

**A INEFETIVIDADE DOS PRECEITOS CONSTITUCIONAIS RELATIVOS AO
DIREITO À SAÚDE: A Inconstitucionalidade da Negativa de Atendimento de Pacientes
Advindos de Outros Estados**

**THE INEFFECTIVENESS OF PRECEPTS ON CONSTITUCIONAL RIGHT TO
HEALTH: Unconstitutionality of Denying Care to Patients from Others States.**

**MAYANA SOARES FERREIRA¹
ROOSEVELT FURTADO DE VASCONCELOS FILHO²**

RESUMO

O presente artigo teve por finalidade precípua abordar a inefetividade do direito à saúde no Brasil, assegurada pelo ordenamento jurídico como um direito fundamental de todos e dever do Estado e da sociedade. Para tanto, foram analisados os fatores contributivos para a inaplicabilidade dos preceitos constitucionais relativos a esse direito, tal como, a omissão dos Poderes Públicos, pelo o que culmina em flagrante inconstitucionalidade. Ademais, o direito à saúde é tema relevante, bem como bastante amplo, por esse motivo buscou-se apresentar neste trabalho desde o histórico da saúde pública no Brasil, passando pela instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) até as complexidades evidenciadas nos dias atuais. Foi examinado, ainda, o alcance e o exercício do direito à saúde, a estrutura, bem como, as fontes de custeio desse sistema, que abrange todos os cidadãos sem qualquer distinção, de forma universal, integral, gratuito, e igualitário. Com efeito, avaliou-se a ponderação entre o direito à saúde, assegurado pela Constituição de 1988, e a repercussão negativa, quando da omissão do Estado na sua prestação conforme os ditames constitucionais. O estudo foi realizado por meio de pesquisa bibliográfica e análises de jurisprudências. Este artigo teve como objetivo fomentar a discussão a respeito do presente tema, visto que tamanha a sua importância, e levando-se em conta o caos em que se encontra a saúde pública brasileira, resta comprovada a necessidade de novas medidas para a efetiva execução das normas constitucionais, e que de fato assegure prestações de saúde dignas de responsabilidade dos Poderes Públicos.

PALAVRAS-CHAVE: Direito à Saúde. Garantias Constitucionais. Omissão Estatal. Ineficácia. Responsabilidade.

¹ Bacharel em Direito pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI.

² Professor de Direito Constitucional do Centro Universitário UNINOVAFAPI.

ABSTRACT

This article was aimed to address the ineffectiveness to the right to health care in Brazil, which is assured by law as a fundamental right to all and duty of the state and the society. Another aim was to foster discussion about this issue, taking into account the chaos found in the Brazilian public health nowadays. To that end, we analyzed the factors contributing to the inapplicability of the constitutional provisions relating to such rights, as well as, the omission of public authorities, by which culminates in an unconstitutional act. It is presented in this work the history of public health in Brazil, the establishment of the Unified Health System (SUS) and the complexities evident today. It was also examined the scope and exercise to the right to health care, the structure, and the sources of funding of such a system. The study 30 was conducted through literature searches and analysis of jurisprudence. It remains to be proved, however, the need for new measures, in order to assure effective implementation of these constitutional norms, regarding public health care in Brazil.

KEYWORDS: Right to Health Care. Constitutional Norms. Omission. Ineffectiveness. Responsibility.

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo busca fazer uma abordagem sobre o direito fundamental à saúde, bem como demonstrar os fatores que interferem diretamente na ineficácia das prestações de saúde de responsabilidade dos Poderes Públicos. A amplitude do objeto do estudo talvez recomendasse um recorte metodológico mais acentuado. Por outro lado, a essencialidade da proteção à saúde é tão evidente e sua promoção uma tarefa um tanto quanto complexa, que uma abordagem limitada traz sempre um inconveniente de dificultar uma visão de conjunto do fenômeno.

Para tanto, é necessário fazer apontamentos sobre os preceitos constitucionais, como, a dignidade humana e o mínimo existencial, sem deixar de mencionar, a responsabilidade dos Entes Federados na concretização desses imperativos indispensáveis ao ser humano, bem como sua exigibilidade pelos cidadãos, tanto de forma individual, quanto coletiva. Far-se-á, ainda, apontamentos sobre o alcance e exercício do direito à saúde, suas fontes de custeio, e por excelência irá se pontuar, os aspectos instituidores e degenerativos do Sistema Único de Saúde.

O foco da análise é eminentemente jurídico, mais exatamente constitucional. Por óbvio as normas jurídicas, isoladamente, não servem para conceder a saúde, caberá à doutrina constitucional oferecer critérios para a harmonização dos impasses e colisões de interesses e

valores envolvidos, bem como para uma interpretação das normas que lhes assegure o máximo de efetividade. O objetivo desse estudo, também, é contribuir para essa tarefa.

Finaliza-se, com uma análise sobre a inconstitucionalidade da negativa de atendimento de pacientes do Sistema Único de Saúde, que tem origem em Estado diverso daquele em que o paciente almeja atendimento médico.

2 A HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

A evolução histórica das políticas de saúde no Brasil está diretamente ligada à evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não se admitindo a sua dissociação.

Insurge que o processo evolutivo sempre obedeceu à ótica do avanço do Capitalismo, e por assim ser, a saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do estado brasileiro, permanecendo sempre à margem do sistema, tanto no que diz respeito à solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população, quanto na destinação de recursos direcionados ao setor saúde.

A trajetória da saúde pública no Brasil, inicia-se no século XIX, com a vinda da Corte portuguesa. A chegada da família real ao Brasil trouxe com ela a necessidade fervorosa da organização de uma estrutura sanitária mínima, capaz de dar suporte ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro.

Verificou-se que o interesse primordial estava limitado ao estabelecimento de um controle sanitário mínimo da capital do império, tendência que se perpetrou por quase um século. Ademais, com a Proclamação da República, estabeleceu-se uma forma de organização jurídica-política típica do estado capitalista. Naturalmente, a falta de um modelo sanitário para o país, deixava as cidades brasileiras expostas as epidemias.

2.1 O Nascimento da Previdência Social

Devido a uma falta de clareza e de uma definição em relação à política de saúde, a história da saúde permeia e se confunde com a história da previdência social no Brasil em determinados períodos.

A Lei Eloy Chaves, marco inicial da previdência social no Brasil, instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's). O Estado não participava propriamente do custeio das Caixas, que de acordo com o determinado pelo artigo 3º da lei Eloy Chaves, eram mantidas por: empregados das empresas; empresas; e consumidores dos serviços das mesmas. (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

A criação das CAP's deve ser entendida, assim, no contexto das reivindicações operárias no início do século, como resposta do empresariado e do estado à crescente importância da questão social.

2.2 A saúde nos Anos 30 a 60

Na era do estado novo poucas foram as investidas no setor da saúde pública, destacando-se em 1930, a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, com desintegração das atividades do Departamento Nacional de Saúde Pública (vinculado ao Ministério da Justiça), e a pulverização de ações de saúde a outros diversos setores.

Quando, então, em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, o que na verdade limitou-se a um mero desmembramento do antigo Ministério da Saúde e Educação sem que isto significasse uma renovação, tampouco a concretização dos postulados da nova política de saúde pública no país.

2.3 O Pós- anos 60

Ao longo do regime militar estabeleceu-se uma deterioração das condições de saúde da população, tanto pelo aumento da miséria, quanto pela mudança de ênfase nos investimentos em saúde.

Em 1975 na 5ª Conferência Nacional de Saúde, é criado o Sistema Nacional de Saúde através da Lei 6.229, que é a primeira tentativa de organizar o Sistema Nacional de Saúde.

Contudo, depreende-se que o principal expoente da segunda metade dos anos 70 é o Plano de Pronta Ação (PPA), que normatizou as condições para a expansão da cobertura de serviços assistenciais e acarretou um aumento sem precedentes na produção de serviços.

A partir do ano de 1978 foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), que passa a reunir todos os órgãos de assistência médica no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), e todos os órgãos de aposentadorias e pensões no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Deste modo, a administração dos recursos financeiros no sistema passa a ser controlada pelo IAPAS.

A década de 80 foi marcada por transformações profundas no sistema de saúde brasileiro, determinadas pela evolução político-institucional do país, uma transição democrática conflituosa e contraditória, posto que as atenções estavam voltadas para a elaboração da Constituição Cidadã, contendo as mais amplas garantias democráticas e sociais já inscritas.

Na década de 80, ainda, surge o PREV-SAÚDE, projeto que pretendia estender a cobertura dos serviços para toda a população com ênfase nos serviços básicos de saúde. A partir desse plano surgiu o programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), que pretendia

integrar os serviços que atendiam a população de uma região, visando ações mais eficientes e eficazes.

Em 1986 – Depois da 8ª. Conferência Nacional de Saúde, junto com os movimentos de saúde da população, foi aprovada a “Reforma Sanitária”. Em 1987 começaram os trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte, visando à elaboração da nova Constituição.

3 O DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO DE 1988

A Constituição vigente incorporou o direito à saúde como bem jurídico digno de tutela jurisdicional, consagrando-a como direito fundamental, e, outorgando-lhe proteção jurídica diferenciada no âmbito da ordem jurídico-constitucional pátria.

3.1 A Máxima Efetividade dos Preceitos Constitucionais

A saúde constitui-se como um direito público subjetivo, exigível contra o Estado, posto que seu exercício e efetividade dependam de aplicação de recursos materiais e humanos a serem implementados por meio de políticas públicas de saúde.

No sistema brasileiro, a saúde é um direito fundamental do homem, configurando-se em um bem jurídico tutelado através de um conjunto de regras e preceitos, destinados a darem eficácia e aplicabilidade imediatas. Nesse sentido, o artigo 196 da Constituição Federal de 1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Insurge dizer, que a função do Estado deve ser preventiva e curativa, para recuperar a pessoa. E por assim ser, o direito à saúde não pode ser interpretado como mera norma programática, justamente por estar vinculado à dignidade humana e ao mínimo existencial, assegurando, por certo, a concretização do referido direito.

Nesse ponto, afirma Francisco (2008, p.859):

A dignidade humana está diretamente vinculada a um conjunto mínimo de prerrogativas e direitos essenciais, denominado por “mínimo existencial”, sem o qual a existência fica desprovida de elementos vitais ao ser humano e à vida em sociedade.

Isto não significa dizer, que o Poder Público está adstrito a oferecer o mínimo existencial aos cidadãos. Além desse conjunto de prestações mínimas, ele poderá atender outras necessidades de saúde, fomentando as políticas públicas relacionadas a este tema, de forma a deixar os usuários da saúde cada vez mais amparados pelo sistema.

3.2 Alcance e Exercício do Direito à Saúde

Sobre o que olvidar no atinente ao alcance do direito à saúde, depreende-se que não somente o texto constitucional busca dar efetividade ao mesmo, bem como elevá-lo à condição de direito fundamental, posto que no ordenamento pátrio, há presença de legislação infraconstitucional que faz as vezes do texto da Carta Magna, e nesse sentido, almeja alcançar os mesmos fins constitucionais, especialmente, através da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90), em seu art. 2º, ao aduzir que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, *in verbis*:

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 reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Reforce-se que, diante do contexto constitucional brasileiro, não se pode falar de uma vida digna sem saúde, pois o seu conceito encontra-se diretamente conectado à qualidade de vida das pessoas, estabelecendo-se como meio de vida a ser buscada em uma ordem social justa. Como requisito de uma vida digna, a saúde é uma questão de cidadania, de conferir aos cidadãos a possibilidade de uma provável realização desse direito.

Neste sentido Cretella Junior (1993, p. 4332-4334) ensina:

Nenhum bem da vida apresenta tão claramente unidos o interesse individual e o interesse social, como o da saúde, ou seja, do bem-estar físico que provém da perfeita harmonia de todos os elementos que constituem o seu organismo e de seu perfeito funcionamento. Para o indivíduo saúde é pressuposto e condição indispensável de toda atividade econômica e especulativa, de todo prazer material ou intelectual. O estado de doença não só constitui a negação de todos estes bens, como também representa perigo, mais ou menos próximo, para a própria existência do indivíduo e, nos casos mais graves, a causa determinante da morte. Para o corpo social a saúde de seus componentes é condição indispensável de sua conservação, da defesa interna e externa, do bem-estar geral, de todo progresso material, moral e político.

Com efeito, todos preceitos constitucionais nascem com o compromisso de ampla eficácia, e por ser corolário do princípio da máxima efetividade, ganha especial relevância, tendo em vista, tratar-se de direitos e garantias fundamentais, devem ser compreendidos no sentido mais amplo para dar a maior cobertura possível.

A propósito, o acesso à saúde abrange tratamento médico e hospitalar, odontológico, oftalmológico, e psicológico, dentre vários outros, sendo de bom alvitre ser os mais eficazes e sem impor sacrifícios desproporcionais ou dolorosos ao doente. Nesse contexto, o STJ, no RESP 430.526/SP, Rel. Min. Luiz fux, DJU de 28.10.2002, contemplou-se o tratamento e medicamentos para hepatite “C” pelo SUS, devendo, pois, ser pago os medicamenstos a todo

aquele que não dispõe de meios sem o sacrifício de seu sustento ou de sua família, já que deve prevalecer a vida como princípio maior.

CONSTITUCIONAL. RECURSO ESPECIAL. SUS. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. PACIENTE COM HEPATITE C. DIREITO À VIDA E À SAÚDE. DEVER DO ESTADO. 1. Delegado de polícia que contraiu Hepatite C ao socorrer um preso que tentara suicídio. Necessidade de medicamento para cuja aquisição o servidor não dispõe de meios sem o sacrifício do seu sustento e de sua família. 2. O Sistema Único de Saúde-SUS visa a integralidade da assistência à saúde, seja individual ou coletiva, devendo atender aos que dela necessitem em qualquer grau de complexidade, de modo que, restando comprovado o acometimento do indivíduo ou de um grupo por determinada moléstia, necessitando de determinado medicamento para debelá-la, este deve ser fornecido, de modo a atender ao princípio maior, que é a garantia à vida digna. 3. O direito à vida e à disseminação das desigualdades impõe o fornecimento pelo Estado do tratamento compatível à doença adquirida no exercício da função. Efetivação da cláusula pétrea constitucional. 4. Configurada a necessidade do recorrente de ver atendida a sua pretensão, legítima e constitucionalmente garantida, posto assegurado o direito à saúde e, em última instância, à vida, sobreleva ainda destacar que a moléstia foi transmitida no exercício de sua função, e em decorrência do nobilíssimo ato de salvaguardar a vida alheia. Representaria sumum jus summa injuria, retribuir-se a quem salvou a vida alheia, com o desprezo pela sua sobrevivência. 5. Recurso especial provido.

Desse modo, observa-se que o direito à saúde impõe que o Estado assegure tratamento disponível e eficaz, isso porque a legislação é clara ao dispor que é dever do Estado promover a efetivação da cláusula pétrea constitucional, que é o direito à saúde, de forma a assegurar a concretização do seu pleno exercício pelos cidadãos.

Insculpido na Carta Magna, denota-se que este dever de responsabilidade do Poder Público, é um dever jurídico, e por assim ser, sua inobservância deverá ser objeto de controle jurisdicional, e com fundamento na própria Constituição, poderá o indivíduo pleitear o cumprimento da realização da prestação de saúde adequada, independentemente de existir uma ação específica da Administração ou do Legislativo nesse sentido.

3.3 A Omissão dos Poderes Públicos nas Prestações de Saúde e as suas Formas de Exigibilidade Individual e Coletiva

Afirmar que os poderes constituídos estão obrigados a colocar à disposição das pessoas prestações de saúde de forma efetiva, por força e em consequência da Constituição Federal se mostra, por diversas razões, um tanto quanto complexo, embora se possa enunciar de forma simples.

Nesse sentido Barcellos (2008, p.803), afirma:

Na realidade, em um contexto de recursos públicos escassos, aumento de expectativa de vida, expansão dos recursos terapêuticos e multiplicação das doenças, as discussões envolvendo o direito à saúde – ou, mais precisamente, o direito a prestações de saúde – formam, provavelmente, um dos temas mais complexos no debate acerca da eficácia jurídica dos direitos fundamentais. Por certo é agradável afirmar de forma singela que os direitos à vida e à saúde são protegidos constitucionalmente e devem, portanto, ser assegurados pelo Poder Judiciário.

De certo, o quadro que se expôs, impreterivelmente, está relacionado à prestação de serviços que devem ser oferecidos pelo Estado aos indivíduos, estes poderão exigí-los, caso não sejam prestados. A maior ou menor eficácia das disposições constitucionais deve estar aliada às prestações de saúde disponíveis e não às condições melhores ou piores de saúde das pessoas, mesmo porque muitas vezes não há qualquer controle sobre o resultado final que uma determinada prestação de saúde produzirá no paciente, (BARCELLOS, 2008).

O cerne da questão consiste, exatamente, na configuração do descaso público, tendo em vista, o próprio cenário que vem se mostrando no país, totalmente incoerente com os preceitos perpetrados pela legislação, e sendo, pois, incompatíveis com a Constituição. Ocorre que, não se deve esquecer que estas prestações de saúde podem ser judicialmente exigidas do Poder Público, a serem prestadas diretamente por ele ou pelo particular com custeio público, caso a Administração não possa ou não tenha meios de executá-la. Imperioso, se faz destacar a colocação de Barcellos (2008, p.806) nesse sentido:

A falta de exposição pública das deficiências da saúde básica acaba por produzir um resultado perverso, que é fazer com que ninguém pareça se sentir pessoalmente responsável pela escolha igualmente trágica de investir os recursos em outras prioridades, deixando as pessoas desamparadas.

Pois bem. Se o indivíduo tem direito às prestações de saúde, é porque se conclui que o Estado tem o dever jurídico de oferecer tal serviço.

Nesta colenda, denota-se que é possível obter através do Judiciário, no âmbito de ações individuais, toda e qualquer prestação de saúde, entretanto, criam-se vários problemas que culminarão em um ciclo vicioso, posto que a autoridade pública se eximirá da obrigação de executar as opções constitucionais na matéria, utilizando-se do argumento de aguardar as decisões judiciais, ou mesmo, o pretexto de que não há recursos para fazê-lo.

Por outro lado, salienta-se a pertinência de se obter e fazer cumprir as prestações de saúde por controles coletivos e mesmo abstratos. Quanto a este último, sua possibilidade decorre de que, destinar recursos para determinadas finalidades específicas constitui uma regra constitucional cuja inobservância gera invalidades, que deve poder ser sanada ou por meio de Ação Direta de Inconstitucionalidade, ou eventualmente, por meio de ADPF, quando a questão envolver preceito fundamental, em qualquer caso perante a Suprema Corte (BARCELLOS, 2008).

Assim, seja por qual meio for, individual, coletivo ou abstrato, é fato que o controle jurisdicional tem razão de ser e fundamento na Constituição para sua intervenção, de forma a exigir que se cumpra o texto constitucional. E por se tratar de atribuição Administrativa e

Legislativa, prevista na Carta Política, em dar cumprimento e efetividade às prestações de saúde, o Judiciário deverá, por bem, coibir os abusos e desvios do demais poderes, na concretização desse direito. Embora deva fazê-lo dentro dos limites da Constituição, em especial, quanto à observância do princípio da Separação dos Poderes.

A esse passo, há tempos doutrina e jurisprudência pátrias consolidaram-se a favor da possibilidade de se atribuir ao Estado obrigações positivas extraídas diretamente da Constituição, contudo, no mais das vezes, sua utilização tem se restringido às demandas individuais por prestações de saúde. O que se pretende alcançar, em tempos modernos, é que as ofensas ao direito à saúde em sua dimensão coletiva recebam mesmo tratamento, a despeito da menor carga dramática e das maiores implicações financeiras que suscitem.

Assim, obtempera decisões do Supremo Tribunal Federal, ao imprimir às ações coletivas, patente legitimidade na exigibilidade das prestações de saúde. Henriques (2008, p.850) comenta a decisão do Ministro Celso de Mello por ocasião da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 45, datada de 29/04/2004:

A despeito do deslinde que o pleito mereceu, o relator fez consignar seu posicionamento quanto à intervenção judicial na formulação e execução de políticas sociais excepcional, mas perfeitamente possível, desde que verificada conduta estatal comissiva ou omissiva atentatória aos direitos fundamentais e mesmo que tomados em sua repercussão coletiva.

Uma vez que a própria Constituição e a legislação infraconstitucional definiram linhas gerais das políticas públicas de saúde a serem adotadas, digno se faz, que os cidadãos se utilizem das ações cabíveis à execução dos direitos levados ao crivo do Judiciário, sendo, perfeitamente lícito, a intervenção deste último, pelo que necessário se verifica a determinação de providências capaz de dar cumprimento ao dever Constitucional do Estado, impedindo que as prestações de saúde fiquem aquém do assegurado no texto constitucional.

3.4 A Responsabilidade dos Entes Federados na Promoção da Saúde

Consoante entedimento de Francisco (2008, p.865) “o titular do direito à vida e à saúde é todo ser humano, por expressa previsão do art. 196, caput da Constituição, o qual afirma que a saúde é direito de todos, com acesso universal e igualitário”.

Insta pontuar, que o referido artigo ainda esclarece que o direito à saúde é um dever do Estado, vale ressaltar, União, Estados-membros, Distrito Federal e Municípios. Deepreende-se, pois, desta análise que todos os entes da Federação são solidariamente responsáveis, pela promoção e efetivação desse direito, pelo que, imperioso faz-se afirmar, que os tratamentos imprescindíveis (na rede pública ou privada) podem ser exigidos de qualquer um deles, individualmente ou de todos solidariamente.

Destarte, a importância dos direitos fundamentais, vida e saúde, justifica o dever do Estado custear os tratamentos imprescindíveis, razão pela qual qualquer pessoa pode reclamar tratamento no Sistema Único de Saúde. Entretanto, se esses tratamentos só encontrar-se disponíveis na rede privada, a responsabilidade do Estado é subsidiária, alcançando somente aqueles que não puderem custear o tratamento com recursos próprios sem prejuízo da própria sobrevivência.

Veja-se que, para a implementação dos direitos acima mencionados, os Poderes Estatais de todas as unidades federativas devem desenvolver políticas públicas (econômicas e sociais) para redução dos riscos de doenças e para permitir o acesso irrestrito aos tratamentos e medicamentos. Trata-se de entendimento unânime dos tribunais superiores, corroborando esta tese o Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul prolatou esta decisão:

CONSTITUCIONAL. DIREITO À SAÚDE. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. LEGITIMIDADE PASSIVA. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DE TODOS OS ENTES DA FEDERAÇÃO. ARTIGOS 23, II E 196, CONSTITUIÇÃO FEDERAL. PRECEDENTES. IRRELEVÂNCIA DE O MEDICAMENTO NÃO ESTAR PREVISTO EM LISTA. JURISPRUDÊNCIA PACIFICADA. ENCAMINHAMENTO DA AGRAVADA À CACON PARA AVALIAÇÃO DE SEU ESTADO DE SAÚDE. POSSIBILIDADE. (AC70046969788 RS. Rel.Min. Armínio José Abreu Lima da Rosa, Julg. 25/04/2012. Órg. Jul. Vigésima Primeira Câmara Cível. Pub. 11/05/2012). (grifo no original).

Ademais, o grande problema que tem se mostrado dessa modalidade de direitos e garantias é o elevado custo econômico, contudo, por se tratar de garantia do mínimo existencial, a Constituição estabeleceu que a Seguridade Social, sendo este gênero do qual a saúde é espécie, como dever de toda a sociedade e do Estado, sendo financiado por ambos, de modo que todos os cidadãos são co-responsáveis com o Estado pela preservação da vida e da saúde, assim como as famílias, as ONGs, e até mesmo os empreendimentos privados, *in verbis*:

Art. 194 - A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Parágrafo único - Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos: I - universalidade da cobertura e do atendimento; II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; IV - irredutibilidade do valor dos benefícios; V - equidade na forma de participação no custeio; VI - diversidade da base de financiamento; VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

Por óbvio, decorre de aspectos eminentemente jurídicos, estabelecidos pela Carta Política, a existência de pontos essenciais que se tornam imperativos para a Administração

Pública, cabendo a ela zelar pelos direitos de todos, com absoluta prioridade, de forma a tornar passível de controle e tutela jurisdicional.

3.5 Fontes de Custeio do Direito à Saúde

Como é sabido, e vem se demonstrando ao longo do presente trabalho, um dos grandes empecilhos à concretização de alguns direitos e garantias fundamentais concatenados ao mínimo existencial, é o aspecto da responsabilidade do custo financeiro que possibilita essas prerrogativas vitais.

É bem verdade que, tratando-se de garantia do mínimo existencial, o Poder Público não poderá se valer de uma argumentação pífia, como os argumentos econômicos ou orçamentários para negar tais prerrogativas, pois como já fora abordado, é patente a idéia de que as políticas públicas deverão priorizar e assegurar o indispensável ao ser humano e a vida em sociedade, posto que este sim, tem por sua natureza, caráter de urgência, não podendo o cidadão ter sua dignidade abortada pela inércia do gestor público.

Por outro lado, para que o Estado possa efetivamente garantir aos indivíduos as prestações do direito à saúde, necessitará da real disponibilidade de recursos financeiros, a chamada “Reserva do Possível”, que atuaria, em tese, como um limitador fático do que o indivíduo pode racionalmente exigir da coletividade.

Outrossim, para lastrear a legitimidade do Poder Público em atuar diretamente na área econômica, a Constituição dispôs em seu art.173, as possibilidades que são acobertadas pelo manto constitucional, quais sejam, quando necessária aos imperativos da segurança nacional ou a relevante interesse coletivo, ou indiretamente, como agente normativo e regulador da atividade econômica, nos moldes do artigo 174 do texto constitucional, (FRANCISCO,2008).

Nesse contexto, elementar se faz dialogar a respeito das fontes de custeio do direito à saúde. Esclareça-se que os recursos orçamentários que sustentam o sistema público de saúde são originários, quase em sua totalidade, de tributos, especialmente das contribuições que custeiam a Seguridade Social previstas no art. 195 da Constituição, combinado com outros preceitos do mesmo ordenamento. Veja-se:

Art. 195 - A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

I - do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre: **a)** a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício; **b)** a receita ou o faturamento; **c)** o lucro; II - do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o Art. 201; III - sobre a receita de concursos de prognósticos; **IV** - do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar. § 1º -

As receitas dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinadas à seguridade social constarão dos respectivos orçamentos, não integrando o orçamento da União. § 2º - A proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos. § 3º - A pessoa jurídica em débito com o sistema da seguridade social, como estabelecido em lei, não poderá contratar com o Poder Público nem dele receber benefícios ou incentivos fiscais ou creditícios. § 4º - A lei poderá instituir outras fontes destinadas a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social, obedecido o disposto no Art. 154, I. § 5º - Nenhum benefício ou serviço da seguridade social poderá ser criado, majorado ou estendido sem a correspondente fonte de custeio total. § 6º - As contribuições sociais de que trata este artigo só poderão ser exigidas após decorridos noventa dias da data da publicação da lei que as houver instituído ou modificado, não se lhes aplicando o disposto no Art. 150, III, (b). § 7º - São isentas de contribuição para a seguridade social as entidades beneficentes de assistência social que atendam às exigências estabelecidas em lei. § 8º - O produtor, o parceiro, o meeiro e o arrendatário rurais e o pescador artesanal, bem como os respectivos cônjuges, que exerçam suas atividades em regime de economia familiar, sem empregados permanentes, contribuirão para a seguridade social mediante a aplicação de uma alíquota sobre o resultado da comercialização da produção e farão jus aos benefícios nos termos da lei. § 9º - As contribuições sociais previstas no inciso I do caput deste artigo poderão ter alíquotas ou bases de cálculo diferenciadas, em razão da atividade econômica, da utilização intensiva de mão-de-obra, do porte da empresa ou da condição estrutural do mercado de trabalho. § 10 - A lei definirá os critérios de transferência de recursos para o sistema único de saúde e ações de assistência social da União para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e dos Estados para os Municípios, observada a respectiva contrapartida de recursos. § 11 - vedada a concessão de remissão ou anistia das contribuições sociais de que tratam os incisos I, (a), e II deste artigo, para débitos em montante superior ao fixado em lei complementar. § 12. A lei definirá os setores de atividade econômica para os quais as contribuições incidentes na forma dos incisos I, b; e IV do caput, serão não-cumulativas. § 13. Aplica-se o disposto no § 12 inclusive na hipótese de substituição gradual, total ou parcial, da contribuição incidente na forma do inciso I, a, pela incidente sobre a receita ou o faturamento.

Diante disto, pode-se afirmar que são diversos os tributos que financiam o sistema de seguridade, tais como aqueles cobrados dos empregadores e das empresas, como o PIS, a Contribuição Social sobre o lucro líquido, e a COFINS. Não podendo deixar de mencionar tributos transitórios criados excepcionalmente, para o custeio da saúde, como é o caso da CPMF.

Nesse ponto, cabe destacar, o art.75, §3º do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), que autorizou a União a emitir títulos da dívida pública interna, cujos recursos serão destinados ao custeio da saúde e da previdência social, em montante equivalente ao produto da arrecadação da contribuição, prevista, contudo não realizada em 1999. Já o art. 79 a art.81, ambos do ADCT, criou o Fundo de Combate a erradicação da Pobreza, cujos recursos serão aplicados em ações suplementares de nutrição, habitação, educação, saúde, reforço de renda familiar e outros programas de relevante interesse social voltados para a melhoria da qualidade de vida. Tal fundo recebeu recursos de fontes diversas, em especial tributárias (FRANCISCO, 2008).

Diante da importância da saúde, e dos vultosos gastos exigidos para viabilizar um sistema eficiente, o texto constitucional, ainda previu fontes complementares, de natureza tributária e outras diversas, inclusive remuneratórias e indenizatórias.

Por sua vez, a respeito de fontes de natureza não tributária, a Constituição ainda prevê que o Sistema único de Saúde será financiado com recursos do orçamento da seguridade social, dos entes federados, além de outras fontes. Sendo estas últimas, por certo, extraídas da própria sociedade, no que sobressaem os empreendimentos privados que atuam na área de saúde.

4 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 e n.º 8.142/90, Leis Orgânicas da Saúde, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo vedadas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto.

Do Sistema Único de Saúde fazem parte os centros e postos de saúde, hospitais - incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros (bancos de sangue), os serviços de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, além de fundações e institutos de pesquisa.

Cumprе ressaltar, que o Sistema único de Saúde é regido por princípios idealizadores de uma política social, aos quais cabem o papel de nortear o referido sistema. Tais princípios foram estabelecidos pela Lei Orgânica de 1990 com base no artigo 198 da Carta Política que estabelece:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.

Ficam claros, portanto, que os princípios foram extraídos do artigo supramencionado que serviram de alicerce a criação do SUS, quais sejam, a universalidade, a integralidade e a equidade, conhecidos como princípios ideológicos ou doutrinários, há ainda, os princípios da descentralização, da regionalização e da hierarquização, denominados também de princípios organizacionais, e o princípio da participação popular.

Inobstante todos esse princípios, faz-se necessário, impor elevada estima aos ideológicos, tendo em vista que são eles a base da política igualitária que traz o Sistema Único de Saúde.

4.1 Princípios do SUS

Com a Constituição de 1988, foi possível incorporar os direitos sociais ligados à cidadania, inspirando-se no modelo da Seguridade Social. Depois de indicar a relevância das políticas econômicas e sociais para a garantia do direito à saúde, a Constituição fez referência ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação. Destarte, a partir do novo regime constitucional, qualquer pessoa pode beneficiar-se das ações e serviços públicos de saúde, independentemente de filiação a regime previdenciário e do prévio pagamento de contribuições.

Vislumbra-se, que a universalidade está associada à idéia de igualdade, que por sua vez está ligada à idéia de justiça. Dessa forma, o princípio da universalidade introduziu no sistema único de saúde o caráter de amplitude, bem como despiu a velha saúde do país, a qual era vestida de acordo com as condições e posses de cada indivíduo. Dessa forma, a sociedade foi agraciada, de forma justa e equânime, com uma nova forma de se promover e distribuir a saúde no país.

Com relação ao princípio da equidade é possível afirmar que, são consideradas um contraponto para as desigualdades, sejam as socioeconômicas, sejam as de saúde.

O princípio de equidade surge no período contemporâneo associado aos direitos das minorias e introduz a diferença no espaço público da cidadania, espaço por excelência da igualdade. Entretanto, dada a diversidade das sociedades modernas, para (Sposati, 1999): “A noção de igualdade só se completa se compartilhada à noção de equidade. Não basta um padrão universal se este não comportar o direito à diferença. Não se trata mais de um padrão homogêneo, mas de um padrão equânime”.

Sendo assim, o princípio da equidade estabelece um parâmetro de distribuição heterogênea.

Se o SUS oferecesse exatamente o mesmo atendimento para todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares, estaria provavelmente oferecendo coisas desnecessárias para alguns, deixando de atender às necessidades de outros, mantendo as desigualdades (Ministério da Saúde, 2000).

Para isso, a rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida. A equidade é um princípio de justiça social, o que obtempera a tese de que a efetivação da política instituída pelo Sistema único de Saúde, somente será alcançada se der a devida importância a este princípio e fazer cumpri-lo com afinco.

Outro princípio importante, e que merece comentários, é o da integralidade. Na Constituição, a integralidade aparece como uma diretriz para a organização do SUS. O princípio da integralidade significa considerar a pessoa 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. Nesse ponto, merece comentário o entendimento de Henriques (2008, p.837):

Esclareça-se, ainda, que do princípio da assistência integral não decorre um utópico direito ao melhor tratamento de saúde existente. Primeiramente, constitui limite natural ao dever estatal de prover prestações de saúde o estágio de desenvolvimento da Medicina do país. Dessarte, se é verdade que o Poder Público está obrigado a fornecer tratamento adequado independentemente de sua complexidade, parece evidente que tal obrigação cinge-se às terapias disponíveis, ao padrão de atendimento possível e aos recursos materiais e humanos existentes no território nacional. Do contrário, se por assistência integral se entendesse um direito absoluto ao melhor tratamento, seria possível argumentar sempre – e quase infinitamente – existirem procedimentos e técnicas mais avançados, profissionais mais competentes e medicamentos mais eficazes em comparação àqueles disponibilizados pelo sistema público de saúde. Além de fadado à exaustão financeira, um tal sistema seria necessariamente injusto, por tornar impraticável a dispensação de tratamento idêntico a todos que se encontrasse na mesma situação.

Para entender a integralidade como meio para concretizar o direito à saúde é importante atentar para as três dimensões que a constituem: a organização dos serviços, os conhecimentos e práticas de trabalhadores de saúde e as políticas governamentais com participação da população, pois são estas dimensões que atuam diretamente na construção do conceito e execução do princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde no país.

4.2 Dificuldades para uma Concretização Equitativa

A complexidade do conceito de saúde, aliada às complexidades de sua efetivação, dificulta sua concretização equitativa. Tendo em vista os diferentes tipos de igualdade que orientam a distribuição de despesas públicas por parte das burocracias estatais, é perceptível que o controle prático da adesão ao princípio da equidade, revela-se bastante complicado e, de certa forma, questionável.

Em uma lógica discursiva, o controle prático da adesão a este princípio é extremamente complexo, pois não é fácil garantir que se alcance um denominador comum, quando há conflitos de interesses, competição por recursos e as medidas a serem adotadas envolvem conhecimento especializado.

Walzer *apud* (NASCIMENTO, 2008, p.917) sustenta que o princípio de distribuição a ser adotado na esfera geral, que abriga segurança e bem estar social é a necessidade, sem espaço para julgamento de mérito, origem ou parcela de contribuição.

Por esse motivo, surge a idéia de uma justiça redistributiva, e não distributiva, posto que, exigir mais de quem pode contribuir menos, ou assistir menos a quem necessita mais, é inaceitável.

Diante desta situação, merece respaldo, o entendimento de Nascimento, (2008, p.918) sobre o tema:

Na verdade os diferentes critérios de aferição da justiça distributiva de saúde não se excluem, se complementam, permitindo modular e contextualizar as diferentes formas de atender a demanda por acesso à saúde. Equidade de acesso para iguais necessidades na promoção e na prevenção e equidade de utilização de serviços de recuperação.

4.3 Cartão- SUS

O Cartão Nacional de Saúde é um instrumento que possibilita a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ao usuário, ao profissional que os realizou e também à unidade de saúde onde foram realizados. Para tanto, é necessária a construção de cadastros de usuários, de profissionais de saúde e de unidades de saúde. A partir desses cadastros, os usuários do SUS e os profissionais de saúde recebem um número nacional de identificação, (Portal da saúde,2012).

Conforme, consta no preâmbulo da Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011, que regulamento o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão), no âmbito das ações e serviços de saúde em todo o território nacional, foi concebido tendo como finalidade precípua a uniformização da identificação dos usuários, das ações e serviços de saúde, assim dispõe em seu art. 2º: “O Sistema Cartão é um sistema de informação de base nacional que permite a identificação unívoca dos usuários das ações e serviços de saúde, com atribuição de um número único válido em todo o território nacional”.

Contudo, esse cartão apresenta outros objetivos, quais sejam, possibilitar o cadastramento dos usuários das ações e serviços de saúde, com validade nacional e base de vinculação territorial fundada no domicílio residencial do seu titular, garantir a segurança tecnológica da base de dados, respeitando-se o direito constitucional à intimidade, à vida privada, à integralidade das informações e à confidencialidade, fundamentar a vinculação do usuário ao registro eletrônico de saúde para o SUS, e possibilitar o acesso do usuário do SUS aos seus dados.

O cadastramento no Sistema Cartão consiste no processo por meio do qual são identificados os usuários do Sistema Único de Saúde e seus domicílios de residência. Dessa forma, realizado o cadastro será possível a emissão do Cartão Nacional de Saúde para os usuários e a vinculação de cada usuário ao domicílio de residência, permitindo uma maior eficiência na realização das ações de natureza individual e coletiva desenvolvidas nas áreas de abrangência dos serviços de saúde. O Cadastramento permite ainda a construção de um banco de dados para diagnóstico, avaliação, planejamento e programação das ações de saúde.

Na visão da política instituidora do Cartão SUS, a realização de um cadastramento domiciliar de base nacional, aliado à possibilidade de manutenção dessa base cadastral atualizada, pode permitir aos gestores do SUS a construção de políticas sociais integradas e intersetoriais (educação, trabalho, assistência social, tributos etc.) nos diversos níveis do governo. Ademais, acredita-se que o Cartão Nacional de Saúde de cobertura nacional, é uma ferramenta importante para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), facilitando a gestão do sistema e contribuindo para o aumento da eficiência no atendimento direto ao usuário.

5 A Inconstitucionalidade da Negativa de Atendimento de Pacientes Advindos de outros Estados

Caso concreto e que merece destaque é o que vem acontecendo no Estado do Piauí, e assume um status bastante preocupante. Ocorre que o Estado do Piauí nega-se a prestar serviços de saúde à pacientes cadastrado no Sistema Único de Saúde, de origem em outros Estados da Federação. Pelo o que culmina na morte de diversos cidadãos brasileiros.

Se em seus cadastros junto ao Ministério da Saúde, constar que tem endereço em outro Estado-membro, começa o suplício do cidadão, haja vista que a conduta é, exatamente, barrar o acesso à saúde desses doentes, pobres e carentes.

Ademais, os Estados envolvidos, Piauí e Maranhão, realizaram uma Pactuação Programada Integrada (PPI), pela qual ficou acordado que o Piauí atenderia os pacientes vindos do Maranhão, em contraprestação, o Maranhão iria pagar pelo atendimento dos pacientes ao Estado do Piauí.

Contudo, a PPI que foi feita sob o comando do Ministério da Saúde, não foi cumprida. Pois o Piauí continua recebendo os pacientes do Maranhão, mas o Estado não repassa o dinheiro equivalente ao atendimento. "O secretário do Maranhão disse que não quer perder recursos. Tem mandado os pacientes, mas não manda o dinheiro", reclamou o superintendente de Unidade da Secretaria Estadual de Saúde, Ernani Maia, (Portal Gterra, 2011).

O problema também foi abordado pelo presidente da Fundação Municipal de Saúde de Teresina, Pedro Leopoldino, alegando que as finanças da Prefeitura da capital estão estranguladas por conta dos gastos com saúde de pessoas que não são da capital, (Portal Gterra, 2011).

O presidente da FMS lembrou que o atendimento do SUS é universal, mas existe um financiamento por cada estado para atender seus pacientes. Os valores são repassados proporcionalmente à população.

Diante da irrefutável inconstitucionalidade da negativa do Estado do Piauí em restringir o acesso à saúde, o Ministério Público Federal impetrou Ação Civil Pública com o escopo de preservar os preceitos e normas constitucionais, em especial, por se tratar do caso concreto, o princípio do acesso universal à saúde.

É sabido que o Sistema Único de Saúde tem como um de seus postulados o acesso universal e gratuito, e por assim ser, torna incompatível referida postura por parte do Estado do Piauí. Ademais, o texto constitucional, é claro ao dispor sobre este tema, pois no mesmo encontra-se expresso no artigo 22, II, a responsabilidade comum dos entes federativos de cuidar da saúde.

O Procurador da República, Tranvanvan Feitosa, na peça exordial da referida Ação Civil Pública, foi muito feliz na sua colocação ao enunciar o seguinte:

O cidadão de outro Estado que precisa de tratamento médico no Piauí é praticamente um órfão do Estado, que ninguém quer cuidar. O Estado onde o mesmo busca o tratamento (no caso o Piauí) vai arcar sozinho com um custo de um paciente de outro Estado da Federação. O Estado de origem do cidadão (Maranhão, Pará, Tocantins, Ceará, entre outros) não irá repassar valores para custear as despesas médicas desse cidadão em outro Estado. Por isso, se criou a central de regulação e se editou a Portaria n. 39/06, pelo Ministério da Saúde, mas, infelizmente, a solução produzida pelo Ministério da Saúde, acabou gerando a impossibilidade de atendimento médico aos pacientes, em face de barreiras burocráticas insuperáveis para quem já está doente e necessitando de um procedimento médico de alta complexidade.

Insurge que o Cartão Nacional de Saúde do SUS, que deveria ser um instrumento facilitador do atendimento em nível nacional, está inviabilizando qualquer tratamento que o paciente necessite fora de seu Estado, pois identifica a origem do Estado do seu possuidor, impedindo a universalização do atendimento do SUS.

A par dos direitos constitucionalmente assegurados a todos, em especial os concernentes à vida e à saúde, o legislador estabeleceu, em sede constitucional e legal, o dever do Estado, através dos seus diversos órgãos de gestão e de execução, de dispor à sociedade uma prestação de serviço de saúde pública universal e de qualidade. No entanto, depreende-se dos fatos, que na prática isto não ocorre, pelo o que ocorre flagrante inconstitucionalidade.

Mais uma vez o Procurador da República, acima mencionado, fez importante consideração sobre o tema, que merece respaldo. Analise:

Todavia, no caso que ora se cuida, vê-se que o Estado - entendido esse termo em seu sentido lato - não tem cumprido com seu inalienável e intransferível dever de bem prestar um razoável serviço de saúde pública, fazendo com que pessoas fiquem presas à burocracia, buscando atendimento médico em locais distantes de suas residências enquanto as suas enfermidades se agravam, desprovidas do indispensável atendimento que seu caso está a exigir, estabelecendo-se, entre os responsáveis pelo atendimento, um verdadeiro jogo de empurra, levando com que

ninguém saiba ao certo a quem ou a onde se dirigir para obter o socorro indispensável, circunstância que, a bem da verdade, resulta, irrefragavelmente, em prejuízos irreversíveis, como os que se relata nesta oportunidade.

Desse modo, resta comprovada ser absurda e inadmissível a realidade que tem se mostrado, a qual revela profundas distorções ocorrentes nos serviços públicos médico-assistenciais, cuja prestação pela União, Estados e Municípios constitui garantia constitucional aos cidadãos.

5 CONCLUSÃO

Diante da relevância da saúde e da sua conexão com a inviolabilidade da vida e a dignidade, resta sustentar que todo o acervo de direitos reunidos na garantia de acesso à saúde vincula todos, particulares e órgão estatais, autorizando controle jurisdicional, sempre que estiver em risco o mínimo existencial. Contudo, deverá levar em conta a subordinação do que for materialmente possível, quando o direito pleiteado se der em face do Estado, que tem dever primário de promover sua concretização. No que diz respeito ao Sistema Único de Saúde, apesar dos avanços (Lei nº 8080/90 e Lei nº 8142/90), é cediço que questões fundamentais para a sua consolidação, ainda persistem parcialmente irresolutas. A toda evidência os princípios que regem referido sistema acompanham a ausência de aplicabilidade plena do mesmo, haja vista estar longe de alcançar os imperativos normativos das legislações relativas ao SUS. Na seara dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde, é importante reconhecer a deflagração da inconstitucionalidade da negativa de atendimento de pacientes cadastrados em Estados diversos do qual se espera atendimento de saúde, pelo que afronta diretamente o princípio do atendimento universal. Esse cadastro obrigatório para o recebimento de atendimento pelo SUS é questionável, posto que tem causado a discriminação de pacientes, quando estes pretendem atendimento em lugar diverso do seu de origem. Como se viu são alguns dos empecilhos para a concretização do direito de acesso à saúde a omissão dos Poderes Públicos nas prestações de saúde e a colisão do direito à saúde de diversos titulares. A par de todas essas dificuldades, conclui-se que a saúde é um bem público, um direito fundamental também, sobretudo uma conquista da cidadania que precisa ser efetivada e defendida. Além da concretização dos direitos fundamentais e da potencialização da democracia brasileira, o grande objetivo do artigo foi contribuir para a intensificação do debate acadêmico acerca de um tema tão complexo e importante como o direito à saúde.

REFERÊNCIAS

BARCELLOS, Ana Paula. **O Direito à Prestações de Saúde**: complexidades, mínimo existencial e o valor das abordagens coletiva e abstrata. In: SOUZA NETO, Cláudio Pereira de; SARMENTO, Daniel. (Org.) **Direitos Sociais: Fundamentos, Judicialização e Direitos Sociais em Espécie**. Lumen Juris: Rio de Janeiro, 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília,DF:Senado Federal,1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm >. Acesso em: 18 de fevereiro de 2012.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990: dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde (sus) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Brasília,DF,1990.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília,DF,1990.

CHAVES, Luís Cláudio da Silva. **Saúde, direitos coletivos e a “reserva do possível”**. Disponível em: < <http://www.domtotal.com/colunas/detalhes.php?artId=1685> >. Acesso em: 5 de outubro de 2011.

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Direito fundamental à saúde**: parâmetros para sua eficácia e efetividade. São Paulo: Livraria do Advogado, 2007.

FRANCISCO, José Carlos. **Dignidade humana, custos estatais e acesso à saúde**. In: SOUZA NETO, Cláudio Pereira de; SARMENTO, Daniel. (Org.) **Direitos Sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie**. Lumen Juris: Rio de Janeiro, 2008. p. 859-873.

HUMENHUK, Hewerstton. **O direito à saúde no Brasil e a teoria dos direitos fundamentais**. Disponível em: < <http://jus.com.br/revista/texto/4839/o-direito-a-saude-no-brasil-e-a-teoria-dos-direitos-fundamentais> >. Acesso em: 20 de setembro de 2011.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS**. Disponível em: < <http://br.monografias.com/trabalhos903/integralidade-saude-educacao/integralidade-saude-educacao.shtml> >. Acesso em: 12 de setembro de 2011.

MARANHÃO, Clayton. **Tutela jurisdicional do direito à saúde**: artigos 83 e 84 CDC. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

MIRANDA, Jorge. **Manual de direito constitucional: direitos fundamentais**. Coimbra: Coimbra Editora, 2000, Tomo IV.

NASCIMENTO, Rogério José Bento Soares. **Concretizando a utopia**: problemas na efetivação do direito a uma vida saudável. In: SOUZA

NETO, Cláudio Pereira de; SARMENTO, Daniel. (Org.) **Direitos Sociais:** fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie. Lumen Juris: Rio de Janeiro, 2008. p. 905-924.

SILVA, Júlio César Ballerini. **Direito à saúde:** aspectos práticos e doutrinários no direito público e direito privado. São Paulo: Habermann, 2009.

SIQUEIRA, Dirceu Pereira. **Direito Fundamental à Saúde na Constituição de 1988: dos 20 anos de absoluta inefetividade, ao advento de uma realidade supostamente excessiva de judicialização.** Disponível em: < http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=3178 >. Acesso em: 23 de setembro de 2011.