



Londrina PR, de 02 a 05 de Julho de 2019.

**III CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL:
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS
IV SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS
III CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL**

Política Social, Seguridade Social e Proteção Social

TEMPLATE – TRABALHO COMPLETO – Apresentação Comunicação Oral

Direito à saúde e o financiamento do Sistema Único de Saúde

Larissa Ferreira Lemos¹
Argéria Maria Serraglio Narciso²

Resumo: O presente artigo teve por objetivo analisar a evolução do direito a saúde dentro das normativas legais doutrinárias, utilizando informações bibliográficas e fonte documental do Programa DATASUS. Trata-se de estudo quantitativo, do número de internamentos e dos gastos realizados em Procedimentos Hospitalares do SUS durante os anos de 2014 a 2018, no Município de Londrina-Pr. Como resultado identificou-se que, apesar das políticas de austeridade adotadas para o repasse financeiro na saúde pública, os gastos em Londrina elevaram-se nos últimos cinco anos, assim como o número de internamentos, demonstrando a necessidade de maior investimento na área da esfera federal.

Palavras-chave: Saúde; SUS; Orçamento da saúde; Município de Londrina.

Abstract: This article has a purpose of making an analysis about the evolution of the health rights, using doctrinal norms, bibliographical sources and documentary sources from the program DATASUS. It is a quantitative study, about the number of internment and expenses that the county of Londrina-Pr had between 2014 to 2018, in SUS hospital procedure. As a result, was identified that, although of the austerity politics that changed the form of financial transfers to the public health, the expenses at Londrina has had an increase in the last five years, as well as the quantity of internment, proving the need of more investments in the federal area.

Keywords: Health; SUS; health budget; county of Londrina.

¹ Advogada. Pós-graduada em Direito Público pela Faculdade Damásio e pós-graduada em Gestão Pública com ênfase em Direitos Humanos e Cidadania pela Universidade Estadual de Ponta Grossa. E-mail larissalemos.fl@gmail.com

² Assistente Social do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. Doutora em Serviço Social e Política Social pela Universidade Estadual de Londrina. E-mail argeriasn@gmail.com



1. INTRODUÇÃO

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ter status de direito social, tendo especial proteção pelo Estado. O texto constitucional previu expressamente que a saúde é um direito de todos, devendo ser garantida através de políticas públicas e econômicas, além de ter acesso gratuito e igualitário, para toda a população, em todo o território nacional.

Em 1990 foi sancionada a Lei nº 8.080 que, entre outros, criou o SUS – Sistema Único de Saúde. Conforme estabelecido no artigo 4º da referida Lei, o SUS é constituído por um “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”.

O SUS como o conhecemos foi criado após o período da Ditadura Militar no Brasil. Isso porque, a Constituição Federal de 1988, conhecida como Constituição Cidadã, teve como um de seus objetivos a proteção de direitos intrinsecamente ligados aos direitos humanos, que foram muitas vezes ignorados durante o período ditatorial vivido no país.

Até o momento em que o direito à saúde ganhou status de direito social, não havia a proteção do mesmo de maneira igualitária, universal e gratuita. O acesso à saúde pública era garantido apenas à uma parcela da população, ainda que tenha ocorrido algumas mudanças legislativas nos períodos que antecederam a Constituição Federal de 1988.

Com a criação do SUS, houve uma mudança nessa realidade, sendo que hoje todos aqueles que necessitam de assistência à saúde – seja ela preventiva ou curativa, podem recorrer a essa política pública de saúde.

Entretanto, em que pese a importância do acesso universal, gratuito e principalmente de qualidade à saúde pública, recentemente houve a aprovação de uma Emenda à Constituição de alterou o modo como é calculado o repasse de verbas ao SUS, sendo considerada uma política de austeridade que acarretará no sucateamento do mesmo.

Para demonstrar a necessidade de aumento nos investimentos realizados pelo Governo em políticas de saúde, ao contrário do que tem ocorrido, verificou-se dados referentes ao número de internações e de gastos realizados com procedimentos hospitalares do SUS no município de Londrina-Pr, entre os anos de 2014 à 2018, que demonstram um aumento em ambos, conforme será explanado a seguir.

Para a realização do presente estudo, a metodologia adotada foi a pesquisa quantitativa e qualitativa, sendo foram utilizadas como referências artigos científicos, doutrinas, entre outras publicações sobre o tema tratado. Contemplou-se também a coleta



de dados em fonte secundária no Sistema Único de Saúde, entre eles o DATASUS – Departamento de Informática do SUS e a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. Foi realizada análise descritiva dos dados, articulando com o referencial estudado.

2. DA PROTEÇÃO AO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

O acesso à saúde e a proteção deste direito pelo ordenamento jurídico brasileiro passou por diversas mudanças, desde a década de 1920 até a promulgação da Constituição Federal de 1988.

Conforme apresentado por Santos (2009), as políticas públicas no Brasil, em especial as que tratam da proteção à saúde, tiveram como marco inicial o Decreto n.º 4.682, de 1923 (Lei Eloy Chaves). Referido decreto determinava a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), que tinham como objetivo o desenvolvimento de um fundo de aposentadoria e pensão aos trabalhadores das ferrovias brasileiras, que posteriormente foi estendido aos trabalhadores de outros setores, tais como docas e navios.

As Caixas de Aposentadoria e Pensão são consideradas o marco inicial de proteção social no Brasil – incluindo o acesso à saúde – pois os trabalhadores a ela filiados tinham, entre outros benefícios, o acesso a serviços assistenciais de saúde, tais como atendimento médico e fornecimento de medicamentos.

Durante o Período da Era Vargas, que perdurou de 1930 à 1945, as Caixas de Aposentadoria e Pensões foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), que também forneciam aos trabalhadores a eles vinculados o acesso à diversos benefícios sociais.

No ano de 1966, os diversos Institutos de Aposentadoria e Pensão foram unificados, dando surgimento ao Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Contudo, em que pese as diversas mudanças sofridas desde a década de 1920, as CAPs, IAPs e o INPS tinham entre si uma semelhança: beneficiavam somente os trabalhadores formais, sendo que aqueles que não faziam parte desta classe trabalhadora não eram beneficiados pelos programas de previdência social, ficando à margem do sistema, devendo recorrer ao sistema particular de saúde e às instituições de caridade para ter acesso a tratamentos médicos e medicamentos.

Em decorrência do momento político em que o país se encontrava, na década de 1970 surgiram os movimentos políticos que visavam a reforma no campo da saúde pública, entre eles, o Movimento da Reforma Sanitária, que teve grande impacto no que conhecemos como saúde pública hoje.



Devido ao Movimento da Reforma Sanitária, ocorreu em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde, que culminou na inserção do Direito à Saúde como direito social e fundamental na Constituição Federal de 1988, além de ter colaborado para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990.

Somente após a promulgação da Constituição Federal de 1988 que o acesso à saúde tornou-se integral, universal, gratuito e um dever do Estado, não sendo necessário o cumprimento de qualquer condição para que a população que necessite tenha acesso à saúde pública.

2.1 A saúde como direito

O texto constitucional previu expressamente o direito a saúde como um direito fundamental e social, possuindo prioridade sobre qualquer outro interesse coletivo. Isso ocorreu pois, apesar do direito a saúde ser considerado um direito humano, que independe de positivação, o mesmo ainda não era tido como um direito fundamental, motivo pelo qual a sua proteção não era considerada uma obrigação do Estado.

Nesse sentido, dispõe o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que trata do acesso à saúde:

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.

Destaca-se que a proteção do direito a saúde foi inserida na Constituição Federal por tratar-se de um direito diretamente atrelado ao direito de maior relevância: o direito à vida. Não há como falar-se em direito à vida sem levar em consideração a saúde do indivíduo, nos mais diversos aspectos.

Mahler (1981 *apud* CASAL, 2009, p. 75) tratou no Foro Mundial de la Salud do conceito de saúde:

A saúde para todos significa que a saúde há de ser colocada ao alcance de cada indivíduo em um país determinado; por 'saúde' há de entender-se um estado pessoal de bem-estar, ou seja, não só a disponibilidade de serviços sanitários, como também um estado de saúde que permita a uma pessoa levar uma vida social e economicamente produtiva. A Saúde para Todos obriga a suprimir os obstáculos que se opõem à saúde (desnutrição, ignorância, água não potável e habitações), assim como resolver problemas puramente médicos, de leitos hospitalares, de medicamentos e vacinas.

Complementando o conceito de saúde acima descrito, Barcellos e outros (2017) citam o conceito de saúde segundo a Organização Mundial de Saúde, que definem:



A saúde não é mera ausência de doenças ou enfermidades, mas o estado de completo bem-estar físico, mental e social. De acordo com essa visão ampla, sua promoção não se esgota nas prestações sanitárias, pois dependem de políticas públicas relacionadas a outros campos da atuação estatal, como aquelas necessárias à paz, moradia, educação, alimentação, renda, ecossistema saudável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

Como meio de garantir a aplicabilidade do texto Constitucional, em 1990 foi sancionada a Lei n.º 8.080 (Lei Orgânica da Saúde) que, entre outros, estabeleceu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que visa a proteção da saúde através da promoção de políticas públicas.

Contudo, em que pese a disposição contida na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde, as políticas públicas de saúde no Brasil não possuem total eficácia e aplicabilidade, haja vista que o Sistema Único de Saúde não contém a estrutura necessária para dar atendimento integral e de qualidade à população conforme previsto na legislação brasileira, pelos mais diversos motivos.

2.2 Do mínimo existencial e reserva do possível

Conforme esclarecido anteriormente, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o direito à saúde passou a ter status de direito social fundamental, vinculando os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário à sua prestação.

Devido a esta proteção constitucional garantida ao direito à saúde, o mesmo é considerado um direito público subjetivo, sendo que “o Estado Brasileiro deve fazer o possível para promover a saúde” (WANDERLEY, 2011, p. 28).

Conforme as palavras do Ministro Luis Roberto Barroso, citado por Allan Weston de Lima Wanderley (2011, p. 28), o dever do Estado em garantir a prestação de saúde a toda a população faz com que estes detenham o “poder de exigir do Estado – ou de outro eventual destinatário da norma constitucional – prestações positivas ou negativas que proporcionem o desfrute dos bens e interesses jurídicos nela consagrados”.

Atrelado às discussões quanto ao dever do Estado de garantir os direitos sociais constitucionais, tem-se também discussões acerca do mínimo existencial e da reserva do possível, geralmente alegados pelo Estado como forma de não dar cumprimento efetivo às normas contidas na Constituição Federal.

Gilberto Bercovici, citado por Wanderley (2011, p. 37-38), explica o surgimento do Mínimo Existencial na Alemanha da seguinte maneira:

Os autores que defendem o chamado mínimo existencial sempre se rederem ao Tribunal Constitucional Alemão, que, em várias decisões, com base nos princípios da dignidade da pessoa humana, da igualdade e do Estado Social, garantiu um direito ao mínimo existencial. Pelas decisões do Tribunal, o Estado deve garantir o



direito à vida e à integridade física dos seus habitantes por meio da prestação de serviços sociais essenciais. O mínimo existencial, assim, obriga o Estado a dar condições mínimas para assegurar uma existência digna de sua população.

E esta ideia de mínimo existencial passou a ser utilizada no direito brasileiro, tornando-se um dos institutos mais defendidos quando se fala da busca do Poder Judiciário para a prestação dos direitos constitucionais.

Segundo levantamento realizado no final de 2018 pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), publicado no site G1, o Brasil gasta, por dia, R\$ 3,48 em saúde para cada brasileiro, sendo que o gasto anual do governo é de R\$ 1.271,00, em média, por pessoa, representando 2,91% do PIB nacional, o que torna o gasto estatal insuficiente para atender a demanda populacional, no que diz respeito à saúde pública.

Já o conceito de Reserva do Possível está ligado diretamente à possibilidade financeira do Estado. De acordo com Nunes e Scaff (2011, p. 97), a “Reserva do Possível é um conceito econômico que decorre da constatação da existência da escassez dos recursos, públicos ou privados, em face da vastidão das necessidades humanas, sociais, coletivas ou individuais”.

Em decisão proferida pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ), em 2014, o Ministro Herman Benjamin explica ainda que a Reserva do Possível não pode ser alegada como meio de autorizar o Estado a não garantir o mínimo existencial aos cidadãos, enfatizando ainda a possibilidade do Poder Judiciário interferir nas políticas públicas, que são de responsabilidade do Poder Executivo.

[...] É por isso que o princípio da reserva do possível não pode ser oposto a um outro princípio, conhecido como princípio do mínimo existencial. Desse modo, somente depois de atingido esse mínimo existencial é que se poderá discutir, relativamente aos recursos remanescentes, em quais outros projetos se deve investir. Ou seja, não se nega que haja ausência de recursos suficientes para atender a todas as atribuições que a Constituição e a Lei impuseram ao estado. Todavia, se não se pode cumprir tudo, deve-se, ao menos, garantir aos cidadãos um mínimo de direitos que são essenciais a uma vida digna [...].

Sendo assim, verifica-se que, apesar dos direitos sociais estarem garantidos Constitucionalmente, estes não possuem ampla eficácia no dia a dia da população brasileira.

Piorando esse cenário, tem-se ainda as políticas de austeridade adotadas pelo Governo, seja no âmbito nacional, estadual ou municipal, que tem acarretado em redução no valor investido na saúde pública no país, fazendo com que o Sistema Único de Saúde tenha cada vez mais dificuldade em atingir o seu objetivo constitucional, de garantir atendimento básico de saúde – com qualidade – a toda população brasileira.

2.3 Da Emenda Constitucional nº 95 e a saúde pública



Conforme previsto na Constituição Federal de 1988, no artigo 198, § 1º, o Sistema Único de Saúde será financiado com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, Distrito Federal e Municípios, além de outras fontes, cada um em uma porcentagem previamente determinada mediante lei. A União repassa o orçamento planejado para a saúde para os Estados, que posteriormente realizam o repasse aos Municípios, que são responsáveis pela gestão da saúde.

Recentemente, com a aprovação do Projeto de Emenda à Constituição n. 241 (atualmente Emenda Constitucional n.º 95) e outras legislações que alteram o orçamento público destinado à saúde, surgiram discussões sobre a possibilidade de desmonte do SUS como o conhecemos.

Isso porque, com a redução e/ou congelamento do orçamento destinado a essa política pública, a previsão é de que o Sistema Único de Saúde se torne cada vez menos eficiente, com menor investimento em infraestrutura e aquisição de medicamentos e equipamentos, com falta de profissionais qualificados, entre outras dificuldades que já são realidades, porém, que só tendem a piorar com as políticas de austeridades aprovadas recentemente.

A Emenda Constitucional n.º 95 instituiu um Novo Regime Fiscal no país, impondo limites às despesas primárias dos três Poderes, entre eles, o Poder Executivo, responsável pelas políticas públicas de saúde. Com esse Novo Regime Fiscal, durante o período de 20 anos, contados a partir de 2017, o orçamento do Poder Executivo será reajustado considerando o valor do limite referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

Em estudo realizado pela Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento (COFIN) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 2016, publicado pelo IPEA, foi apontado que o congelamento de gastos propostos pela PEC 241, atual EC 95, culminaria na perda de R\$ 434 bilhões pelo SUS, durante o período de vigência da Emenda Constitucional, o que demonstra o grande impacto que esta medida tomada pelo Governo Federal terá na saúde pública do país nos próximos anos.

Isso porque, conforme dados mencionados anteriormente, o gasto diário do SUS por pessoa, que atualmente é de R\$ 3,48, já é insuficiente para um atendimento de qualidade. Congelando os investimentos na área da saúde, esse valor que já é precário, tenderá a ser menor ainda, afetando diretamente à população que mais necessita de atendimento público na área da saúde e que dependem exclusivamente do SUS.



2.4 Análise dos gastos com saúde no município de Londrina-Pr

Um dos parâmetros existentes para dimensionar os gastos com saúde é o quanto se gasta na alta complexidade, que envolve as internações. Como forma de identificar os gastos em saúde em Londrina foi realizada a partir de fontes secundárias um levantamento das internações neste município, realizadas entre os anos de 2014 à 2018.

A tabela abaixo, elaborada com dados do DATASUS, demonstra a quantidade de internamentos realizados somente no Município de Londrina, Paraná, nos últimos cinco anos, referente a hospitais conveniados (instituições públicas, privadas e filantrópicas). Os dados referem-se a internamentos eletivos, de urgência e de acidentes de trabalho.

Tabela 1 – Internamentos realizados no município de Londrina/Pr nos anos de 2014 à 2018.

	2014	2015	2016	2017	2018
janeiro	3.850	3.760	3.812	4.100	5.892
fevereiro	3.994	3.807	3.763	4.299	4.799
março	3.566	4.004	4.228	4.146	4.396
abril	3.456	4.000	4.155	4.526	4.681
maio	3.538	4.205	6.082	4.230	4.786
junho	4.187	4.256	3.857	4.150	4.899
julho	3.905	3.982	4.069	4.367	4.922
agosto	4.035	4.164	4.226	4.762	5.078
setembro	4.653	4.197	4.087	4.534	5.127
outubro	3.947	4.234	4.062	4.497	4.984
novembro	4.000	4.409	4.063	4.696	5.158
dezembro	3.764	4.220	4.219	4.663	4.677
total	46.895	49.238	50.623	52.970	59.399

Fonte: DATASUS – Tabela elaborada pela autora (2019)

Conforme se observa houve um crescimento do número de internações em Londrina, desde o início do levantamento realizado. Comparando ainda com os dados referentes ao ano de 2010, ano em que houve um total de 42.521 internações, verifica-se que o aumento de internações realizadas pelo SUS tem aumentado há quase uma década.

Quanto aos valores repassados a estes hospitais conveniados, nos últimos cinco anos, para atendimento de Procedimentos Hospitalares do SUS, também observa-se que houve um aumento desse percentual, na tabela abaixo.

Tabela 2 – Valores repassados para hospitais do município de Londrina/Pr, a título de Procedimentos Hospitalares do SUS, nos anos de 2014 à 2018.

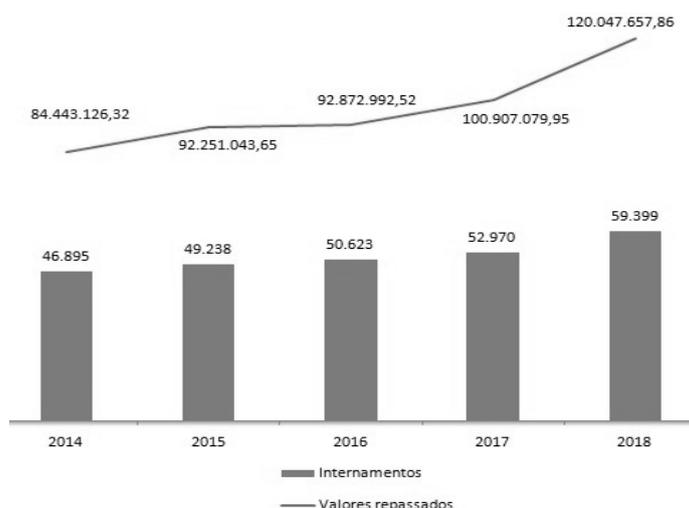


	2014	2015	2016	2017	2018
janeiro	R\$ 6.748.093,33	R\$ 7.118.575,60	R\$ 7.308.421,00	R\$ 8.129.538,13	R\$ 13.350.768,03
fevereiro	R\$ 6.679.626,66	R\$ 7.605.636,78	R\$ 7.661.045,07	R\$ 8.423.502,09	R\$ 9.690.166,12
março	R\$ 6.891.760,07	R\$ 7.550.835,83	R\$ 7.421.881,51	R\$ 8.316.594,06	R\$ 9.621.890,26
abril	R\$ 6.449.624,65	R\$ 7.370.492,79	R\$ 7.217.259,77	R\$ 8.288.998,98	R\$ 9.002.169,15
maio	R\$ 6.546.017,00	R\$ 6.769.802,18	R\$ 10.907.643,72	R\$ 7.799.800,97	R\$ 8.780.751,07
junho	R\$ 7.848.751,03	R\$ 7.987.847,37	R\$ 7.272.109,14	R\$ 7.683.068,30	R\$ 10.269.802,54
julho	R\$ 6.793.864,49	R\$ 7.583.355,29	R\$ 7.582.800,10	R\$ 8.351.850,36	R\$ 9.660.199,93
agosto	R\$ 7.098.617,35	R\$ 7.631.496,50	R\$ 7.695.655,76	R\$ 8.898.008,14	R\$ 9.762.136,21
setembro	R\$ 8.320.785,14	R\$ 8.244.219,17	R\$ 7.316.064,43	R\$ 8.708.930,35	R\$ 9.678.295,17
outubro	R\$ 7.205.608,19	R\$ 8.288.149,30	R\$ 7.123.296,78	R\$ 8.932.758,18	R\$ 10.557.379,07
novembro	R\$ 7.171.739,96	R\$ 7.980.859,65	R\$ 7.191.195,10	R\$ 8.557.122,99	R\$ 10.598.403,22
dezembro	R\$ 6.688.638,45	R\$ 8.119.773,19	R\$ 8.175.620,14	R\$ 8.816.907,40	R\$ 9.075.697,09
total	R\$ 84.443.126,32	R\$ 92.251.043,65	R\$ 92.872.992,52	R\$ 100.907.079,95	R\$ 120.047.657,86

Fonte: DATASUS – Tabela elaborada pela autora (2019)

Com base nos dados acima, pode-se verificar que o valor gasto pelo SUS para atendimento da população londrinense sofreu um aumento nos últimos anos, da mesma maneira que houve aumento no número de internações (eletivas e de urgência) realizadas através do Sistema Único de Saúde. Pode-se notar este aumento tanto nos valores repassados quanto no número de internações no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Valores repassados pelo SUS e internações no município de Londrina/Pr.



Fonte: DATASUS – Gráfico elaborado pela autora (2019)

Os dados acima demonstram a importância do Sistema Único de Saúde no atendimento à população residente no país. É crescente o número de pessoas que



dependem de políticas públicas de saúde para ter atendimento de suas necessidades, seja em caráter eletivo ou em caráter de urgência.

Além disso, deve-se destacar que diversas políticas de saúde dependem prioritariamente ou exclusivamente do SUS, tais como atendimentos realizados por serviços móveis de urgências, políticas de prevenção de doenças sazonais, entre outros já mencionados anteriormente.

O aumento no gasto financeiro do SUS nos últimos anos evidencia a necessidade de maior financiamento da saúde pública, por parte da União, Estados e Municípios, nas proporções que lhe são cabíveis.

Contudo, em que pese especialistas alertarem para a possibilidade de desmonte e enfraquecimento do Sistema Único de Saúde, que já se encontra operando de maneira inferior às necessidades do setor, tornou-se recorrente a aprovação de políticas de austeridade que diminuem o financiamento da saúde pública.

Referidas políticas de contenção de gastos irão impactar principalmente a população de menor renda, que nem sempre tem garantido o mínimo existencial que lhe seria de direito, tampouco os demais direitos sociais contidos na Constituição Federal.

Cambi (2009), citado por Barrozo (2013, p. 25), traz uma breve reflexão sobre o modo como o orçamento público deveria priorizar os direitos mínimos, sendo que entre eles encontra-se o direito à saúde pública de qualidade:

Dentro das limitações orçamentárias, o Estado deve priorizar os gastos públicos na concretização daqueles direitos que permitem gerar as condições mínimas para a emancipação, porque essa é a premissa mais favorável à realização dos direitos fundamentais em países de modernidade tardia como o Brasil. Os demais direitos devem ser buscados no exercício democrático da cidadania reivindicatória e a prática orçamentária.

No mesmo sentido, tem-se as considerações feitas por Barcelos (2002), citada por Moura (2013), acerca da obtenção de recursos por parte do Estado:

Não se pode esquecer que a finalidade do Estado ao obter recursos, para, em seguida, gastá-los sob a forma de obras, prestação de serviços, ou qualquer outra política pública, é exatamente realizar os objetivos fundamentais da Constituição. A meta central das Constituições modernas, e da Carta de 1988 em particular, pode ser resumida, como já exposto, na promoção do bem-estar do homem, cujo ponto de partida está em assegurar as condições de sua própria dignidade, que inclui, além da proteção dos direitos individuais, condições materiais mínimas de existência. Ao apurar os elementos fundamentais dessa dignidade (o mínimo existencial), estar-se-ão estabelecendo exatamente os alvos prioritários dos gastos públicos. Apenas depois de atingi-los é que se poderá discutir, relativamente aos recursos remanescentes, em que outros projetos se deverá investir.

Entretanto, as decisões tomadas pelos últimos governos demonstram que, quando se fala em corte no orçamento público, os serviços diretamente ligados a direitos fundamentais, tais como a saúde, educação e demais políticas públicas costumam ser afetados, apesar de serem serviços essenciais à população.



3. RESULTADOS

A partir das informações coletadas a respeito da forma de financiamento do Sistema Único de Saúde, e considerando a importância das políticas públicas de saúde no país, verifica-se que houve um acréscimo nos internamentos realizados por meio do SUS, em especial no município de Londrina, tendo ocorrido também um aumento nos valores que foram repassados pelo SUS ao município, como meio de custear as atividades realizadas pelos hospitais conveniados.

Entretanto, em que pese os cidadãos necessitarem cada vez mais de atendimento médico de qualidade, de maneira gratuita, as políticas fiscais voltadas à manutenção da saúde pública tem se dado no sentido de redução de investimento e cortes de verbas, em especial através da Emenda Constitucional nº 95, que aprovou a alteração no Regime Fiscal do país, modificando a maneira de calcular o percentual financeiro que será destinado à saúde anualmente.

Em uma época em que a discussão acerca do estado mínimo tem se tornado cada vez mais importante, devido à sua ligação direta com a proteção de direitos humanos, aprovar políticas que podem impactar na prestação de serviços de saúde gratuitos prestados à população pode ser vista como uma maneira de dificultar o acesso da população carente aos direitos mais básicos que deveriam lhes ser garantidos pelo Estado.

O Estado, conforme disposição Constitucional, e também de acordo com os preceitos da Declaração Universal de Direitos Humanos, deveria ser responsável por garantir aos cidadãos o acesso à saúde de qualidade, de maneira gratuita e eficaz, fornecendo-lhes meio para uma vida digna.

Entretanto, além das políticas de austeridade aprovadas, quando instado judicialmente para dar efetivo cumprimento ao texto constitucional, o Estado, por vezes, utiliza-se da alegação de reserva do possível, como forma de eximir-se de suas obrigações para com a população.

Em um país subdesenvolvido, em que grande parte de sua população não possui acesso satisfatório a diversos serviços básicos, tais como saúde, educação, moradia, entre outros, aprovar políticas que diminuem o investimento nessas áreas afetará diretamente a população que mais necessita do Estado, marginalizando-os e retirando os seus direitos mais básicos.

Além disso, fornecer à população direitos básicos de forma precária trata-se também de uma afronta à Constituição Federal e a Declaração de Direitos Humanos, na qual o Brasil é signatário. Precarizar o acesso a saúde pública de qualidade retira os direitos mais básicos da população, influenciando diretamente na sua qualidade de vida. Nesse ponto,



deve-se ressaltar também que a ausência de políticas públicas de saúde efetivas aumentam também as demandas no Poder Judiciário, pois muitos cidadãos precisam recorrer a este poder para ter acesso ao seu direito que lhe deveria ser garantido pelo Estado.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo trouxe à tona a questão que se trata de um dos direitos fundamentais, o direito à saúde. Conforme visto, a criação do Sistema Único de Saúde teve como objetivo garantir aos cidadãos brasileiros o acesso a saúde pública gratuita e universal, como meio de proteger a vida digna da população brasileira, haja vista que sem saúde, não há como se falar na proteção do bem mais valioso que existe: a vida.

Contudo, em que pese a proteção da saúde e das políticas públicas voltadas a este direito social ser uma obrigação do Estado, verifica-se que com a aprovação de políticas de austeridade, o Estado tem diminuído o investimento em saúde pública, quando deveria ocorrer justamente o contrário.

A população brasileira é formada, em sua maioria, por cidadãos que dependem de políticas públicas para terem garantido o acesso aos direitos que lhe são garantidos pela Constituição Federal. Ao diminuir os investimentos realizados nessas políticas – em especial na área da saúde – retira-se também a dignidade do cidadão, que não tem acesso de qualidade a atendimentos que visam proteger e melhorar a sua saúde como um todo.

Por meio do presente trabalho, identifiquei um paradoxo no sistema de saúde. Embora tenha ocorrido um aumento no número de internações no município de Londrina-Pr, bem como no gasto do município com procedimentos hospitalares do SUS, as políticas públicas de financiamento do Sistema Único de Saúde vão na contramão desta realidade, haja vista o congelamento do investimento público na esfera federal na área da saúde, que acarretará em menores repasses financeiros aos municípios gestores, enfraquecendo as políticas públicas de saúde.

Tal redução no repasse financeiro atingirá principalmente a população que depende exclusivamente do SUS para atendimento da saúde. Além disso, retirar um direito básico como o direito à saúde de qualidade afeta diretamente o mínimo existencial, retirando a dignidade de vida de pessoas que pouco possuem.

Ao invés de dar cumprimento ao disposto na Constituição Federal, garantindo acesso à saúde a toda a população brasileira, as políticas de austeridade adotadas pelos últimos governos influenciarão diretamente um dos direitos sociais e fundamentais mais básicos



descritos no texto constitucional, enfraquecendo um direito extremamente essencial para a população.

REFERÊNCIAS

BARCELLOS, A. P. et al. Direito à saúde e prioridades: introdução a um debate inevitável. **Rev. Direito GV**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 457-483, ago. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-24322017000200457&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 dez. 2018.

BARROZO, T. A. **Ações para obtenção de prestações sociais**: ultrassubjetividade da tutela jurisdicional e formação de litisconsórcio passivo ao cumprimento da sentença. 1. ed. Curitiba: CRV, 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dados Gerais**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>> . Acesso em: 9 fev. 2019.

BRASIL. Constituição Federal da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, 05 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> Acesso em: 17 dez. 2018.

BRASIL. DATASUS - Departamento de informática do SUS. **Procedimentos hospitalares do SUS – por gestor – Paraná**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/qgpr.def>>. Acesso em: 26 jan. 2019.

BRASIL. DATASUS - Departamento de informática do SUS. **Procedimentos hospitalares do SUS – por local de internação – Paraná**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/qipr.def>>. Acesso em: 26 jan. 2019.

BRASIL. Emenda Constitucional n.º 95, de 2016. **Diário Oficial da União**. Brasília, 16 dez. 2016. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emenda-constitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.html>>. Acesso em: 12 jan. 2019.

BRASIL. Lei nº 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 União**, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em 17 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/sistema-unico-de-saude>> Acesso em: 12 jan. 2019.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Direito constitucional e administrativo. Controle jurisdicional de políticas públicas relacionado a inúmeras irregularidades estruturais e sanitárias em cadeia pública**. Disponível em: <<https://ww2.stj.jus.br/jurisprudencia/externo/informativo/?acao=pesquisarumaedicao&livre=@cod=%270543%27>>. Acesso em: 16 jan. 2019.

CASAL, V. A. S. Do direito à saúde. In: KEINERT, T. M. M. et al. (Org). **As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde**. São Paulo: Instituto da Saúde, 2009. p. 73-85.



Londrina PR, de 02 a 05 de Julho de 2019.

CLAUDINO, V. PEC 241 pode representar perda de R\$ 434 bilhões ao SUS, avalia CNS. **IPEA**, 07/10/16. Disponível em: < <http://www.ipea.gov.br/participacao/noticiasmidia/participacao-institucional/conselhos/1482-pec-241-cns-cofin-financas>>. Acesso em: 12 jan. 2019.

DAMÉ, L. Futuro presidente terá que enfrentar financiamento do SUS. **Agência Brasil**, Brasília, 21/09/2018. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2018-09/futuro-presidente-tera-de-enfrentar-financiamento-do-sus>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

LUIZ, G. Conselho Federal de Medicina aponta investimento 'abaixo do ideal' em saúde pública no Brasil. **G1**, Distrito Federal, 13/11/2018. Disponível em: < <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/2018/11/13/conselho-federal-de-medicina-aponta-investimento-abaixo-do-ideal-em-saude-publica-no-brasil.ghtml>> Acesso em: 12 jan. 2019.

MOURA, E. S. O direito à saúde na Constituição Federal de 1988. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XVI, n. 114, jul. 2013. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13440>. Acesso em: 18 fev. 2019.

NUNES, A. J. A.; SCAFF, F. F. **Os tribunais e o direito à saúde**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011.

SANTOS, M. P. G. **O Estado e os problemas contemporâneos** - Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES : UAB, 2009.

WANDERLEY, A. W. L. **A eficácia do direito à saúde**: limites relativos ao fornecimento de medicamentos excepcionais. Cascavel: Assoeste, 2011.