

3.1.8 Um novo modelo para o serviço público de saúde

Leonardo Tibo Barbosa Lima

Advogado. Especialista em Direito Público pela UGF/RJ. E-mail: leotibo@nwnet.com.br

I-INTRODUÇÃO

No contexto brasileiro, o serviço público de saúde padece, em analogia ao vocabulário médico, de uma “infecção generalizada”, e, por isso mesmo, depende dos mais diversos esforços para promover sua recuperação. Entretanto, a responsabilidade pelo caos na saúde pública vem sendo “empurrada” de um ente federativo para outro, numa hierarquia, que mais se poderia chamar de uma cascata, de desserviço à população.

Boa parte dos Municípios brasileiros sequer possui um único hospital, motivo pelo qual não é raro que pacientes desloquem-se e até se instalem, por dias e meses a fio, submetendo-se a tratamento em municípios vizinhos ou mais distantes de suas origens, o que contribui para sufocar e estrangular, ainda mais, o sistema de atendimento. Isso denota falta de uma gestão adequada na distribuição de recursos humanos, de leitos e de medicamentos, de acordo com as carências de cada município, mas que é fruto de problema de ordem normativa maior, como adiante se verá.

Se de tal outro modo se viesse a proceder, certamente que os recursos financeiros, que bancam os custos da saúde pública, seriam mais bem aplicados, quiçá até mesmo suficientes, para suportar a demanda, a par da evidente possibilidade de suavizar o próprio tratamento de quem dele necessita.

Outro grave problema, que, de certa forma, como se de um efeito colateral se tratasse, decorre da municipalização da Saúde, por via do Sistema Único SUS -, reside hoje no acirramento das disputas políticas, sobretudo e mais uma vez nos municípios menores, onde se disputam, em verdade, a um só tempo, poder, votos, doentes, medicamentos e recursos do SUS. A vítima é sempre o eleitor-paciente, o povo, muitas vezes colocado diante de hospitais sem médicos, sem equipamentos e até fechados. É algo que merece reflexão.

Contribuir para a prestação do serviço público de saúde, com vistas a torná-lo eficiente, também é tarefa do cientista jurídico, consciente hoje de que o Direito é, e sempre haverá de ser, uma ciência social aplicada.

No presente artigo, ainda que de forma breve, busca-se apresentar um novo modelo estrutural para o fornecimento do serviço de saúde pública, que atenda à realidade do sistema como um todo, a bem de promover a democratização do direito à saúde, que, em suma, é o direito à vida, pensando, sobretudo, na população carente, usuária mais freqüente do serviço público de saúde.

II- CONCEITOS

A elucidação dos conceitos operacionais, usados como sustentáculos das idéias aqui expostas, é imprescindível e se dará de forma individualizada.

2.1 Do Direito à Saúde

A saúde é um direito de todos e um dever do Estado, conforme o estatuido no artigo 196 da Constituição Federal, direito este que, na lição de Kildare Gonçalves, deverá ser compreendido de forma ampla:

O direito à saúde, de que trata o texto constitucional

brasileiro, implica não apenas no oferecimento da medicina curativa, mas também na medicina preventiva, dependente, por sua vez, de uma política social e econômica adequadas. Assim, o direito à saúde compreende a saúde física e mental, iniciando pela medicina preventiva, esclarecendo e educando a população, higiene, saneamento básico, condições dignas de moradia e de trabalho, lazer, alimentação saudável na quantidade necessária, campanhas de vacinação, dentre outras. (GONÇALVES, 2005, P. 816-817).

A medicina curativa será aqui compreendida de forma igualmente ampla, incluindo-se o tratamento ambulatorial, as intervenções cirúrgicas e tudo mais quanto seja necessário para atuar no combate à enfermidade, tão logo seja esta diagnosticada.

2.2 Do Princípio da Proporcionalidade

Muito embora inexista, de forma expressa, na Constituição Federal de 1988, o princípio da proporcionalidade faz parte da lógica e da própria principiologia constitucional, fazendo com que sua ideologia permaneça integrada à essência das normas constitucionais. Quando se fala a respeito desse princípio, é imperioso citar-se o festejado Professor Paulo Bonavides:

Tanto a jurisprudência constitucional em vários países da Europa como os órgãos da Comunidade Européia, já não vacilam em fazer uso freqüente desse princípio. A doutrina, por sua vez, busca consolidá-lo como regra fundamental de apoio e proteção dos direitos fundamentais e de caracterização de um novo Estado de Direito, fazendo assim da proporcionalidade um princípio essencial da Constituição” (BONAVIDES, 2004, p. 396).

2.3 Igualdade Material x Igualdade Formal

Para a compreensão do tema, urge relembrar a diferença entre a igualdade formal, sendo esta a decorrente da letra da lei, e a material, que se traduz como sendo a igualdade de fato, da concretização do que manda e quer a lei, em que se busca igualar os desiguais, em respeito às suas desigualdades, conforme outrora nos foi ensinado pelo saudoso jurista Rui Barbosa, não se olvidando, ainda, os ensinamentos da douta conterrânea Carmen Lúcia Antunes Rocha, dos quais ora se socorre, para enfatizar a importância da aplicabilidade do princípio:

Igualdade constitucional é mais que uma expressão de Direito; é um modo justo de se viver em sociedade. Por isso é princípio posto como pilar de sustentação e estrela de direção interpretativa das normas jurídicas que compõe o sistema jurídico fundamental (ROCHA, 1990, pág. 118).

III - A DESCENTRALIZAÇÃO DESPROPORCIONALIZADA

A prestação do serviço público de saúde é realizada de forma descentralizada, de maneira que cada ente possua as mesmas competências em seu respectivo território, integrando uma rede regionalizada e hierarquizada através de um sistema único (art. 198).

Calha fazer uso das palavras do douto Kildare Gonçalves:

O serviço público de saúde será organizado, formalmente, com um sistema único. Quer isto significar que não mais haverá a difusa administração da matéria na esfera da União (que implicava, por absurdo, na existência de dois ministérios e um sem-número de órgãos federais atuando no setor), nem a dispersão e superposição de órgãos e atribuições em esfera estadual e municipal. Sendo único, o sistema deverá possuir um específico modelo de relações entre o todo (o que dá unidade ao conjunto de órgãos, sujeitos a atribuições) e as partes que o integram. (CARVALHO, 2005, p. 817.).

Destarte, a União, Estados e Municípios são igualmente responsáveis, v.g., pelo combate de epidemias, campanhas de vacinação, administração e custeio de hospitais, contratação de médicos e pelo fornecimento de medicamentos (art. 200). Acrescenta GONÇALVES que:

A Constituição prevê um regime de cooperação entre a União, os Estados e os Municípios, que devem concorrer para incrementar o atendimento à saúde da população. Cada uma dessas esferas de governo, que deve agir em concurso e de forma solidária, uma suplementando a outra, tem sua competência administrativa estabelecida na Lei nº 8.080/90. (CARVALHO, 2005, p. 817.).

A adoção do princípio da descentralização, como diretriz do sistema público de saúde, é magnífica e essencial. Todavia, a Constituição peca por não promover a descentralização à luz do princípio da proporcionalidade. No nosso modelo federativo, não há igualdade material entre os entes e, por isso, competências semelhantes jamais serão exercidas com semelhante eficácia entre os entes.

Citando Pierre Muller, Paulo Bonavides destaca que:

Numa dimensão menos larga, o princípio da proporcionalidade se caracteriza pelo fato de presumir a existência de relação adequada entre um ou vários fins determinados e os meios que são levados a cabo.

Nesta última acepção, entende Muller que há violação do princípio da proporcionalidade, com ocorrência de arbítrio, toda vez que os meios destinados a realizar um fim não são por si mesmos apropriados e ou quando a desproporção entre os meios e fim é particularmente evidente, ou seja, manifesta. (BONAVIDES, 2004, p. 393).

Para que o serviço público de saúde torne-se eficiente e eficaz, no cumprimento de sua finalidade, é preciso organizar a distribuição das competências para a sua execução, de forma proporcional, fazendo com que cada ente fique responsável por uma parcela de poder que possa realmente ser exercido.

Em verdade, os Municípios mais pobres não conseguem prestar adequadamente com eficiência e eficácia - a parcela do serviço público de saúde que lhe foi atribuída e apenas "repassam" o problema para outros Municípios mais ricos, para o Estado e para a União, como já ficou antes assinalado.

Ainda que sejam fixadas porcentagens mínimas do orçamento, para o financiamento do serviço público da saúde (nos termos da LRF), especialmente no caso dos Municípios, o montante por vezes será pequeno em relação às necessidades daquele serviço. Ora, qualquer hospital, seja em um Município de um milhão de habitantes, seja em um de cinco mil, precisará de um aparelho de raio X, de um bloco cirúrgico, de médicos e de enfermeiros, para funcionar; e isso tem um custo muito

elevado.

O problema da desproporcionalidade na distribuição da competência para execução da prestação do serviço público poderia ser amenizado, através de um novo modelo estrutural, o qual será apresentado a seguir.

IV - UM NOVO MODELO PARA O SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE

Insta ressaltar que o modelo aqui proposto refere-se tão-somente à competência para execução do serviço público de saúde, de modo que a competência legislativa, as fontes de custeio, bem como as exigências da LRF ficariam inalteradas, inclusive as que versassem sobre a aplicabilidade mínima de recursos públicos na saúde.

Não se pretende, com a introdução desse novo modelo, romper com o Sistema Único de Saúde. Este permaneceria único, porém, com competências, quanto à sua execução, mais bem delimitadas, promovendo uma descentralização organizada e isonômica.

4.1 A Competência dos Municípios

No novo modelo, os Municípios ficariam responsáveis, essencialmente, pela medicina preventiva da população.

Cada Município possui peculiaridades em relação à saúde e às condições sanitárias de seus munícipes, de modo que um município do Estado do Amazonas lida com moléstias diferentes daquelas com que lidam municípios dos Estados do Sul do País. As campanhas de vacinação se tornariam, portanto, mais específicas.

Em vez de hospitais municipais, cujos custos são sabidamente insuportáveis para eles, os Municípios seriam responsáveis por postos de saúde, onde enfermidades simples, tal qual é o caso da gripe, poderiam ser diagnosticadas por médicos e tratadas ali mesmo. Seria do Município, por exemplo, a responsabilidade pelo desenvolvimento do bem sucedido programa do "médico da família", em que cada médico fica responsável pela visitação de um determinado número de famílias, orientando-as em seus hábitos de saúde e higiene, de forma a atuar preventivamente contra as doenças.

O Município promoveria ações de esclarecimento e educação da população, de higiene, de saneamento básico, de noções de alimentação saudável e na quantidade necessária, campanhas de vacinação etc.

Em vez de gastar o dinheiro público com hospitais e equipamentos de custo elevado, o Município centralizaria os investimentos exclusivamente na medicina preventiva, melhorando a qualidade de vida da população.

4.2 A Competência dos Estados

Aos Estados competiria promover o fornecimento de medicamentos, o que não seria pouco, diga-se de passagem.

Os medicamentos poderiam ser fornecidos através de farmácias públicas, estrategicamente localizadas nos hospitais, nos postos de saúde e onde se fizer necessário, de modo que o paciente, que fosse em busca do atendimento público, agisse da mesma forma que o paciente atendido pelo setor privado: após obter a receita médica, o paciente se dirige à farmácia e adquire os medicamentos necessários, só que de forma gratuita.

A idéia aqui também é de centralizar os recursos públicos em um fim específico. O Estado poderia, ainda, auxiliar os Municípios, caso estes enfrentassem dificuldades na execução dos serviços de medicina preventiva.

4.3 A Competência da União

Além de possuir maiores recursos, a União também é, a princípio, mais fiscalizada do que os demais entes da Federação. A imprensa e entidades privadas, por exemplo, conseguem desempenhar seu papel de localizar e denunciar as mazelas do serviço público, de forma mais intensiva, nos grandes centros, bem como nos assuntos que dizem respeito ao Governo Federal, porque ali se faz presente o Estado de forma mais marcante, além do que, a economia do País também está ali mais concentrada. O Governo Federal desperta mais atenção.

A competência da União seria residual, portanto. Assim é que a União ficaria responsável pela promoção da medicina curativa. Todos os hospitais seriam federais e os médicos que neles trabalhassem seriam servidores públicos federais.

Isso não impediria que a prestação de todo o serviço público de saúde fosse realizada de forma integrada, no mesmo espaço físico, como já foi dito. No hospital federal, por exemplo, poderia existir uma farmácia pública e um setor de prevenção da saúde.

O atendimento em todos os hospitais seria padronizado, de forma que o cidadão que buscasse atendimento público em um hospital no Estado do Acre tivesse à sua disposição a mesma estrutura de um hospital localizado no Estado do Rio de Janeiro.

Esses hospitais federais, a exemplo das farmácias públicas, funcionariam em locais estratégicos, distribuídos pelo País, por exemplo, na proporção da densidade demográfica de cada região.

Os equipamentos mais caros, pois, seriam adquiridos pela União, que, certamente, devido até mesmo ao volume da aquisição, poderiam ser comprados de forma mais barata. É cristalino que a União conseguiria, com muito mais facilidade,

até mesmo, a doação de equipamentos, de parte de organismos internacionais.

VI-CONCLUSÃO

O clamor pela reestruturação do sistema público de saúde brasileiro vem, primeiramente, da própria Constituição, que se pauta no princípio da proporcionalidade, embora não expressamente declarado, na construção de toda a sua ideologia. BONAVIDES cuida de afastar quaisquer contradições a essa afirmativa:

No Brasil a proporcionalidade pode não existir enquanto norma geral de direito escrito, mas existe como norma esparsa no texto constitucional. A noção mesma se infere de outros princípios que lhes são afins, entre os quais avulta, em primeiro lugar, o princípio da igualdade, sobretudo em se atentando para a passagem da igualdade-identidade à igualdade-proporcionalidade, tão característica da derradeira fase do Estado de Direito. (BONAVIDES, 2004, p. 434.).

A reestruturação do serviço público de saúde brasileiro é urgente. A idéia de sugerir um novo modelo, ainda que singelo, servirá, no mínimo, para provocar a discussão a respeito do tema pelos cientistas jurídicos que se preocupam com a função social de suas pesquisas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BONAVIDES, Paulo. Curso de Direito Constitucional. 14 ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2004.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado.

CARVALHO, Kildare Gonçalves. Direito Constitucional: Teoria do Estado e da Constituição. 11 ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2005. Pág 816/817.

ROCHA, Carmen Lúcia Antunes. O Princípio Constitucional da Igualdade. Belo Horizonte: Jurídicos Lê, 1990.