastofederalcomobraseequipamentosdasau-de-caem-em-2017-diz-ong>>. Acesso em: 18 de abr. de 2018.

IBGE. **Conta-Satélite de Saúde 2010-2015: em 2015, 9,1% do PIB foram gastos no consumo de bens e serviços de saúde**. 20 de dez. de 2017. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencianoticias/2013agenciadenoticias/releases/18915-conta-satelite-de-saude-release.html>>. Acesso em: 24 de abril de 2018.

INCOR. **Atendimento/consulta e exames/SUS/ Hierarquização**. Disponível em: <<http://www.incor.usp.br/sites/incor2013/index.php/sus/encaminhamento/12atendimento/consulta-e-exames/130-hierarquizacao>>. Acesso em: 04 de nov. de 2017.

INPS. **Verbete**. Disponível em: <<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-previdencia-social-inps>>. Acesso em: 04 de out. de 2017.

LEITE, Paulo Moreira. TORRES, Izabelle. O Brasil tem metade dos médicos que necessita. **IstoÉ**. Edição nº 2530 15/06. Disponível em:

https://istoe.com.br/313133_O+BRASIL+TEM+METADE+DOS+MEDICOS+QUE+PR+ECISA/. Acesso em: 25 de mai. de 2018.

LIMA, Ana Luce Girão Soares de; PINTO, Maria Marta Saavedra. **Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde**. Manguinhos: Fiocruz. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v10n3/19311.pdf>>. Acesso em: 04 de out. de 2017.

MARIA FARINHA FILMES. Muito Além do Peso - Oficial. In: **YouTube**. Publicado em 25 de jan. de 2013. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=8UGe5GiHCT4>>. Acesso em: 27 de abr. de 2018.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. Direitos Sociais. In: **Curso de Direito Constitucional**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

_____. Limitações dos Direitos Fundamentais. In: **Curso de Direito Constitucional**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Do sanitário à municipalização**. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>>. Acesso em: 03 de out. 2017.

_____. **Novo modelo de financiamento do SUS garante eficiência no uso de recursos**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/component/tags/tag/sus-legal>>. Acesso em: 03 de mar. de 2018.

_____. **O Sus Legal**. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/wpcontent/uploads/2017/01/OSUSLEGAL.pdf>>. Acesso em: 04 de mar. de 2018.

MORAES, Alexandre de. Organização Político-Administrativa. In: **Direito Constitucional**. 28. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

NUNES, Eunice. Principais sistemas de Saúde no Mundo. In: **Revisão de Artigos**. Disponível em: <<http://auditsaude.com.br/>>

Sistemas%20de%20Sa%C3%BAde%20no%20Mundo%202.pdf >. Acesso em: 29 de abr. de 2018.

OMS. Constituição Da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946. Universidade de São Paulo - USP. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-daSa%C3%BAde/constituicaodaorganizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 18 de out. 2017.

ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10133.htm>. Acesso em: 16 de out. de 2017.

PIGNATO, Carolina. OSTETTI, Vitória. Quantos são os fumantes no Brasil e no mundo: dados de 1980 e de 2015. Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/grafico/2017/08/07/Quantoss%C3%A3osfumantes-no-Brasil-e-no-mundo-dados-de-1980-e-de-2015>>. Acesso em: 14 de abr. de 2018.

PORTANOVA, Ruy (relator). Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. Decisão Interlocutória. Processo nº: 0531691-14.2013.8.21.7000. Agravante: Município de Bento Gonçalves. Agravado: L.C.L. Interessado: Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre/RS. Data da Decisão: 13 de mar. de 2014. Disponível em: <https://www.tjrs.jus.br/site_php/consulta/consulta_processo.php?nome_comarca=Tribunal+de+Justi%E7a&versao=&versao_fonetica=1&tipo=1&id_comarca=700&intervalo_movimentacao=0&N1_var2=1&id_comarca1=700&num_processo_mask=053169114.2013.8.21.7000&num_processo=05316911420138217000&numCNJ=S&id_comarca2=700&uf_oab=RS&num_oab=&foro=0&N1_var2_1=1&intervalo_movimentacao_1=15&N1_var=&id_comarca3=700&nome_parte=&tipo_pesq=F&N1_var2_2=1>. Acesso em: 30 de abr. de 2018.

RAMOS, Maria Barbabela de Castro. Cláusula da reserva do possível: a origem da expressão alemã e sua utilização no direito brasileiro. In: **Conteúdo Jurídico.** Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,clausula-da-reserva-do-possivel-a-origem-da-expressao-alemaesuautilizacaoemdireitobrasileiro,49058.html>>. Acesso em 18 de out. de 2018.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREIDO, 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/index.htm?http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao024/ingo_mariana.html>. Acesso em: 25 de out. de 2017.

SILVA, José Afonso Da. **Curso de Direito Constitucional Positivo.** 36. ed. São Paulo: Malheiros Editores LTDA, 2013.

SILVA, Leny Pereira Da. **Direito à Saúde e o Princípio da Reserva do Possível.** 65 f. Monografia (Especialização). - Instituto Brasiliense de Direito Público - IDP. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/DIREITO_A_SAUDE_por_Leny.pdf>. Acesso em: 26 de out. de 2017.

SIMERS. **Conheça o "SUS" de outros países.** Disponível em: <<http://www.simers.org.br/2016/06/conheca-o-sus-de-outros-cinco-paises/>>. Acesso em: 30 de abr. de 2018.

_____. **Investimento do Brasil em saúde está entre os mais baixos das Américas.** Disponível em: <<http://www.simers.org.br/2017/08/investimento-brasil-saude/>>. Acesso em: 30 de abr. de 2018.

STIBORSKI, Bruno Prange. **Reserva do possível; Origem, conceito e ordens.** Disponível em: <<https://bstiborski.jusbrasil.com.br/artigos/197458820/reserva-do-possivel-origem-conceito-e-ordens>>. Acesso em: 18 de out. de 2017.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Audiência Pública nº 04.** Convocada em 05 de março de 2009. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticianoticiastf/anexo/sta175.pdf>>. Acesso em: 27 de abr. de 2018.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde.** Salvador, Bahia. Junho de 2011. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2016/encontro_internacional_saude/documentos/textos_referencia/07_principios_sistema_unico_saude.pdf>. Acesso em: 29 de out. de 2017.

TRATABRASIL. **Saneamento básico no Brasil: apenas 40% do esgoto é tratado.** Disponível em: <<http://m.tratabrasil.org.br/saneamento-basico-no-brasil-apenas-40-do-esgoto-e-tratado>>. Acesso em: 30 de abr. de 2018.

VECINA NETO, Gonzalo; CUTAIT, Raul; TERRA, Valéria. Notas explicativas. Um pouco de história. In: **Saúde e cidadania**. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/arquivos/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/extra/tras/notas.html>. Acesso em: 05 de out. de 2017.