

**ANÁLISE CRÍTICA DO ARTIGO 2º DA LEI 8.080 DE 1990 (LEI
ORGÂNICA DA SAÚDE) QUE DISPÕE QUE A SAÚDE É UM DIREITO
FUNDAMENTAL DO SER HUMANO**

*CRITICAL ANALYSIS OF ARTICLE 2º OF LAW 8.080 OF 1990 (ORGANIC
LAW OF SEALTH) WHICH PROVIDES THAT HEALTH IS A FUNDAMENTAL
RIGHT OF HUMAN BEINGS*

**Matheus Rocha de Oliveira
Ronilson Ferreira Freitas**

Faculdades Integradas do Norte de Minas – FUNORTE
matheusr0122@gmail.com, ronnyfarmacia@gmail.com

RESUMO

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 representou uma importante mudança da saúde no Brasil, pois ela implantou no país a forma descentralizada da saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que passou a ser regulamentado principalmente pela lei 8.080/90. Tal lei dispõe em seu artigo 2º que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. No entanto, é notável a dificuldade que o estado possui em prestar acesso à saúde de qualidade para toda a população brasileira. O objetivo geral do presente estudo é realizar uma análise crítica do mencionado artigo e demonstrar a sua efetividade em âmbito em federal, observando-se a prestação da saúde está sendo exercida de forma plena pelo estado como afirma o dispositivo em comento.

Palavras-chave: Constituição Federal. Sistema Único de Saúde. Efetividade.

ABSTRACT

The Brazilian Constitution of the Republic of 1988 represented an important change in the health system of Brazil, since it implemented the decentralized form of health in Brazil, with the creation of the Unified Health System (SUS), which was mainly regulated by Law 8.080 / 90. Article 2 of this law states that "health is a fundamental right of the human being, and the State must provide the necessary conditions for its full exercise". However, it is remarkable the difficulty that the state has in providing access to quality health for the entire brazilian population. The general objective of the present study is to perform a critical analysis of the aforementioned article and to demonstrate its effectiveness in federal scope, observing if the health care is being fully exercised by the state as stated in the device in question.

Keywords: Federal Constitution. Unified Health System. Effectiveness.

INTRODUÇÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88) implantou a ideia de seguridade social, sendo ela apresentada como uma forma dos direitos sociais de cidadania, que incluem a saúde, a previdência e assistência. Integrando as proposições

realizadas pela reforma sanitária, passou a reconhecer o direito à saúde como um dever do Estado, através de políticas, econômicas e sociais, e também com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), sistema universal, público, participativo, descentralizado e integral (PAIM, 2013).

A saúde é um direito fundamental previsto na CRFB/88, dispondo o seu artigo 196 que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. De acordo com Medici (2009), a reforma Constitucional de 1998 implantou diversas alterações nos investimentos financeiros da saúde no Brasil. Estas mudanças se relacionam com a criação do SUS, implantado pela Constituição de 1988 e complementado posteriormente pelas emendas constitucionais 29/2000, 51/2006, sendo regularizado pela lei 8.080/90.

A lei 8.080/90, foi sancionada pelo então presidente da República, Fernando Collor de Mello, e decretada pelo Congresso Nacional, sendo publicada no diário oficial em 20 de setembro de 1990 e implementou no país o SUS. Trata-se de uma lei de âmbito federal, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 1990).

A implantação do SUS, de acordo com os seus princípios e normas estabelecidos, apresenta a integração da forma descentralizada dos serviços de saúde por regiões, podendo eles serem prestados pelo Estado ou contratados com convênios particulares (PESSOTO *et al.*, 2007).

A lei regulamenta e estabelece os princípios, os objetivos, as diretrizes, bem como a competência e atribuições do SUS e também garante o acesso universal à saúde, dispondo o seu artigo 2º: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. Portanto o acesso à saúde é um direito fundamental e a lei atribui ao Estado o dever de prestar os serviços de saúde a todos, sem qualquer distinção (BRASIL, 1990).

Apesar de lei garantir a todos o acesso à saúde, é comum observar em reportagens de jornais ou mesmo ouvir reclamações da população, sobretudo os mais carentes, sobre o sistema de saúde pública do Brasil, como por exemplo falta de leitos hospitalares, medicamentos e profissionais da saúde, entre outros. Não obstante a lei 8.080/90 ter trazido avanço na saúde, percebe-se que o SUS apresenta falhas. Carvalho (2010) atribui essas falhas ao aumento da demanda, o agravamento da demanda, o encarecimento da assistência e queda real do financiamento em proporção às necessidades sentidas e acumuladas.

A realização do estudo se mostra relevante porque o direito à saúde é um direito fundamental importante tutelado pela Constituição Federal e que não está sendo respeitado de forma plena, diante de tantos casos de descontentamento da população que existe com o SUS. Sendo assim, o estudo irá fornecer a sociedade e ao meio acadêmico informações para compreender melhor a lei, o SUS e suas falhas.

O presente estudo tem como objetivo geral realizar uma análise crítica do artigo 2º da lei 8.080/90, - que diz que o direito à saúde é universal - através de reportagens em jornais, que demonstram que a realidade da saúde pública no Brasil não reflete exatamente aquilo que está previsto no citado dispositivo.

METODOLOGIA

Para atingir os objetivos propostos neste estudo, foi realizada uma pesquisa com procedimentos bibliográficos, de natureza exploratória. Segundo Marconi e Lakatos (1992), a pesquisa bibliográfica é o levantamento de toda a bibliografia já publicada, em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita. A sua finalidade é fazer com que o

Revista Desenvolvimento Social Nº 21/01, 2017. (ISSN 2179-6807)

pesquisador entre em contato direto com todo o material escrito sobre um determinado assunto, auxiliando o cientista na análise de suas pesquisas ou na manipulação de suas informações. Ela pode ser considerada como o primeiro passo de toda a pesquisa científica.

Com relação à pesquisa exploratória, Gil (1999) considera que esta tem como objetivo principal desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. Segundo o autor, este tipo de pesquisa tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses.

Para auxílio no desenvolvimento do presente estudo, foram utilizados como fonte de dados, artigos científicos originais e de revisão disponíveis em bases de dados científicos, dos sítios dos Tribunais e periódicos, além de obras literárias que tratam sobre a temática como a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Para demonstrar a realidade da saúde pública no Brasil, foram selecionadas algumas reportagens por conveniência, escolhida aleatoriamente, que foram exibidas por jornais no período de 2015 a 2017 e que se encontram disponíveis na internet.

DESENVOLVIMENTO

Reforma Constitucional de 1988 e lei 8.080 de 1990

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88), apelidada de “Constituição Cidadã” foi aprovada pela Assembleia Nacional Constituinte em 22 de setembro de 1988 e promulgada em 5 de outubro de 1988. Segundo Oliveira (2010), recebeu essa alcunha em razão de uma série de direitos sociais que continham em seu texto, que respondia aos anseios da sociedade daquela época, após 42 anos da vigência da Constituição de 1946, última implementada sob o regime democrático no País.

A CRFB/88 representa um marco no histórico Constitucional do Brasil, pois o país passava por um período de redemocratização em razão da ditadura militar, ocorrida em 1964. A carta implantou no país o chamado “Estado Social de Direito”, e junto com ele, os direitos sociais, também chamado pela doutrina de direitos de segunda geração. Silva (2005), pontua que: os direitos sociais são normas positivadas pelo Estado que permitem aos mais fracos alcançarem uma melhor condição de vida, direitos que buscam diminuir a desigualdade.

Castro e Ribeiro (2009, p. 17-18) prelecionam que:

A nova Carta proclamava o estabelecimento de um Estado democrático reconhecedor de direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais. Alcançava-se um novo patamar de cidadania, comparável à concepção clássica de Marshall (1967), a respeito de direitos civis, políticos e sociais. Muitos desses direitos nunca antes haviam sido objetos de garantia legal no país. Outros, já definidos em legislação anterior, passam a ser garantidos em nível constitucional.

Sendo assim, a CRFB/88 trouxe diversos avanços no campo social para o país, houve aumento e progresso na conquista de direitos trabalhistas e previdenciários, no campo da educação, a nova Constituição garantiu o aumento de recursos federais para serem investidos nessa área e no campo da saúde houve a universalização da saúde, ou seja, o Estado passou a ter expressamente o dever de garantir o acesso à saúde a todos, sem qualquer discriminação por força do seu dispositivo 196.

A partir da reforma constitucional de 1988, o governo brasileiro introduziu uma série de mudanças na forma de financiamento dos gastos públicos com saúde. Estas mudanças se vinculam basicamente à uma nova concepção de direito a saúde no Brasil, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela

Constituição de 1988, aperfeiçoado posteriormente pelas Emendas Constitucionais 29 (de 2000) e 51 (de 2006), regulamentado por Leis e operacionalizado por uma sequência de instrumentos legais (decretos, portarias, normas internas e manuais do Ministério da Saúde) (MEDICI, 2009, p. 2).

A CRFB/88 implantou no Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo assim a Carta representa um elemento essencial para a criação da Lei 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. A partir desse momento a saúde no Brasil passa então a ser regulada por essa lei.

No entanto, antes de discutir mais acerca da lei 8.080/90 é importante que se faça uma volta ao passado para compreender o histórico da saúde pública no Brasil, como ela era tratada e regulamentada antes da promulgação da Constituição de 1988, uma vez que a carta representou um grande avanço na saúde do país ao criar e implementar o SUS.

Segundo Paulus Júnior e Cordonni Júnior (2006), durante o período de 1897 até 1930, os assuntos ligados à saúde eram de responsabilidade do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, principalmente na Diretoria Geral de Saúde Pública. A previdência social surgiu em 1923, com o decreto lei Elói Chaves, dando origem as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS), que eram organizadas pelas empresas que prestavam assistência à saúde. No ano de 1933 surgiram os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), o modelo baseava nos vínculos trabalhistas, portanto só quem trabalhava tinha direito aos benefícios, ou seja, aqueles possuíam carteira assinada.

Com a promulgação da CRFB/88, a saúde no Brasil passou a ser regulamentada pelas leis 8.080/1990 e 8.142/1990, ambas leis, de âmbito federal essas leis foram criadas com objetivo de descentralizar a saúde e garantir uma cobertura maior da saúde para a população.

Ao detalhar os princípios e diretrizes sob os quais o sistema passou a ser organizado e as competências e atribuições das três esferas de governo, a regulamentação (Leis nº 8080, de 19/9/1990, e nº 8142, de 28/12/1990), buscou delinear o modelo de atenção e demarcar as linhas gerais para a redistribuição de funções entre os entes federados. O SUS foi definido como constituído pelo 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 (Lei nº 8080, art. 4º, caput). A iniciativa privada pode participar do SUS em caráter complementar (CF, art. 199, § 1º; Lei nº 8080, art. 4º § 2º, mediante contrato de direito público, mas as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência (CF, art. 199, § 1º, Lei 8080, art. 25) (SCHECHTMAN et al., 2002 p. 249).

A CRFB/88 representou um grande avanço na saúde, uma vez que pela primeira vez a saúde ganhou na Constituição uma seção com artigos e princípios próprios. A lei 8.080/90 regulamenta os objetivos, os princípios, as diretrizes, as atribuições e competência do Sistema Único de Saúde, enfim da organização do sistema como um todo. Deste modo, aponta Paim (1992, p. 34):

O Sistema Único de Saúde, constituído por uma rede regionalizada, hierarquizada e integrada por ações e serviços públicos de saúde seria organizado, segundo a Constituição da República, através das diretrizes de descentralização (com direção única em cada esfera de governo), atendimento integral e participação da comunidade.

Sendo assim, com o SUS implantado pela lei 8.080/90 houve o repasse das verbas destinadas saúde para o município. A responsabilidade pela saúde que antes era atribuída à união passou a ser dos municípios, apesar de que a lei não excluiu totalmente o dever da União e do Estados.

Além disso a lei em seus dispositivos estabeleceu uma série de princípios que merecem ser destacados. Eles norteiam o SUS e basicamente demonstram as suas funções mais importantes. Carvalho (1993, p. 15) explica que:

- Os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde são os seguintes:
- Saúde como direito de todos e dever do Estado, ainda que se conte com a cooperação dos indivíduos, das famílias, da sociedade e das empresas; - universalidade e equidade do acesso;
 - Fim da dicotomia entre promoção, prevenção, assistência e reabilitação, com ênfase na prevenção;
 - Integralidade na assistência ao indivíduo; - gratuidade; - descentralização com gestor único em cada esfera de governo;
 - Participação complementar do privado, com preferência para os filantrópicos e os sem fins lucrativos, ainda que a atividade privada seja livre, sob controle do Estado;
 - Ênfase em algumas áreas como saúde do trabalhador, vigilância epidemiológica, sanitária, alimentação e nutrição, portadores de deficiência;
 - Participação comunitária efetiva através dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde.
 - Financiamento tripartite entre a União, Estados e Municípios e através dos recursos da Seguridade Social.

Um dos princípios mais importante que rege o SUS é o princípio da universalidade. Segundo Pontes *et al.* (2009), a universalidade coloca o direito à saúde como um direito de cidadania protegido pela CRFB/88, atribuindo ao Estado o dever de assegurar esse direito a todos, sem nenhuma diferença. Todos passam a ter esse direito não somente aqueles que possuíam vínculo com a previdência social, como ocorria anteriormente. Ainda segundo os mesmos autores, a integralidade é o princípio que atribui a população o direito de ser receber assistência à saúde de forma plena, ou seja, de acordo com as suas necessidades. E finalizam dizendo que a equidade, seria um subprincípio que deriva do princípio da universalidade, que considera as diferenças sociais dos diversos grupos da sociedade, para distribuir os recursos onde há mais carência, diminuindo assim as desigualdades.

A lei que implantou o sistema de saúde pública no Brasil representou um grande avanço na saúde pública do país ao instituir o SUS, e a descentralização da saúde, no entanto o sistema ainda recebe inúmeras críticas, dentre elas a falta de profissionais qualificados, falta de estrutura hospitalar etc. Sendo assim as principais críticas se relacionam com o baixo investimento do governo federal na área da saúde.

[...] o financiamento da saúde —elemento de grande interesse da agenda de ajustes— passou, nos anos 1990, por um conjunto de redefinições, cujo desfecho foi a aprovação, em 2000, da emenda constitucional 29 (EC/29). Esta emenda estabelece que os estados passem a investir 12% da receita de impostos estaduais em serviços e ações de saúde; os municípios, 15% da receita de impostos municipais; e a União, o montante aplicado no ano anterior corrigido pela variação nominal do produto interno bruto (PIB). Em 2001, o gasto público em saúde no Brasil atingiu 3,2% do PIB. Embora haja divergências quanto ao impacto da emenda (se resultou ou não na ampliação do gasto em saúde), a introdução desse tipo de mecanismo constitucional tende a limitar a ação restritiva dos governos no gasto em saúde, constituindo-se em um avanço importante frente às ameaças impostas pelos governos neoliberais (PASCHE *et al.* 2006, p. 417).

Mesmo com a aprovação da emenda constitucional 29/2000, os investimentos com a saúde pública ainda continuam sendo baixos, pois é possível ver claramente que falta muito para que aquilo que está na lei efetivamente seja concretizado, já que é possível ver claramente o descontentamento da população com a saúde pública no país, sobretudo nas regiões mais carentes onde o acesso à saúde é ainda mais difícil.

A saúde como um direito de todos: os problemas do art. 2º da lei 8.080/90

A lei 8.080/90, preleciona em seu artigo 2º o seguinte:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (BRASIL, 1990).

Sendo assim a lei assegura a todos o direito à saúde, colocando como dever do Estado a responsabilidade de prestá-la, através de políticas econômicas e sociais que promovam a assistência saúde e o seu desenvolvimento. No entanto, o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família e nem da sociedade. Deste modo, apesar de o dever de prestar saúde ser do Estado, não é somente dele essa atribuição, ficando essas pessoas também responsáveis pelo desenvolvimento da saúde.

Apesar de a lei 8.080/90 e o sistema de saúde por ela implantado no Brasil – o SUS, representarem um grande avanço na saúde do país, ao promover o acesso universal a saúde, podemos observar que a lei ainda apresenta fragilidade e falhas em relação à sua efetividade, uma vez que podemos observar que seus princípios basilares, quais sejam eles o da universalidade e da equidade, não estão sendo respeitados, pois é possível identificar o descontentamento da população com o atual sistema de saúde e as desigualdades que ele apresenta entre as diversas regiões do país.

O princípio da universalidade está previsto no artigo 2º da lei 8.080/90 e na própria Constituição do Brasil de 1988, e é um dos princípios básicos do SUS, assim como o princípio da equidade. A universalidade pode ser caracterizada como o direito de toda a população ao acesso à saúde, sem qualquer tipo de distinção ou discriminação. Já a equidade visa reduzir a desigualdade que existe entre a distribuição de recursos financeiros entre os estados e regiões. Santos e Andrade (2012, p. 2.876), pontuam que:

Há um vasto espaço ainda existente entre as necessidades de saúde da população e a rede pública de ações e serviços de saúde. O SUS conta com efetivas dificuldades quanto ao acesso do cidadão às ações e serviços de saúde resolutivas, adequadas, oportunas, humanas, eficazes.

Segundo Granja, Zoboli e Fracolli (2013) o princípio da equidade não está descrito de forma expressa no texto da CRFB/88, no entanto os especialistas em saúde pública entendem que ele é um princípio implícito do SUS, e que representa um desafio para os gestores em saúde pública do Brasil em razão das dificuldades no financiamento da saúde.

Nas diferentes regiões do Brasil é possível observar que os gastos do governo federal com a saúde pública variam muito, sendo que os estados mais desenvolvidos, ou seja os estados do sul e sudeste recebem mais recursos para investirem na saúde, enquanto as regiões menos desenvolvidas como a região norte e nordeste sofrem ainda mais com a falta de investimento na saúde, conforme observa Silva (2003, p. 79):

Sabe-se que o gasto público é muito desigual entre as diferentes regiões e Estados, mas não é tão evidente, e as desigualdades se devem mais às diferenças nos aportes dos Estados e municípios: o dispêndio público total per capita varia entre R\$ 153,10 no Sudeste e R\$ 85,90 no Nordeste, ou seja, uma diferença de R\$ 67,20, enquanto a variação do aporte federal para estas regiões é de apenas R\$ 21,60.

Sendo assim é possível perceber que essa visível desigualdade na distribuição dos recursos representa uma das principais falhas do SUS, pois a falta de investimento resulta na escassez de profissionais da saúde, leitos hospitalares, medicamentos, dentre outras coisas que englobam o direito à saúde em si, privando uma certa parte da população desse direito fundamental que é assegurado não só pelo artigo 2º da lei 8.080/90, mas também pela Constituição do Brasil de 1988.

Não obstante o artigo 2º da lei preconizar acesso igualitário da população à saúde, podemos notar que isso não acontece de forma plena, já que saúde pública no Brasil não recebe o devido investimento que deveria receber, o que resulta na impossibilidade de que todas as pessoas tenham acesso de qualidade à saúde como previsto no mencionado dispositivo.

Decerto que o SUS é uma política das mais importantes para a construção de um país socialmente justo. Porém, “é difícil se pensar em um Sistema de Saúde universal e equitativo em um país, como o Brasil, onde a muitos faltam condições de sobrevivência. Todavia, se é difícil ter o SUS legal cabalmente implantado nas atuais condições sociais do país, não é menos difícil reverter esse quadro sem uma política de saúde baseada nos princípios de universalidade e equidade. Nesse sentido, o SUS necessário, para que tenhamos uma sociedade mais justa, está definido em seus princípios legais. Por sua vez, o SUS possível hoje é aquele que se encontra no funcionamento cotidiano dos serviços de saúde. Apesar dos significativos avanços desde o início dos anos 1990, o SUS possível ainda está longe do SUS necessário (VIEGAS; PENNA, 2013, p. 182).

Sendo assim o atual estado do SUS não é nada animador, pois representa um reflexo do próprio país, diante da omissão e do descaso do Estado em relação ao dever de prestar a saúde a população. Isso tudo decorre principalmente do baixo financiamento da saúde pública no Brasil, uma vez que sem o investimento do governo federal fica difícil oferecer a população acesso à saúde de forma digna e com qualidade como está previsto na Constituição Brasileira de 1988 e na Lei 8.080/90.

Deste modo, Carvalho (1993, p. 19) descreve que:

A primeira falha existente é o baixo investimento do governo federal em saúde (menos de 1 % de seu orçamento fiscal), ainda que tenha ficado claro na Constituição que cada esfera de governo deva colocar recursos fiscais para sustentar o orçamento da Seguridade Social. A segunda falha é em relação aos demais componentes de receita da Seguridade Social. O que todos nós pensávamos, quando da implantação da ideia de Seguridade Social, é que o Orçamento da Seguridade Social fosse se constituir num grande fundo onde três parceiros iriam buscar recursos indiscriminadamente de acordo com os percentuais históricos de sua necessidade (Saúde 30%, Previdência 65% e Assistência Social 5%). Isto não se deu. A fonte de contribuição de empregados e empregadores foi mais destinada à previdência ficando a saúde com apenas 15% dela.

Diante do baixo investimento da saúde pelo governo federal, surgem diversos problemas a serem enfrentados pelos estados e municípios. O acesso à saúde torna-se um obstáculo para a população, que na maioria das vezes, não consegue o devido acesso à saúde, diante da falta de recursos oferecidos pelo estado para a prestação desse direito.

A qualidade dos serviços prestados pelo SUS é caracterizada como precária pela maior parte dos depoentes, dificultando o alcance do atendimento ou a resolução das demandas apresentadas. A precariedade dos serviços do SUS se concretiza nas filas, no atendimento desumanizado, na presença de pacientes sendo atendidos nos corredores e nos consecutivos períodos de greves do funcionalismo público, entre outras coisas (PONTES *et al.*, 2009, p. 503).

Portanto é evidente o descontentamento de parte da população com o atual sistema de saúde, uma vez que o sistema não trata de forma igual todos, já que uns tem sim acesso à saúde, enquanto outros passam por dificuldades para conseguir efetivar esse direito, portanto, observa-se mais uma vez violação aos princípios da lei 8.080/90 e do SUS. Sendo assim, o direito ao acesso à saúde que deveria ser para todos, não é respeitado, já que uma parte da população fica excluída em virtude dessas dificuldades.

O direito à saúde necessita, ainda, de resposta quanto ao que cabe nesse direito. Tudo o que se pretender ou há limites tecnológicos e financeiros? E esse limite implica um dever e um direito: o cidadão precisa participar da definição das políticas de saúde imbuído do seu dever de solidariedade social no sentido de se optar por escolhas justas de modo a permitir a universalidade do seu acesso de forma igualitária. Não se pode pretender que o sistema assume apenas um caráter individual desprovido do olhar coletivo; sem aceitar uma organização técnico-sanitária equânime, um acesso ordenado, a justiça social não será alcançada. Nesse ponto a equidade é princípio fundamental que deve pautar a saúde, mesmo sem ter sido mencionada na legislação da saúde, por ser um dos elementos de justiça (SANTOS; ANDRADE, 2012, p. 2877).

Diante dessas falhas no SUS, é possível perceber que a população que mais sofre com as consequências das falhas do sistema é a população mais carente que reside nas zonas mais pobres do país, já que são esses os principais usuários da saúde pública do país, uma vez que a população considerada mais rica tem acesso ao sistema privado de saúde, onde são oferecidas condições de acesso à saúde infinitamente superiores ao sistema público. Sendo assim o estado devia preocupar mais ainda, pois são justamente essas pessoas que necessitam de maior suporte e assistência. Medici (2010, p.15) esclarece que:

A iniquidade do SUS não está no grau de utilização do sistema por ricos e pobres. Os grupos de renda mais elevada utilizam o SUS bem menos do que os grupos mais pobres, demonstrando a importância do sistema público para o atendimento das necessidades de saúde da população mais carente. A maioria dos pobres, utiliza exclusivamente o SUS e alguns dos que o utilizam são também usuários de planos privados de saúde. Os pobres que não utilizam o SUS não o fazem por falta absoluta de acesso, mas esses não chegam a 10% da população, segundo os últimos dados disponíveis. Vivem em geral em comunidades isoladas, regiões de difícil acesso e áreas rurais. Muitas vezes os pobres nas áreas metropolitanas têm acesso ao SUS, mas os serviços são de qualidade questionável e não atendem ao complexo quadro de determinantes sociais e epidemiológicos que condicionam a saúde destas áreas.

Deste modo, fica evidente que a população carente é a que mais sofre com a falta de estrutura e apoio do estado quanto à prestação dos serviços de saúde, pois não possuem condições de pagar um tratamento ou convênio particular, ficando a mercê do estado e do SUS, que nem sempre estão lá para lhes prestar o devido suporte e assistência no que diz respeito a saúde, mostrando dessa forma a desigualdade e o desrespeito a equidade.

Por isso ordenar o acesso significa ter como norte a justa organização das ações e dos serviços públicos de saúde para um coletivo de 190 milhões de pessoas. Assim impõe-se regular as portas de entrada, a atenção primária, a formação de recursos humanos, a Renam e a Renases (instituídas pelo Decreto 7.508, de 2011) para que elas expressem a garantia da integralidade da assistência à saúde. Esse é o caminho para uma boa e justa governança na saúde. E que a polissemia da expressão acesso seja contemplada em todas as políticas públicas e sua forma organizativa para ser de fato universal e igualitária (SANTOS; ANDRADE, 2012, p. 2.877).

A lei 8.080/90 representou grandes avanços na área da saúde do Brasil ao estabelecer os princípios da universalidade da saúde, da integralidade e da equidade, no entanto as
Revista Desenvolvimento Social Nº 21/01, 2017. (ISSN 2179-6807)

desigualdades e a efetiva prestação do serviço nas diferentes camadas da população representam os maiores desafios da lei, cabe ao estado portanto a difícil tarefa de implantar políticas públicas e sociais, além de aumentar o investimento na área da saúde, para que este direito fundamental do ser humano seja de fato colocado à disposição de todos, como está previsto no artigo 2º da lei 8.080/90 e também na Constituição da República de 1988, para que desta forma possa haver a exclusão das desigualdades sociais e todos tenham acesso de saúde de qualidade, já que esse é um direito de todo o cidadão brasileiro.

Na próxima seção será demonstrado através de casos reais, ocorridos nas capitais brasileiras, exatamente essas desigualdades e as dificuldades que o estado tem de prover acesso à saúde de qualidade para toda a população.

CASOS CONCRETOS RELACIONADOS AOS PROBLEMAS DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Nesta seção, procurou-se demonstrar os problemas na prestação de serviços de saúde pública à população através de casos reais ocorridos nas diversas regiões do País. Para tanto, foram utilizadas notícias jornalísticas retiradas do site G1, que serão analisadas e confrontadas com o artigo 2º da lei 8.080/90, que dispõe que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (BRASIL, 1990).

Figura 1 – Pacientes da grande BH sofrem com atendimento de saúde precário



Fonte: <http://g1.globo.com/minas-gerais/noticia/2015/04/pacientes-da-grande-bh-sofrem-com-atendimento-de-saude-precario.html>.

Não obstante a lei dispor que a saúde é um direito de todos, é possível perceber claramente que esse direito não está sendo assegurado a toda população brasileira, casos como pacientes que morrem em filas de hospitais ou postos de saúde, falta de profissionais capacitados e também de medicamentos, dentre outros problemas relacionados ao tema da saúde são corriqueiros e demonstram as fragilidades do sistema de saúde pública do Brasil.

Segundo Pontes (2009), os efeitos que se encontram na dificuldade de acesso ao SUS estão relacionados com a falta ou a dificuldade de acesso aos hospitais públicos, não efetivação dos sistemas de referência e contrareferência, e por fim, na morte, em razão de não se conseguir o atendimento buscado.

Na região metropolitana de Belo Horizonte, capital de Minas Gerais, a reportagem do MGTV 1º edição publicada no dia 24/07/2015 no site G1 demonstra os problemas da

saúde pública e a dificuldade que algumas pessoas têm em conseguir acesso a esses serviços. Segundo a notícia, os hospitais da região de Betim e Ribeirão das Neves apresentam diversos problemas, que estão ligados principalmente à estrutura precária, demora no atendimento, filas e a falta de informação.

Na Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) de Justinópolis, um bairro do município de Ribeirão das Neves, pacientes relataram que a espera por uma consulta durava mais de oito horas. Já no hospital de São Judas Tadeu, no mesmo município, a fila podia ser vista já na entrada da unidade.

Segundo os funcionários e a equipe de plantão do hospital existe falta de profissionais. O local ainda apresenta problemas de infraestrutura, como cadeiras quebradas, banheiros em má estado de conservação e macas espalhadas pelos corredores.

Em Betim a situação é a mesma, na Unidade de Atendimento Integrado (UAI), no bairro Jardim Alterosas, e na Unidade de Pronto-Atendimento Sete, no bairro Vila Recreio, também existe demora no atendimento.

O Ministério da Saúde garantiu que cumpre os investimentos determinados por lei e que foram enviados, desde 2013, quase R\$ 400 milhões para as prefeituras de Ribeirão das Neves e Betim.

Em Cuiabá, Mato Grosso, a notícia demonstra que a população também encontra dificuldades em ter acesso ao sistema público de saúde. Nas policlínicas e postos do Programa de Saúde da Família (PSF) existem falta de profissionais capacitados, falta de recursos e má estrutura, dessa forma, os pacientes ficam sujeitos a filas intermináveis e remarcações de consultas.

Nos PSFs faltam profissionais importantes, como dentistas e agentes de saúde, e até mesmo de médicos, que são pouco. Como essas unidades em geral não suprem as necessidades da população, os usuários acabam abandonando-as e buscam pelas policlínicas e Upas.

No entanto, ao procurar pelas policlínicas, novas dificuldades são encontradas. Em Várzea Grande, Mato Grosso, as policlínicas não funcionam a noite ou durante os finais de semana, levando os pacientes a procurarem pelos prontos socorros. Na policlínica Miguel Baracat devido à falta de profissionais, as consultas são sempre marcadas para o mês seguinte, sem contar que há ainda falta de limpeza de unidade.

Figura 2 – Pacientes sofrem com descaso nas unidades de saúde de Belém



Fonte: <http://g1.globo.com/pa/para/noticia/2016/06/pacientes-sofrem-com-o-descaso-nas-unidades-de-saude-de-belem.html>.

Em Belém a situação é a mesma, os pacientes que necessitam recorrer ao sistema público de saúde, também reclamam da falta de médicos e das más condições das unidades de

saúde da capital. Em nota, a secretaria de saúde de Belém (Sesma) informou que as unidades operam com a quantidade de médicos e especialidades determinados por lei.

No pronto socorro municipal Mário Pinotti, que foi reformado, custando R\$ 17 milhões entre obras e compras de equipamentos, existe superlotação. Em imagens feitas por um aparelho celular é possível ver os pacientes deitados em macas nos corredores e acompanhantes aguardando no chão da unidade. Já no pronto socorro de Guamá, o prédio está lotado, e os pacientes são obrigados a tomar soro na sala de recepção

O que poderia resolver o problema da superlotação nos prontos socorros da cidade seria o funcionamento total das 11 unidades municipais de saúde que atendem urgência e emergência na região metropolitana.

Figura 3 – Sem salários, médicos interrompem atendimentos em hospital de Mato Grosso



Fonte: <http://g1.globo.com/mato-grosso/noticia/2016/07/sem-salarios-medicos-interrompem-atendimentos-em-hospital-de-mt.html>.

No Mato Grosso, os médicos e profissionais da saúde do setor de pediatria do Hospital Regional de Colider realizaram paralisação das atividades da unidade devido à falta de equipamentos e medicamentos. Em razão da paralisação, os partos e atendimentos infantis foram transferidos para outras cidades da região.

A principal reivindicação feita pelos médicos obstetras e pediatras é a falta de pagamento. “Você trabalha, faz compromisso com o dinheiro, mas não recebe. É uma situação muito complicada”, afirmou um médico, que não quis se identificar.

Figura 4 – Pacientes morrem à espera de leitos de UTI na rede pública de Goiás



Fonte: <http://g1.globo.com/goias/noticia/2017/02/pacientes-morrem-espera-de-leitos-de-uti-na-rede-publica-de-goias.html>.

Já no estado de Goiás pacientes estariam morrendo em razão de não haverem leitos disponíveis em UTI (Unidade de terapia intensiva). Dos 246 municípios do estado, apenas 13 contam com esse tipo de atendimento. Dessa forma, os pacientes necessitam ser transferidos para outras cidades que possuem UTI, no entanto, alguns deles, em estado grave, morrem antes mesmo de conseguir a transferência.

O mesmo problema acontece no município de Quirinópolis, no leste do estado, que possui um hospital com 10 leitos de UTI prontos, mas há falta de médicos e equipamentos.

As cidades do entorno sul do Distrito Federal, do qual fazem parte os municípios de Valparaíso de Goiás, Luziânia, Santo Antônio do Descoberto, Novo Gama, Cristalina e Cidade Ocidental enfrentam o mesmo impasse. A região conta com quase 1,1 milhão de habitantes e não há nenhum leito de UTI disponível.

Na cidade de Águas Lindas, que também fica no Entorno de Brasília, deveriam ter sido construídos 40 leitos para tratamento intensivo em 2010. Porém, o projeto nunca se concretizou, devido a uma série de problemas, entre desvio de verbas, erros no projeto e o Tribunal de Contas da União acabou embargando a obra. Os trabalhos foram retomados há dois anos, mas seguem em andamento.

Diante dos problemas que foram apresentados, fica evidente que o acesso à saúde no Brasil é limitado e que necessita melhorar muito ainda, pois a saúde, como um direito fundamental, é requisito indispensável para que qualquer pessoa tenha uma vida digna.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, foi possível observar o déficit no atendimento à saúde de determinadas populações pelo sistema público. O que se observa é que existe pouco investimento na área da saúde, além disso, também existem problemas relacionados à má gestão na distribuição dos recursos pelo governo federal, já que alguns estados recebem mais verbas que outros para serem aplicadas na área saúde. Apesar desses problemas, a lei 8.080/1990 e o SUS representam um marco na história da saúde do Brasil, pois, apesar de a lei apresentar suas falhas, ela contribuiu muito para o avanço da saúde pública no país. Além disso, o SUS representa um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, sendo o Brasil o único país que oferece saúde gratuita para a população. Dessa forma, o problema não está na lei em si, cabe ao governo federal investir mais na área da saúde, de forma equânime, e aos estados e

municípios aplicarem melhor os recursos destinados à saúde, para que assim o sistema de saúde seja de fato universal, integral e igual para todos, como está previsto na lei.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em: 04/05/2017.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 04/05/2017.

CARVALHO, G. C. M. O momento atual do SUS... a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 9-24, 1993.

CASTRO, J. A. de; RIBEIRO, J. A. C. As políticas sociais e a Constituição de 1988: Conquistas e desafios. **Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise**, Brasília, p. 17-96 Introdução, n. 17, 2009.

GRANJA, G. F.; ZOBOLI, E. L. C. P.; FRACOLLI, L. A. O discurso dos gestores sobre a equidade: um desafio para o SUS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3759-3764, 2013.

G1. Pacientes da grande BH sofrem com atendimento precário. Disponível em: <<http://g1.globo.com/minas-gerais/noticia/2015/04/pacientes-da-grande-bh-sofrem-com-atendimento-de-saude-precario.html>> Acesso em: 04/05/2017

_____. Pacientes sofrem com o descaso nas unidades de saúde de Belém. Disponível em: <<http://g1.globo.com/pa/para/noticia/2016/06/pacientes-sofrem-com-o-descaso-nas-unidades-de-saude-de-belem.html>> Acesso em 04/05/2017

_____. Sem salários, médicos interrompem atendimentos em hospital de MT. Disponível em: <<http://g1.globo.com/mato-grosso/noticia/2016/07/sem-salarios-medicos-interrompem-atendimentos-em-hospital-de-mt.html>> Acesso em 04/05/2017

_____. Pacientes morrem à espera de leitos de UTI na rede pública de Goiás. Disponível em: <<http://g1.globo.com/goias/noticia/2017/02/pacientes-morrem-espera-de-leitos-de-uti-na-rede-publica-de-goias.html>> Acesso em: 04/05/2017

OLIVEIRA, C. R.; OLIVEIRA R. C. Direitos sociais na constituição cidadã: um balanço de 21 anos. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 105, p. 5-29, jan./mar. 2011

MEDICI, A. Breves Considerações sobre a Relação entre Financiamento da Saúde e Direito Sanitário no Brasil, Publisher: Editora Saberes, Editors: Lenir Santos, pp.243-280

MERCADANTE, O. A. (Coord.) *et al.* Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 236-313.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e a municipalização. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 29-47, 1992.

_____. A Constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n.10, p. 1927-1936, out. 2013.

PASCHE, D. F. *et al.* Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health** 20(6), 2006.

PAULUS JÚNIOR, A.; CORDONI JÚNIOR, L. Políticas pública de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez.2006.

PESSOTO, U. *et al.* Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na região metropolitana de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 351-362, abril 2007.

PONTES, A. P. M. de *et al.* O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 500-507, set. 2009.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. de. Acesso às ações e aos serviços de saúde: uma visão polissêmica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2876-2878, novembro 2012.

SILVA, J. A. da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 10º ed. São Paulo: Malheiros, 2005.

VIEGAS, S. M. da F.; PENNA, C. M. de M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 181-190, Jan. 2013.

Recebido para publicação em 30 de maio 2017
Aceito para publicação em 17 de julho de 2017