

POLÍTICAS PÚBLICAS: O SUS E A GARANTIA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

PUBLIC POLICIES: THE SUS AND THE GUARANTEE OF FUNDAMENTAL RIGHTS



Artemis Dias Santos¹

Resumo: O Sistema Único de Saúde (SUS) persiste na prestação de serviços há trinta e dois anos e, apesar de ao longo do tempo e dos avanços ocorridos, alguns problemas antigos persistem e novos têm surgido. O objetivo do trabalho é verificar se o sistema de saúde brasileiro garante o mínimo existencial inserido nos direitos humanos e fundamentais obrigatórios dispostos na Constituição Federal, o que foi alcançado com êxito, apesar das políticas públicas equivocadas e a falta de preparo e compreensão na elaboração dos projetos públicos. Nesse estudo foi utilizado método bibliográfico com utilização de livros, revistas, artigos e sites jurídicos, médicos e afins, por se trata de um tema multidisciplinar. Percebeu-se capacidade de resiliência do sistema quanto a mudanças necessárias e urgentes, com respostas rápidas e eficazes no atendimento no cenário pandêmico. Mesmo com todas as críticas já recebidas, segue como suporte relacionado à saúde e bem-estar da grande maioria dos cidadãos.

Palavras-chave: Direitos Fundamentais. Saúde. Mínimo existencial.

Abstract: The Unified Health System (SUS) has persisted in providing services for thirty-two years, and despite the advances that have taken place over time, some old and new problems have emerged. The objective of the work is to verify if the Brazilian health system guarantees the existential minimum inserted in the human and fundamental rights mandatory in the Federal Constitution, which was successfully achieved, despite the mistaken public policies and the lack of preparation and understanding in the elaboration of the projects. public. In this study, the bibliographic method was used with the use of books, magazines, articles and legal, medical and related websites, as it is a multidisciplinary theme. The system's capacity for resilience was perceived in terms of necessary and urgent changes, with quick and effective responses in the care in the pandemic scenario. Even with all the criticisms already received, it continues as support related to the health and being of the vast majority of citizens.

Keywords: Fundamental rights. Health. Minimum existential.

¹ Mestranda em Proteção dos Direitos Fundamentais na Universidade de Itaúna – UIT. Graduada em Ciências Biológicas, Bacharel em Direito. Mediadora e Conciliadora no TJMG.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é garantido por meio da Constituição Federal e deve ser articulado com os poderes político-sociais em defesa da qualidade de vida, executadas de modo a ampliar a promoção da dignidade humana junto à população do Brasil.

O SUS é constante alvo de polêmicas e julgamentos concebidos por uma visão distorcida, continuando por mais de três décadas com atendimentos aos brasileiros de forma igualitária, com a oferta de diversos serviços de saúde, inclusive preventivos.

Essa pesquisa tem pretensão de demonstrar outra perspectiva do Sistema Único de Saúde que é assunto de grande relevância, principalmente no momento caótico que o país e o mundo se encontram.

É importante que o entendimento puramente político seja deixado de lado e o governo estabeleça em suas metas o que realmente seja prioridade, para que os direitos sociais garantidos na Constituição Federal sejam cumpridos, de forma que as obrigações assumidas pela administração se tornem efetivas.

O método utilizado nesse trabalho foi o bibliográfico, realizado através de pesquisa em artigos, livros, revistas, jornais e sites jurídicos, médicos e outros relevantes ao estudo. A finalidade é compreender as políticas públicas e a organização do orçamento, a relação destes com a saúde e os direitos fundamentais, verificar os princípios que norteiam o SUS, como e quais são os serviços prestados e sua estruturação, além de apontar a saúde como direito fundamental relacionado à dignidade da pessoa humana e à coletividade. Por último, e não menos importante, algumas ponderações quanto aos índices de usuários apresentados pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) e a Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz) em uma descrição de utilização em 2019 (antes da pandemia) e 2020 (durante do ciclo pandêmico).

Esta pesquisa tem como eixo central o estudo da efetividade da SUS no Brasil e a garantia do mínimo existencial no que se refere aos direitos humanos e a dignidade da pessoa humana.

O que faz surgir a seguinte pergunta problema: O SUS garante efetividade do direito fundamental aos cidadãos que dele dependem, mesmo com políticas públicas e governantes equivocados quanto à realidade do que é a necessidade dos cidadãos?

Outro ponto importante é a investigação quanto à eficiência do SUS, demonstrando que, mesmo sendo mal conceituado e menosprezado, ainda é o muito utilizado pela maior parte dos cidadãos, primordialmente os hipossuficientes.

Trata de um assunto controverso em várias áreas por ser tema multidisciplinar e abrangente e, são justamente estes questionamentos que fazem ser um tema atual, valioso e imprescindível, sendo excepcionalmente necessário apontamentos de pontos fortes e fracos, sendo os primeiros para que tornem o sistema ainda mais potente e os segundos para que se revertam no mais adequado possível.

2. AS POLÍTICAS PÚBLICAS

As políticas públicas no Brasil afetam a todos, sem distinção relacionada a raça, religião, sexo, níveis de escolaridade ou sociais.

As responsabilidades dos representantes populares são diversas e uma das principais funções é promover o bem-estar da sociedade, garantindo os direitos humanos e a dignidade da pessoa humana, principalmente no que concerne à saúde dentro de um mínimo existencial, e tais ações, estão voltadas a tomada de decisões bem desenvolvidas e elaboradas, cuja execução deve ser implantada em direitos assegurados pela Constituição Federal, e contemplar a qualidade de vida como um todo.

Políticas públicas são conjuntos de programas, ações e decisões tomadas pelos governos com a participação, direta ou indireta, de entes públicos ou privados que visam assegurar determinado direito de cidadania para vários grupos da sociedade ou para determinado segmento social, cultural, étnico ou econômico. Correspondem a direitos assegurados na Constituição, conforme clareia Celina Souza:

Política pública é uma área do conhecimento que procura, concomitantemente, “colocar o governo em ação” e/ou examinar essa atitude e; quando essencial, sugerir alterações no curso dessa atitude. A concepção de políticas públicas consiste no estado em que os governantes democráticos transpassam suas intenções e plataformas eleitorais em projetos e ações que renderão resultados ou transformações no mundo. (SOUZA, 2003, p. 02)

O Estado, como instituição, tem o dever de organizar economicamente o Brasil, promovendo aos brasileiros os serviços básicos dispostos na Constituição Federal e, nesta organização, a proteção dos direitos fundamentais atingem uma esfera do essencial e intransponível.

Complementando a ideia Almeida (2015, p. 559) conceitua políticas públicas como um conjunto de atividades do Estado tendente a seus fins, de acordo com metas a serem atingidas. Trata-se de um conjunto de normas (Poder Legislativo), atos (Poder Executivo) e decisões

(Poder Judiciário) que visam à realização dos fins primordiais do Estado (ALMEIDA, 2015, 559).

Fica nítida a necessidade do governo em agir em prol dos interesses da coletividade através de ações governamentais que ultrapassem esferas puramente políticas e atinjam o bem-estar social garantindo os direitos fundamentais relacionados à saúde e à vida.

Para que os governantes consigam realizar satisfatoriamente os interesses e necessidades dos cidadãos é imprescindível que o ente estatal cumpra sua agenda, sendo esta um processo pelo qual os governos decidem quais questões precisam da devida atenção. Esta agenda deve focar, entre outras coisas, na determinação e definição do que constitui o “problema”, que ações de política pública são destinadas a resolver como prioridade ou não (WU, 2014, p. 30).

É compreensível que nem todos os problemas públicos sejam reconhecidos pelo governo, devido as suas limitações de recurso e tempo e existem prioridades que podem e devem ser abordados a princípio pelo ente estatal, como a saúde, o bem maior relacionado à vida (WU, 2014, p. 39).

É de suma importância entender o que é prioridade para o ente estatal, uma vez que muitos problemas públicos podem não corresponder a sua necessidade real. E, neste panorama, a interação instrumental de planejamentos e orçamentos e autorização de recursos passam a ser concedidos tão somente para cumprimento dos objetivos pretendidos tornando os planos essenciais inevitáveis, neste sentido acrescenta o professor Watanabe (2011, p. 2): “[...] a função primordial do Estado já não é apenas a edição de leis, ou seja, a fixação de balizas de conduta, como pensaram os atores clássicos, mas também, sobretudo a realização de políticas públicas ou programas de ação governamental em todos os níveis e setores”.

Diante do impasse, tem-se de um lado o direito fundamental assegurado constitucionalmente e do outro a impossibilidade ou razoabilidade do governo em satisfazer a necessidade dentro de um mínimo existencial.

E afirma Barcellos (apud WATANABE, 2011, p. 4) que “o mínimo existencial é violado no momento que assume caráter de regra e não mais de princípio e sem prestações mínimas que o compõem que são correspondentes a um núcleo básico do princípio da dignidade fica nítido que o indivíduo se encontra em situação de indignidade”.

O mínimo existencial se caracteriza pelo núcleo básico inserido dentro dos direitos fundamentais o qual deve ser preservado a todo custo como intocável ou inegável ao ser humano para que mantenha a mínima dignidade e o seu direito fundamental seja preservado.

Nesta linha de pensamento Watanabe (2011, p. 2) assevera que o estado tem que se organizar quanto ao *dare, facere e praestare*, incidindo sobre o estado social e transformando-se em democrático de direito.

Além disso, não só quanto a saúde, mas todos os direitos fundamentais dentro de seu mínimo existencial que garantam a dignidade da pessoa humana poderão ser exigidos judicialmente (WATANABE, 2011, p. 4).

Diante da impossibilidade de cumprimento de políticas públicas essenciais, entra em cena o poder judiciário que, em tempos atuais, se transforma no sentido estagnar violações, sejam por omissão ou alegação de falta de verbas.

Nas hipóteses de concessão, o argumento linear é sedutor: o Judiciário é guardião da Constituição, podendo lançar mão, se provocado, dos meios possíveis a garantir sua efetividade. O poder público, por sua vez, é o responsável pela concretização dos direitos assegurados na Carta (SABINO, 2014, p.165).

Na compreensão atual, a provocação do judiciário em defesa dos cidadãos e seus direitos de certa forma reafirma o Estado Democrático e a defesa das massas no que se relaciona à prestação quanto à saúde.

E ainda mais, o judiciário deve corrigir e suprir omissão, sobretudo no que toca aos direitos fundamentais, dentre os quais um dos mais sensíveis, crucial para uma vida digna, é a saúde (SABINO, 2014, p. 165).

No que concerne à reserva do possível, não basta simples alegação de falta de recursos, cabendo ao poder público fazer cumprir a demonstração de sua alegação. Mas, segundo o entendimento da eminente jurista, o acolhimento da alegação da falta de recursos não conduziria a rejeição do pedido de tutela jurisdicional, e sim apenas ao seu deferimento. (GRINOVER, 2011, p. 7).

Como explica a autora, não é o suficiente a negativa da falta de recursos, o que demonstra um avanço nos entendimentos quanto à responsabilidade estatal e o cumprimento do dever de prestar atendimento.

E sustenta Grinover que o judiciário:

[...] determinará ao poder público que faça constar da próxima proposta orçamentaria a verba necessária à implementação da política pública, disso resultando a condenação da Administração a duas obrigações de fazer, a de fazer a inclusão no orçamento da verba necessária para o adimplemento da obrigação. Anota, na mesma linha de entendimento da jurisprudência obrigação. (GRINOVER, 2010, p. 24)

E assim, não há como o Estado invocar a reserva do possível, razoabilidade e escassez de verbas para o cumprimento de suas obrigações de acordo com o entendimento do STJ, como se pode vislumbrar no REsp 1.185.474/SC, em que o eminente Ministro Humberto Martins, extraindo do julgado relata o seguinte:

Aqueles direitos que estão intimamente ligados à dignidade da pessoa humana não podem ser limitados em razão da escassez quando esta é fruto das escolhas do administrador. Não é por outra razão que se afirma que a reserva do possível não é oponível à realização do mínimo existencial. (STJ. Resp. 1.185.474 SC 2010/0048628-4. Relator Ministro Humberto Martins. Data julgamento: 20/04/2010, Segunda Turma, DJe 29/04/2010.)

Diante do exposto, a compreensão quanto a reserva do possível não basta simplesmente por parte do ente público a alegação ou demonstração de falta de recursos, mas sim o acolhimento dessa falta para o cumprimento pelo judiciário, determinando que o faça constar na próxima proposta orçamentária a verba necessária à implementação da política pública, resultando com essa ação, duas obrigações de fazer, sendo a primeira de incluir no orçamento a verba necessária e a segunda, obrigação de adimplemento da obrigação (GRINOVER 2011, p. 7).

Fica claro que o cerco quanto ao cumprimento dos deveres Estatais se fecha, e não mais são admitidas as antigas alegações do Estado diante das velhas alegações de impossibilidades ou falta de dinheiro para obrigações importantes, necessárias e previstas em lei.

Portanto, o direito à saúde é um direito imediatamente judicializável, independente da definição de política pública, seja pelo legislativo ou executivo, por se tratar de direito fundamental relacionado ao mínimo existencial, pelo fato de estarem inseridos nos direitos humanos e se estabelecerem-se diretamente com a dignidade da pessoa humana.

3. O ORÇAMENTO

O planejamento estatal está relacionado às leis orçamentárias, que determinam as despesas e receitas necessárias ao funcionamento do Estado e, com isso, os direitos que envolvem as mais diferentes formas de políticas públicas.

A forma de trabalhar com recursos públicos foi colocada na CF/88, no artigo 165, que estabeleceu um sistema coordenado por de três normas jurídicas, sendo elas: o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Posteriormente, com a Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101, de 2000),

reforçou-se os vínculos entre ambos os instrumentos trazidos pela CF/88 (SABINO, 2014, p.67).

O Plano Plurianual (PPA) é o instrumento de planejamento do governo de médio a longo prazo e encontra-se previsto no artigo 165 da Constituição Federal e estabelece as diretrizes e bases da administração pública estruturando programas e ações que resultem em bens e serviços voltados às necessidades dos cidadãos.

O PPA tem duração de quatro anos, começando no início do segundo ano do mandato do chefe do poder executivo e terminando no fim do primeiro ano de seu sucessor, de modo que haja continuidade do processo de planejamento. Nele constam, detalhadamente, os atributos das políticas públicas executadas, tais como metas físicas e financeiras, públicos-alvo, produtos a serem entregues à sociedade, dentre outros (GOIAS, 2020).

A Lei de Diretrizes orçamentárias (LDO) estabelece diretrizes para a confecção da Lei Orçamentária Anual (LOA), contendo metas e prioridades do governo federal, despesas de capital para o exercício financeiro seguinte, alterações na legislação tributária e política de aplicação nas agências financeiras de fomento. Também fixa limites para os orçamentos do Legislativo, Judiciário e Ministério Público e dispõe sobre gastos com pessoal e política fiscal, entre outros temas. Deve ser enviada pelo Executivo ao Congresso Nacional até o dia 15 de abril e aprovada pelo Legislativo até 30 de junho. Se não for aprovada nesse período, o Congresso não pode ter recesso em julho, portanto, é editada anualmente ou em cada exercício financeiro (SABINO, 2014, p. 67).

A Lei Orçamentária Anual (LOA) estabelece os orçamentos da União, por intermédio dos quais são estimadas as receitas e fixadas as despesas do governo federal. Na sua elaboração, cabe ao Congresso Nacional avaliar e ajustar a proposta do Poder Executivo, assim como faz com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e o Plano Plurianual (PPA). Os orçamentos da União dizem respeito a toda a população, pois geram impactos diretos na vida dos brasileiros. O Orçamento Brasil é um instrumento que ajuda na transparência das contas públicas ao permitir que todo cidadão acompanhe e fiscalize a correta aplicação dos recursos públicos (SABINO, 2014, p. 68).

É importante salientar que o plano plurianual define o planejamento das atividades do governo enquanto a LDO e LOA estão submetidas ao PPA.

O Estado é impedido a assumir despesas que não estejam previstas em leis orçamentárias, sendo assim, não pode assumir dívidas ou gastos que nela não estejam previstos (SABINO, 2014, p. 68).

O artigo 167 da Constituição Federal cita muitas proibições na tentativa de assegurar que não haja perda de dinheiro público ou o custeio de situações inesperadas não planejadas, que é o caso da maioria das decisões judiciais que estão ligadas às políticas públicas.

Diante disso, tem-se os créditos suplementares que são uma espécie de gênero de créditos adicionais suplementares e especiais que são autorizados por lei e abertos por decreto executivo. Os extraordinários abertos por decreto do executivo devem ser imediatamente comunicados ao Poder legislativo. A maioria das vezes a própria lei orçamentária já autoriza ao poder executivo abrir créditos suplementares até um determinado limite.

É imperioso destacar que o processo de implementação, ao deparar-se com a questão do financiamento, sendo que o mesmo é visto com uma das maiores dificuldades enfrentadas pelo sistema, já que “os recursos estão umbilicalmente ligados à ideia de fontes de custeio e manutenção da saúde pública” (SABINO, 2014, p. 51).

Dentre os desafios para implementação do SUS o financiamento tem se constituído numa preocupação permanente dos gestores e de todos os envolvidos diretamente com a construção do sistema de saúde, tornando-se tema constante em todas as discussões das instâncias gestoras. Garantir a universalidade e integralidade diante de um cenário de restrições orçamentárias e financeiras e alocar recursos de forma equânime num país de tantas desigualdades sociais e regionais tem se transformado num grande desafio para os gestores (MARTINS, 2008, p. 89).

Face ao exposto, fica claro quanto à saúde não ser o único ponto frágil, mas que é um dos mais importantes na manutenção e formação do modelo institucional, mediante intenso aumento das necessidades de recursos, o que é tardio se observar o aumento demográfico e o envelhecimento da população.

Quando se exige que o ente estatal tenha projetos que viabilizem manutenção da qualidade da saúde, não é pedir para que aumente gastos públicos com intuito de viabilizar os princípios da universalidade e da integralidade, mas que administre tais gastos direcionando-os para o âmbito da saúde e garantindo o próprio sistema. Nesse entendimento cita-se Benevides:

A questão suscitada tem diversos aspectos a serem analisados, mas quando se pontua a insuficiência dos recursos financeiros correlaciona de forma automática à desconstrução do sistema, ou melhor, a ilusão atribuída ao princípio da universalização; é verdade que se gasta pouco em saúde no país, especialmente no que concerne ao gasto público, todavia, também, se gasta mal (BENEVIDES, 2010, 504)

A alocação dos gastos públicos na saúde pode se concretizar de forma eficaz, tecendo dois pontos: o “crescimento econômico sustentado, ou seja, a administração dos gastos públicos

e o aumento da participação relativa da saúde nos mesmos, neste último ponto, se fazem necessário deslocar de forma equânime os gastos internos do orçamento público para a saúde, competindo com outras categorias de gastos”.

Na medida do razoável tem-se o consenso de que os poderes majoritários são aqueles dados a quem tem a incumbência da definição e execução das políticas públicas como sendo essas, precípuas do Executivo. Além de serem ações coordenadas das quais deve se valer o Estado no cumprimento de seus objetivos institucionais, sendo necessário programação, planejamento e execução de tais ações, gerenciando a efetivação. É analisando tais unções próprias de cada poder que leva ao entendimento básico de que a definição primeira de políticas públicas cabe ao legislativo e secundamente a execução e o gerenciamento ao executivo (SABINO, 2014, p. 81).

Por vezes, a análise tem como foco refletir o papel do poder judiciário frente ao modelo institucional SUS e o direito a saúde. Edimilson Donisete Machado (2016) apresenta uma nova visão da função jurisdicional, como sendo aquela em que se deixa um sistema onde a decisão judicial embasa-se tão somente na lei. Assim, “o juiz não é mais a boca de lei, traz consigo outras relevantes inquietações, sendo que a abertura do sistema a questões principiológicas leva a uma maior incidência de conceitos da filosofia moral e política, refletida na decisão judicial” (MACHADO, 2016, p.31).

Seja como for, é incontestável o importante papel do judiciário que deve estar sempre atinente em dar contornos e proteção aos direitos fundamentais.

4 O SUS

Em 1988, por ocasião da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, foi instituído no país o Sistema Único de Saúde (SUS) que passou a oferecer a todo cidadão brasileiro acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde. Considerado um dos maiores e melhores sistemas de saúde públicos do mundo, o SUS beneficia cerca de 180 milhões de brasileiros e realiza, por ano, cerca de 2,8 bilhões de atendimentos, desde procedimentos ambulatoriais simples a atendimentos de alta complexidade, como transplantes de órgãos. Os desafios, no entanto, são muitos, cabendo ao Governo e à sociedade civil a atenção para estratégias de solução de problemas diversos, identificados, por exemplo, na gestão do sistema e também no subfinanciamento da saúde - falta de recursos (FIOCRUZ, on line).

Paralelamente à realização de consultas, exames e internações, o SUS também promove campanhas de vacinação e ações de prevenção de vigilância sanitária, como fiscalização de alimentos e registro de medicamentos.

O Sistema Único de Saúde é um dos mais complexos sistemas de saúde pública do mundo e cuida do mais simples procedimento ao mais complexo, ou seja, vai de uma simples aferição de pressão até transplantes de órgãos. Garante o acesso integral e universal sem discriminação. Sua atenção vai além de cuidados integrais, passando aos assistenciais, aos cuidados com a qualidade de vida, com objetivo de preservação e promoção da saúde. Acrescenta Sabino (2014, p. 177): “A estrutura unificada do SUS é singular: nenhuma outra política pública conta com um sistema único, ainda que, como se verá, ele esconda uma complicada descentralização”.

Contudo, a gestão das ações e serviços são solidárias e participativas envolvendo os três entes da Federação: União, Estados e Municípios. Dispõe Sabino (2014, p. 177): “De fato, era preciso que não apenas a União, mas, também, os demais entes federados participassem ativamente nos programas, planos e políticas de saúde, seguindo-se o modelo federal de Estado eleito pela constituinte”.

A rede que compõe o SUS é abrangente e inclui serviços e ações relacionadas à saúde e envolve atenção primária, média e de alta complexidade, indo desde atendimentos de urgência, emergência, atenção hospitalar, serviços de vigilâncias epidemiológicas, sanitárias, ambientais e assistenciais relacionadas a farmácias.

Nessa perspectiva, conforme o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, a “Saúde é direito de todos e dever do Estado”. No período anterior a CF/88, o sistema público de saúde prestava assistência apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, aproximadamente 30 milhões de pessoas com acesso aos serviços hospitalares, cabendo o atendimento aos demais cidadãos às entidades filantrópicas.

Aduz ainda Sabino (2014, p. 177): “Evidentemente que tal *descentralização* pressupõe a distribuição de competências e recursos para os mais variados órgãos do sistema *unificado* (ou *único*)”.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é composto pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios, conforme determina a Constituição Federal. Cada ente tem suas responsabilidades.

Diante disso, afirmando a jurisprudência no sentido de que a saúde se insere no rol dos deveres do Estado, porquanto responsabilidade solidária dos entes federados, bem como que o polo passivo pode ser composto por qualquer um deles, isolada ou conjuntamente.

Os ministros do STF por maioria, fixaram a seguinte tese:

Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde e, diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro. (MIGALHAS, 2021, on line)

Fica demonstrada a obrigatoriedade na solidariedade da União, Estados e Municípios quanto a demandas relacionadas à saúde, ficando reconhecida a decorrente obrigação material comum revista na Constituição Federal.

4.1 Princípios do Sistema Único de Saúde

Os princípios do SUS estruturam as bases do funcionamento e organização desse sistema em nosso país, afirmando os direitos conquistados ao longo da história pelo povo brasileiro, com suas bases no Estado Democrático e em visão dos princípios fundamentais como forma de salvaguardar a dignidade humana.

A) Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais.

B) Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

C) Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

4.2 Os usuários do SUS e seus direitos

Cumpra apresentar neste momento os seis princípios básicos de cidadania que asseguram ao brasileiro o ingresso digno nos sistemas de saúde, seja ele público ou privado segundo Ministério da Saúde - Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2011, p. 3-4) são:

- 1 - Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
- 2 - Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
- 3 - Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
- 4 - Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
- 5 - Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.
- 6 - Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

4.3 Serviços oferecidos

Muitas pessoas dentre até mesmo os usuários constantes do sistema, na maioria das vezes ignoram o rol de serviços que são oferecidos no sistema. O SUS oferece muitos serviços dos mais diferenciados tipos, que vão desde a simples consulta e aferição da pressão até os mais intrincados como transplantes de órgãos, portanto é necessário esclarecer que vai além de simples consultas, sendo eles:

A) Assistência farmacêutica – é o processo de planejamento, aquisição, distribuição, controle da qualidade e uso de medicamentos voltados para proteção e recuperação da saúde.

B) Atenção à saúde – é tudo que envolve o cuidado com a saúde do cidadão, incluindo atenção básica e especializada, ações e serviços de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

C) Ciência e tecnologia – ações de pesquisa, desenvolvimento, difusão e aplicação de conhecimentos nas áreas de saúde, educação, gestão, informação, além de outras ligadas à inovação e difusão tecnológica.

D) Educação em saúde – processo para aumentar a capacidade das pessoas no cuidado da saúde e no debate com os profissionais e gestores, a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades.

E) Gestão do trabalho – é a organização das relações de trabalho baseada na participação do trabalhador de saúde como sujeito e agente transformador do seu ambiente.

F) Gestão participativa – atuação efetiva de cidadãos, conselheiros, gestores, profissionais e entidades civis na formulação de políticas, na avaliação e na fiscalização de ações de saúde.

G) Promoção da saúde – conjuntos de ações sanitárias integradas, inclusive com outros setores do governo e da sociedade, que busca o desenvolvimento de padrões saudáveis de: qualidade de vida, condições de trabalho, moradia, alimentação, educação, atividade física, lazer entre outros.

H) Regulação – é o poder exercido pelo Estado para fiscalizar e estabelecer padrões, normas e resoluções para serviços, produtos, estabelecimentos e atividades públicas ou privadas em prol do interesse coletivo.

I) Sangue e hemoderivados – sangue é o líquido que circula no corpo humano e que quando doado é utilizado em transfusões ou transformado em outros produtos, os hemoderivados, como plasma e albumina.

J) Saúde suplementar – é o sistema privado de assistência à saúde das operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços aos beneficiários, sob a regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

K) Vigilância em Saúde – Conjunto de atividades que proporcionam conhecimento, detecção, análise e monitoramento de doenças decorrentes, inclusive, de fatores ambientais, com a finalidade de controlar e prevenir problemas na saúde humana.

L) Vigilância Sanitária – Ações de controle, pesquisa, registro e fiscalização de medicamentos, cosméticos, produtos de higiene pessoal, perfumes, saneantes, equipamentos, insumos, serviços e fatores de risco à saúde e ao meio ambiente.

4.4 Estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde é composto pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios, conforme determina a Constituição Federal. Cada ente tem suas corresponsabilidades e completa Sabino:

Dentro da estrutura da Administração Pública desconcentrada, o executor das mais relevantes políticas nacionais de saúde é o ministério que ganha seu nome. É ele o responsável por definir a Política Nacional de Saúde e, mais, por coordenar e fiscalizar o SUS. (SABINO, 2014, p. 177)

A) Ministério da Saúde

Gestor nacional do SUS, formula, normatiza, fiscaliza, monitora e avalia políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde. Atua no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para pactuar o Plano Nacional de Saúde. Integram sua estrutura: Fiocruz, Funasa, Anvisa, ANS, Hemobrás, Inca, Into e oito hospitais federais.

B) Secretaria Estadual de Saúde (SES)

Participa da formulação das políticas e ações de saúde, presta apoio aos municípios em articulação com o conselho estadual e participa da Comissão Intergestores Bipartite - CIB para aprovar e implementar o plano estadual de saúde.

C) Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

Planeja, organiza, controla, avalia e executa as ações e serviços de saúde em articulação com o conselho municipal e a esfera estadual para aprovar e implantar o plano municipal de saúde.

D) Conselhos de Saúde

O Conselho de Saúde, no âmbito de atuação (Nacional, Estadual ou Municipal), em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Cabe a cada Conselho de Saúde definir o número de membros, que obedecerá a seguinte composição: 50% de entidades e movimentos representativos de usuários; 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde e 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

E) Comissão Intergestores Tripartite (CIT)

Foro de negociação e pactuação entre gestores federal, estadual e municipal, quanto aos aspectos operacionais do SUS.

F) Comissão Intergestores Bipartite (CIB)

Foro de negociação e pactuação entre gestores estaduais e municipais, quanto aos aspectos operacionais do SUS

G) Conselho Nacional de Secretário da Saúde (Conas)

Entidade representativa dos entes estaduais e do Distrito Federal na CIT para tratar de matérias referentes à saúde

H) Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)

Entidade representativa dos entes municipais na CIT para tratar de matérias referentes à saúde.

I) Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems)

São reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos.

5 A SAÚDE E O DIREITO FUNDAMENTAL

Na Declaração Universal de Direitos Humanos, datada de 1948, em seu artigo 25, define que todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe e à sua família, saúde e bem-estar, incluindo alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis. Em outras palavras, aborda o direito à saúde como indissociável do direito à vida dentro do valor de igualdade dentre as pessoas (Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948).

É importante salientar que os direitos universais tão antigo e ao mesmo tempo atual, regulam os direitos humanos e a dignidade da pessoa humana, também inserido em nossa Constituição, tema já deveria ter sido superado e compreendido.

A saúde, assegurada no caput do artigo 6º da Constituição Federal, é direito de todos e dever do Estado conforme artigo 196. E a Carta da República ainda confere relevância ao tema em seu artigo 197, com atendimento integral disposto no artigo 198, II, de acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Declarando, portanto, a garantia da saúde como direito fundamental e a aplicabilidade direta e imediata dos direitos individuais e sociais proclamada, pontua Slaibi (2010, p. 231): “Assim, cabe ao Poder Público o dever de fornecer não apenas medicamentos, mas também os tratamentos, incluindo exames e cirurgias, que se fizerem necessários à efetivação do direito fundamental à saúde”.

É nítido a aplicabilidade direta e imediata dos direitos individuais e sociais proclamados no §2º do artigo 5º da Constituição Federal.

Dentro do entendimento da dignidade humana e dos direitos fundamentais relacionados à saúde, não basta que o serviço seja oferecido de qualquer forma, mas de maneira que não se torne o suficiente sobreviver, mas viver com dignidade, é nesse sentido que se

diferencia totalmente o modo como as normas jurídicas garantidoras de direito devem ser interpretadas e efetivadas.

Tão primordial quanto o direito à vida, o direito a saúde deve ser efetivado pelo Poder Público, pois não basta só positivizar a saúde como um direito fundamental do cidadão, o Estado deve adotar medidas para que esse direito seja concretizado. Neste sentido esclarece Slaibi:

Deve o Poder Público, através das diversas esferas governamentais, proporcionar à população meios idôneos e eficazes para que tenha acesso a diagnóstico e prevenção de doenças, assistência clínica e hospitalar quando necessária, além de facilitar a obtenção de medicamentos e tratamentos adequados. Para tanto, é essencial uma constante fiscalização estatal no cumprimento desses deveres pelos órgãos administrativos responsáveis. (SLAIBI, 2010, p. 232)

Os direitos fundamentais constituem o foco das ações estatais e que prioritariamente são voltadas para sua observância concreta, e sua eficácia devendo estender-se por todo órgãos públicos e privados orientando ações da sociedade como um todo.

Mesmo que houvesse uma indeferimento da verba que é repassada pela União para esse fim, os Estados e Municípios não poderiam negar a prestação de serviços essenciais, como saúde, educação e segurança, sobre o argumento de que o valores foram desviados para outros fins que não os estabelecidos na própria Constituição (BRASIL, 1988).

Nessa compreensão, o Estado deve se ater ao mínimo existencial, que é como um núcleo duro básico, formado por um conjunto de prestações materiais mínimas, ligadas ao princípio da dignidade da pessoa humana, sem o qual poderia se afirmar que o princípio foi violado (WATANABE, 2013, p. 99).

No entanto, direito à saúde não se restringe apenas a poder ser atendido no hospital ou em unidades básicas. Embora o acesso a serviços tenha relevância, como direito fundamental, o direito à saúde implica também na garantia ampla de qualidade de vida, em associação a outros direitos básicos, como educação, saneamento básico, atividades culturais e segurança (FIOCRUZ, on line).

Isso significa que, dentro desse mínimo existencial, há um valor que deve ser respeitado e que garanta os direitos fundamentais e a dignidade da pessoa humana no que diz respeito a todos os direitos fundamentais assegurados pela constituição em especial direito à saúde.

Apesar das intensas filas de espera, falta de muitos medicamentos, dificuldades de acesso e escassez no número de leitos, é um sistema que consegue atender dos casos mais simples aos mais complexos, indo desde emergências, realização de exames, transplantes de

órgãos à assistência farmacêutica. Sem falar das companhias de vacinação, que diga se de passagem, tem feito ótimos trabalhos na vacinação da Covid 19.

Sem mencionar o trabalho na área da vigilância sanitária e também fiscalização de alimentos.

6. BREVES DADOS DE UTILIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SEGUNDO O IBGE

As informações abaixo dispostas fazem parte da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019, realizada pelo IBGE (2019, on line) em convênio com o Ministério da Saúde. O primeiro volume da PNS divulgado traz dados sobre acesso aos serviços de saúde.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE divulgou uma pesquisa que mostra que 71,5% dos brasileiros, ou seja, mais de 150 milhões de pessoas, dependem do Sistema Único de Saúde para tratamento. O balanço dados é referente ao ano de 2019, quando a pandemia não havia chegado ainda no país (IBGE, 2019, on line).

- a) Quase 70% das pessoas que procuram ao mesmo serviço de saúde recorrem a estabelecimentos públicos.
- b) Em 2019, 76,5% da população costumava procurar atendimento de saúde no mesmo lugar, médico ou serviço de saúde. Em 2013, essa estimativa era de 77,8%. A maior parcela (46,8%) indicou a Unidade Básica de Saúde (UBS) como estabelecimento que costumava ser procurado mais frequentemente. Em todas as grandes regiões, a UBS foi a mais citada, especialmente no Norte (55,3%) e no Nordeste (54,1%).
- c) Das pessoas que conseguiram atendimento de saúde (exceto marcação de consulta), 60,9% tiveram algum medicamento receitado e destas, 85% conseguiram obter todos os medicamentos prescritos. Quando a referência de obtenção de pelo menos um medicamento é o serviço público, a proporção torna-se menor: 30,5% (ou 6,2 milhões de pessoas).
- d) Cerca de 65% das internações foram realizadas pelo SUS em 2019, 6,6% da população (13,7 milhões) ficaram internados em hospitais por 24 horas ou mais nos doze meses anteriores à entrevista. Dessas internações, 64,6% (ou 8,9 milhões) foram por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). As Regiões Nordeste e Norte registraram as maiores proporções: 77,8% e 76,2%, respectivamente, enquanto Sudeste teve a menor (56,4%).

- e) Destaca-se as diferenças entre as proporções de internação em hospitais do SUS para pessoas que se declararam de cor preta (75,9%) e parda (73,6%) em relação às pessoas que se declararam brancas (53,6%).
- f) Disparidade ainda mais expressiva é observada por classe de rendimento: 95% para a faixa sem rendimento até ¼ do salário mínimo e apenas 6,8% para as pessoas com renda de mais de 5 salários mínimos.
- g) Em 2019, 4,6% da população utilizou alguma prática integrativa e complementar. Em 2013, o percentual foi de 3,8%. Essas práticas consistem em tratamentos como acupuntura, homeopatia, uso de plantas medicinais e fitoterapia, dentre outros. Elas foram identificadas em proporções maiores nas Regiões Norte (5,7%) e Sul (5,4%). Plantas medicinais e fitoterapia (58,0%) foi a prática mais utilizada seguida por acupuntura (24,6%) e homeopatia (19,0%).

Os técnicos que desenvolveram o estudo afirmam que os números mostram "forte dependência da população brasileira em relação aos serviços de saúde pública, uma vez que 71,5% das pessoas não têm acesso à saúde suplementar" (IBGE, 2019, on line).

6.1 SUS - Breves relatos durante a pandemia da Covid 19 segundo o IBGE – ano 2020

A sobrecarga no atendimento e na ocupação de leitos coloca em xeque, todos os dias, a eficiência de sistemas renomados como o inglês National Health Service (NHS) e o próprio SUS, maior sistema público do mundo. Dos países com mais de 200 milhões de habitantes, o Brasil é o único que conta com serviços gratuitos de forma universal (CONASEMS, 2020, on line).

Nesta época pandêmica, o SUS está presente, por exemplo, diretamente em institutos de pesquisa como a Fiocruz, que produz kits para testagens para o novo coronavírus e também fabrica as vacinas para influenza (gripe), que embora não sejam especificamente voltadas para o novo coronavírus, minimizam quadros gripais que podem mascarar os sintomas da COVID-19, dificultando seu diagnóstico, além de evitar comorbidades que podem agravar ainda mais o caso dos infectados pelo novo coronavírus. O SUS, literalmente, está em todo lugar (SILVA FILHO, 2020, on line).

E continua Silva Filho:

Quanto às vantagens, possuímos o único sistema público universal para mais de 100 milhões de pessoas, ou seja, se a população não o tivesse, como nos Estados Unidos da América, por exemplo, poderia se endividar indo a um hospital para uma simples avaliação, ou até ter seu atendimento negado por

não poder pagar ou não possuir vínculo empregatício formal como nesse outro rico país que ainda não garante saúde como direito, como nós garantimos no Brasil. Um/uma estrangeiro/a no Brasil possui a vantagem de, a qualquer momento se apresentar sintomatologia para COVID-19, poder ter o mesmo atendimento que qualquer cidadão brasileiro, pois nossa constituição garante sem qualquer exclusão ou xenofobia (SILVA FILHO, 2020, on line).

O principal aprendizado mundial e nacional, além da necessidade de transparência do poder público, governos e profissionais de saúde com a população acerca do real panorama enfrentado, foi e é o fato de que ser sempre necessário lutar para fortalecer um sistema de saúde público e cada vez mais inclusivo. Tanto é que, países na atual pandemia do novo coronavírus que não possuem sistema público como o brasileiro têm sofrido muito mais impactos letais e têm repensado, a partir de pressão social, como garantir saúde como direito humano fundamental de todos/as e dever do Estado, a exemplo de nossa Constituição.

Apesar das dificuldades enfrentadas antes e no momento atual pandêmico, o autor Silva Filho demonstra a efetividade e a vantagem de um Sistema de Saúde para atendimento de pessoas hipossuficientes que garantam o mínimo existencial e a dignidade da pessoa humana.

Andrea Vilhena, do Centro de Estudos da Fiocruz, relata o evento ocorrido por debates e questionamentos sobre políticas públicas e a saúde:

O aprendizado alcançado pela área de saúde com a pandemia de covid-19, trazendo à tona “questões absolutamente novas”, foi tema da exposição do médico Luiz Antonio Santini, pesquisador associado do Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz (CEE-Fiocruz) e ex-diretor do Instituto Nacional do Câncer (Inca), em videoconferência organizada pelo Fórum de Inovação e Saúde, no dia 7 de agosto de 2020. O evento contou ainda com a participação da ex-diretora da Agência Nacional de Saúde, Maria Stella Gregori; do presidente da Confederação Nacional de Saúde, Breno Monteiro; do diretor do Hospital Sírio-Libanês, Paulo Chapchap, e do médico e deputado federal Luiz Antônio Teixeira Jr., como palestrantes, e de outros profissionais de saúde que puderam enviar questões para o debate. (VILHENA, 2020, on line)

Ao abordar as evidências trazidas pela pandemia para a área da saúde, o pesquisador começou por destacar a importância do SUS:

Aprendemos que o Sistema Único de Saúde brasileiro é resiliente. Apesar de todas as dificuldades (...), é um sistema que tem dado respostas. Respostas talvez aquém do que seria possível se tivesse uma melhor estrutura, se tivesse um financiamento mais adequado, uma cooperação maior entre os diversos entes governamentais e a própria sociedade, mas é necessário reconhecer essa capacidade, essa resiliência que o SUS tem. (VILHENA, 2020, on line)

A competência técnica existente no país foi outro ponto sublinhado em sua exposição. “Ela precisa avançar muito mais, mas mostramos que somos capazes de atuar com um grau de competência bastante importante. Temos capacidades que precisam ser desenvolvidas e estimuladas” (VILHENA, 2020, on line).

A capacidade tecnológica brasileira na área da saúde foi responsável, na opinião de Santini, pelo país ter conseguido responder com certo grau de eficiência a desafios extremamente complexos durante a pandemia. Santini enalteceu a reputação de instituições como o Instituto Butantã e a Fiocruz na produção de vacinas e medicamentos. No entanto, lembrou que o complexo industrial da saúde, apesar de representar 9% do PIB brasileiro, não tem sido valorizado e luta hoje com dificuldade.

Ao responder ao professor e pesquisador da Fiocruz Daniel Soranz, se existe algum país no mundo que pudesse servir de referência para melhorar o nosso sistema, considerando nossas assimetrias e desigualdades, Santini fez uma reflexão sobre o futuro.

O modelo que me inspiraria seria o modelo do NHS, sistema de saúde inglês, que está nesse momento fazendo exatamente aquilo que sugeri aqui, um processo de planejamento de médio e longo prazo, entendendo inclusive que o impacto da pandemia trouxe a necessidade de reflexão sobre alguns de seus pontos. (SANTINI, 2020, on line)

O pesquisador lembrou que o modelo inglês foi um dos que serviram de inspiração na construção do Sistema Único de Saúde do Brasil e é o que mais se aproxima da estrutura atual do modelo brasileiro. E continua:

No final da década de 1970, início dos anos 80, tínhamos alguns modelos. Os principais eram os dos países socialistas, mas nenhum deles se mostrou, ao longo do tempo, muito apropriado, a não ser o modelo cubano, de cobertura absolutamente integral, mas que tem um grave problema de acesso à tecnologia e à inovação. Embora os cubanos tenham grande capacidade tecnológica e de inovação, eles não têm recursos. (SANTINI, 2020, on line)

Outros modelos como o alemão, que é baseado no financiamento do tipo previdência, ou o francês representam, que representam uma rediscussão de aspectos já superados no Brasil. “Devemos insistir na configuração do sistema de forma semelhante à do NHS, embora o Reino Unido tenha sofrido um impacto tremendo da covid tanto como os EUA, que não têm nem sistema de saúde” (SANTINI, 2020, on line).

6.2 Os desafios

Os desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde são muitos, dentre eles pode-se destacar as retiradas de verbas públicas que são utilizadas em outros setores, conforme explica Cátia Guimarães (2020, on line) da Fiocruz.

Existe também um problema crônico: o subfinanciamento, principal obstáculo apontado por profissionais e pesquisadores da área desde a criação do SUS. “O SUS nunca teve recursos suficientes para a concretização plena dos seus princípios e vem sofrendo restrições muito importantes no período mais recente, com a Emenda Constitucional n. 95 e outras medidas que estão subtraindo recursos da saúde, justamente quando a nossa população está ficando mais idosa”, explica Cristiani Machado (apud GUIMARÃES, 2020, on line). Segundo cálculos dos economistas Francisco Funcia, Rodrigo Benevides e Carlos Ocké-Reis, só com a Emenda Constitucional n. 95, que estabeleceu um teto de gastos para o governo federal, o SUS perdeu R\$ 22,48 bilhões entre 2018 e 2020. Agora, diante da epidemia, recursos extras têm sido buscados pelo governo.

Outra contradição importante do sistema brasileiro, destacada por Cristiani Machado (apud GUIMARÃES, 2020, on line), é a existência – e o crescimento – de um setor privado e lucrativo da saúde, muitas vezes beneficiado por recursos públicos, por exemplo, através de renúncia fiscal. E essa relação público-privada tem expressão direta agora no momento da epidemia, de acordo com Gastão Wagner. Isso porque, segundo ele, um gargalo do país, que precisa e pode ser contornado a tempo, é a quantidade de leitos com terapia intensiva disponíveis para os eventuais casos mais graves de Coronavírus. Neste momento, o ministério e algumas secretarias estaduais de saúde estão se adiantando na construção de hospitais em campos, estádios e outros espaços. A questão é que mais da metade dos leitos de UTI no Brasil estão em hospitais privados, que atendem à menor parte da população. “O SUS vai ter que assumir a regulação, o credenciamento, o gerenciamento desses leitos privados”, opina Gastão Wagner (apud GUIMARÃES, 2020, on line), citando a Espanha como exemplo de país que tomou essa medida em meio à atual epidemia.

Entre desafios e contradições, os pesquisadores não têm dúvida do saldo positivo de se ter um sistema público e universal de saúde antes, durante e depois de uma crise sanitária como a que se está vivendo. “Um efeito inesperado do Coronavírus é o fortalecimento dessa ideia de que a atenção e o cuidado à saúde precisam estar fora do mercado. Cresce, no Brasil e no mundo todo, um reconhecimento da importância desses sistemas públicos” (WAGNER apud GUIMARÃES, 2020, on line).

7. CONCLUSÃO

No momento em que se insere programas e projetos destinados ao cumprimento de direitos sociais ou fundamentais é aumentada a exigência de gestão eficaz, eficiente e efetiva dos projetos. Percebe-se que a cultura atual do país não é voltada para programas e projetos, o que dificulta o desenvolvimento e elaboração e compreensão de tais processos.

O planejamento do SUS, portanto, é um projeto de decisão político-social que depende de transparência, ética, equilíbrio, valorização, vontade de busca de soluções mais aceitáveis para todos cidadãos.

Assegurada na Constituição Federal de 1988, esta prevê a saúde como um dos principais direitos sociais fundamentais, cabendo ao Estado garantir que esse direito estendido de forma que alcance a todos sem qualquer distinção e de forma universal o que confere à saúde capacidade de ser requerido frente ao judiciário e, dentro dos vários posicionamentos favoráveis, observa-se a mudança de compreensão cada vez mais alinhada a tais direitos e obrigações.

Essa questão também envolve a possibilidade de solidariedade quanto às prestações a serem cumpridas judicialmente, podendo qualquer um dos entes, seja União, Estados ou Municípios responderem pela obrigação ou de forma conjunta.

Sendo um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, o SUS abrange do simples atendimento ao mais complexo, como as cirurgias de transplante de órgãos e sua cobertura é total e ampliada a toda população.

No cenário pandêmico foi capaz de trabalhar com um tempo de resposta ágil e eficaz. Implantou estratégias e contratou novos profissionais, organizou centros operacionais necessários ao atendimento em massa.

A pandemia, triste realidade que assola todo o mundo, serviu como que para reafirmar a capacidade do Sistema Único de Saúde, o qual se alinhou perfeitamente e positivamente as indagações e dúvidas levantadas na pesquisa.

Diante do presente estudo com relação à pergunta problema, o SUS, garante efetividade do direito fundamental aos cidadãos que dele dependem, mesmo com políticas públicas e governantes equivocados quanto à realidade do que é a necessidade dos cidadãos? A resposta é sim, garante o mínimo existencial, direitos humanos e a dignidade da pessoa humana, apesar de políticas públicas ainda deficitárias e equivocadas. O sistema de saúde brasileiro consegue alcançar e promover a dignidade da pessoa humana no que tange os direitos fundamentais e o mínimo existencial consagrados na Constituição Federal.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Marcelo Pereira. Notas Sobre o Controle Jurisdicional de Políticas Públicas. Ver. Fac. Direito UFMG, Belo Horizonte, n.66, p. 551-574, jan/jun.2015.

BENEVIDES, Rafaela. Direito à Saúde: Atuação Jurisdicional Frente à Implementação do SUS. *Revista do Mestrado em Direito da Universidade Católica de Brasília*. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rvmd/article/view/2548/1551>. Acesso em: 11 jun. 2021.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 25 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde - Conselho Nacional de Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, 2011. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_site.pdf, Acesso em: 18 jun. 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Resp. 1.185.474 SC 2010/0048628-4. Relator Ministro Humberto Martins. Data julgamento: 20/04/2010, Segunda Turma, DJe 29/04/2010. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/9119367/recurso-especial-resp-1185474-sc->. Acesso em: 22 maio 2021.

CONASEMS. *Reconhecer a importância do SUS é o primeiro passo contra a pandemia*. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/reconhecer-a-importancia-do-sus-e-o-primeiro-passo-contr-a-pandemia-defendaosus/>. Acesso em: 21 jun. 2021.

DANIEL, Juliana Maia. *O Mínimo Existencial no controle Jurisdicional de Políticas Públicas*. Dissertação (mestrado em Direito). São Paulo, 2013. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2137/tde-23112016-083805/publico/Dissertacao_versao_final_Juliana_Maia_Daniel.pdf. Acesso em: 20 jun. 2021.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS DE 1948. Tradução oficial de United Nations High Commissioner for Human Rights. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1948%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2021.

FIOCRUZ. *Direito à Saúde*. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/direito-a-saude#topo>. Acesso em: 12 jun. 2021.

FIOCRUZ. *SUS de A a Z, Universalidade*. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/sus>. Acesso em: 15 jun. 2021.

GOIAS. Secretaria de Estado da Economia. Plano Plurianual. Disponível em: <https://www.economia.go.gov.br/aceso-a-informacao/249-planejamento/ppa/5389-plano-plurianual.html>. Acesso 11 jun. 2021.

GUIMARÃES, Cátia. *A Importância de um Sistema de Saúde Público Universal no Enfrentamento à Pandemia*. Disponível em:

<https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/a-importancia-de-um-sistema-de-saude-publico-e-universal-no-enfrentamento-a>. Acesso em: 12 jun. 2020.

GRINOVER, Ada Pellegrini. O controle de políticas públicas pelo Poder Judiciário. *Revista do Curso de Direito da Faculdade de Humanidades e Direito*, v. 7, n. 7, 2010, p. 18. Disponível em: <file:///C:/Users/mitno/Downloads/1964-4402-1-PB.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2013.

IBGE. *IBGE aponta que 71,5% da população brasileira depende do SUS*. Disponível em: <https://atarde.uol.com.br/saude/noticias/2137933-ibge-aponta-que-715-da-populacao-brasileira-depende-do-sus>. Acesso em 20 jun. 2021.

IBGE. *Usuários do SUS 2019*. Disponível em: <https://censos.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28793-pns-2019>. Acesso em: 14 jun. 2021.

MARTINS, Wal. *Direito à Saúde*. Belo Horizonte: Fórum, 2008.

MIGALHAS. *STF mantém responsabilidade solidária de entes federados na assistência à saúde*. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/quentes/302879/stf->. Acesso em: 11 jun. 2021.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. *Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde*. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade04/unidade04.pdf. Acesso em: 20 jun. 2021.

SABINO, Marco Antônio da Costa. *Políticas Públicas e saúde: Limites, Excessos e Remédios*. Tese (doutorado em Direito). Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. Orientadora: Ada Pellegrini Grinover. 459 p.

SLAIBI, Maria Cristina Barros Gutiérrez. O direito fundamental à saúde. *BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)* [online]. 2010, vol.12, n.3, pp. 227-233. ISSN 1518-1812. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/v12n3/v12n3a03.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2021.

SILVA FILHO, Claudio Claudino da. A importância do Sistema Único de Saúde para os brasileiros ante à situação do novo Coronavírus. Entrevista UFFS, Fronteira do Sul, Santa Catarina, 2020. Disponível em: <https://www.uffs.edu.br/campi/chapeco/noticias/professor-explica-sobre-o-sus-no-contexto-da-pandemia>. Acesso em: 18 jun. 2021

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: Questões Temáticas e de Pesquisa, *Caderno CRH 39* de 24 nov. 2003. Disponível em: https://mooc.campusvirtual.fiocruz.br/rea/medicamentos-da-biodiversidade/leitura_2-_Politicadas_Publicas_uma_revisao.pdf. Acesso em: 15 maio 2021.

VILHENA, Andreia. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz. *Impactos da Pandemia sobre o SUS: aprendizado e oportunidades*. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=Impacto-da-pandemia-sobre-o-SUS-aprendizado-e-oportunidades>. Acesso em: 12 jun. 2021.

WATANABE, Kazuo. Controle Jurisdicional das Políticas públicas: Mínimo Existencial e Demais Direitos Fundamentais Imediatamente Judiciáveis. *Revista de Processo*, vol.

193/2011, p.13-26, março de 2011 e *Doutrinas Essenciais de Direitos Humanos*, vol.1, p. 577-590, agosto de 2011.

WU, Xun et al. *Guia de políticas públicas: gerenciando processos*. Tradução de Ricardo Avelar de Souza. Brasília: Enap, 2014.