A OBSERVÂNCIA DA INTEGRALIDADE COMO DEVER CONSTITUCIONAL DE RESPEITO À SAÚDE

THE OBSERVANCE OF INTEGRALITY AS A CONSTITUTIONAL DUTY TO RESPECT HEALTH.

Sheyla Suruagy Amaral Galvão do Vale
Alan Martinez Kozyreff
Paulo Alves Adorno

RESUMO: O presente artigo tem como objetivo geral analisar a integralidade da saúde como direito constitucional de todos, não adstrito apenas à forma preventiva, mas como assistência terapêutica integral e recuperadora. Analisa de modo específico como o assunto tornou-se, em boa parte, responsável pela judicialização da saúde. A metodologia concentra-se na análise do tema na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e de normas infraconstitucionais que versam sobre o assunto contrapondo o arcabouço legal com pensadores que fazem uma abordagem teórica divergente; dedica-se a análise e coleta de dados públicos e oficiais referente aos números de ações judiciais ligadas à questão. A partir do levantamento e exploração desses números descobre-se que o déficit de efetividade dos serviços e ações de saúde, em descompasso com as normas definidoras do direito fundamental à saúde são as principais razões para fundamentar os pleitos judiciais. No decorrer deste trabalho discute-se o conceito de integralidade, o alargamento desse conceito para além do indivíduo como ser unicelular, a maneira como se dá esse elastério, e por fim a litigiosidade do tema. Conclui-se que a escassez de recursos públicos e seu mau gerenciamento aliados à falta de normas claras que delimitem o acesso irracional em detrimento de quem mais necessita dos serviços de saúde, é o que tem levado aos tribunais a saúde pública no Brasil.

Palavras-chave: Integralidade; Constituição Federal; Judicialização.

ABSTRACT: The general aim of this paper is to analyze the integral health as a constitutional right of everybody not only as prevention but as integral and recuperative therapeutic assistance. It analyzes in a specific way how the subject became, largely, responsible for the judicialization of health. The methodology focuses on the analysis of the theme in the Constitution of the Federative Republic of Brazil of 1988 and on infra-constitutional norms that deal with the subject by opposing the legal framework with thinkers who make a divergent theoretical approach; it is dedicated to the analysis and data collect of public and official numbers of lawsuits related to this matter. From the survey and exploration of these numbers, it is discovered that the deficit of effectiveness of health services and actions, in disagreement with the norms that define the fundamental right to health, are the main reasons to base judicial litigation. In the course of this work, it was discussed the concept of integrality, the extension of this concept beyond the individual as a single cell, the way in which this willpower occurs and the litigiousness of the subject. It is concluded that the

scarcity of public resources and their mismanagement coupled with the lack of clear norms that delimit irrational access at the expense of those most in need of health services, is what has led the courts to public health in Brazil.

Key-words: Integrality; Federal Constitution; Judicialization.

1 INTRODUÇÃO

A conceituação de saúde vem sendo modificada ao longo da evolução humana à medida que novos elementos econômicos, sociais, culturais e políticos também vão sendo agregados no seio da sociedade. A Constituição Federal do Brasil de 1988, ao tratar do tema, o incluiu no rol dos direitos sociais, ao lado da educação, do trabalho, do lazer, da previdência social, entre outros, bem como a assistência aos desamparados. A partir do ano de 2015 outros direitos como a alimentação, a moradia e o transporte foram também relacionados com o *status* sociais.

São valores prescritos dentro dos direitos individuais e coletivos baseados como garantias fundamentais e que uma vez exercidos integralmente, garantem ao indivíduo viver com dignidade e praticar a cidadania em toda sua plenitude. Estes são princípios fundamentais que, dentre outros, constitui o Estado Democrático de Direito, e neste sentido, a saúde como direito social distribuída de forma integral e equânime deverá estar ao alcance de todos os brasileiros, sem distinção ou outra forma de discriminação.

O Texto Magno incluiu a saúde dentro do assunto que cuida da Ordem Social, o qual tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça social. Dentre outros temas, a Seguridade Social cuja definição constitucional significa um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade em geral, tem como objetivo assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social a todos, como direito fundamental do ser humano.

Portanto, estes três direitos sociais estão abrigados no seio da Seguridade Social e compete ao Poder Público, organizá-la de forma que a cobertura e o atendimento obedeçam à universalidade; que haja uniformidade e equivalência dos

benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços, e que não haja irredutibilidade no valor dos benefícios; que a forma de participação no custeio da Seguridade seja isonômica, porém com diversidade da base do financiamento, e ainda que prevaleça o caráter democrático, descentralizado e, gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

Mas é a partir do artigo 196 que a Carta Federal cuida especificamente da saúde, donde se extrai que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e, ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, cujo assunto será tratado especificamente.

Entretanto, dada à escassez de recursos públicos, a integralidade é assunto recorrente quando se comenta sobre a disponibilidade total de ações e serviços relativos à saúde que, conforme o Texto Constitucional e sem descer às minudências *a priori*, reclama atendimento integral para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

O objetivo deste trabalho é de apresentar o conceito de integralidade, suas distintas abrangências e nuances; as formas com que ela se efetiva e como a judicialização atua na garantia do direito da saúde.

2 METODOLOGIA

O método utilizado é o descritivo, analisando fatos históricos para uma conclusão específica. A abordagem é qualitativa e a pesquisa bibliográfica ocorreu a partir de livros e artigos científicos pertinentes à temática em questão.

3 AMPLITUDE DO CONCEITO DE INTEGRALIDADE DA SAÚDE

A tarefa de atendimento integral, porém com foco principal na prevenção já constava no texto original da Constituição Federal, entretanto com a Emenda Constitucional nº 65, de 13 de Julho de 2010, o legislador reforçou o dever do Estado, conforme se verifica no artigo 227, parágrafo 1º, na promoção de programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente e do jovem, e ainda aplicação de percentual dos recursos públicos destinados à saúde na assistência materno-infantil.

Embora o dever de atendimento integral conste na Constituição, coube à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispor sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços e ações de saúde em todo o território nacional, bem como a formulação e o planejamento na execução de políticas econômicas e sociais inerentes ao tema.

Portanto, o legislador constituinte definiu pelo menos três ações no plano da saúde pública que deveriam ser executadas por parte do Estado em suas esferas de poder e, se combinadas com as assertivas do artigo 198, dão base para a definição de atendimento integral. É a promoção, a proteção e a recuperação do indivíduo que permitem assegurar que essas atividades, uma vez desenvolvidas de forma integrada, dão suporte ao conceito ora perseguido.

A *promoção* da saúde é a compreensão do indivíduo visto como um todo, não apenas como um ser individual, mas como produto de interações de seu meio social, sua comunidade, e seu local de trabalho. A saúde ou a doença desse indivíduo pode ser entendida, ou melhor estudada/compreendida a partir da reprodução de conhecimento e o repasse de informações não apenas para si mesmo, mas para todo seu entorno social.

O desenvolvimento de ações e serviços preventivos, antecipando-se ao evento doença, permite criar uma rede protetiva que alcança toda a sociedade. Esse sistema de *proteção* relativo à saúde reflete-se em índices menores de mortalidade infantil,

baixo índice de hospitalização de idosos acometidos de doenças próprias da sua idade, ou surtos sazonais, como a dengue, chinkungunya, febre amarela e zika. As campanhas vacinais para crianças e idosos que estão expostos a riscos de doenças e, portanto, representam a camada mais vulnerável, são exemplos de atividades preventivas.

A *recuperação* da saúde faz parte daquela ação que exige cuidado imediato ao doente, requerendo estrutura hospitalar, profissional capacitado, remédios e insumos e leitos hospitalares que garantam pronto atendimento ao paciente aliviando-lhe suas dores. É nesta fase que muitas vezes se confunde a definição de atendimento integral, posto que o artigo 198 da Constituição Federal de fato invoca como diretriz do Sistema Único de Saúde – SUS, que este se estruture em rede regionalizada e hierarquizada, permitindo ao usuário buscar auxílio que responda satisfatoriamente ao seu sofrimento.

A integralidade da saúde perpassa pelo atendimento integral do indivíduo seja na conscientização da comunidade onde as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, a respeito de doenças infectocontagiosas, ou na distribuição equitativa de recursos financeiros a fim de dar pronto atendimento a quem procura a rede hospitalar. Nesse sentido, Carvalho (2013, p. 23) informa que a Organização Mundial da Saúde – OMS elencou três tipos de ação para valorizar a saúde humana: melhorar as condições de vida cotidianas; combater a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos, e; alargar a base de conhecimento sobre os determinantes sociais da saúde.

É a Lei nº 8.080/1990 que traz como objetivo e atribuição do SUS, dentro de seu campo de atuação, executar ação de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, e como princípio, a integralidade de assistência, entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

Ainda dentro da integralidade de atendimento, a norma regulamentadora do SUS instituiu subsistemas específicos de atenção à saúde, tais como aos indígenas, acompanhamento antes, durante e pós-parto, mas é no subsistema de atendimento e internação domiciliar que o normativo, através da Lei nº 10.424[1], de 15 de Abril de 2002, reafirma que o cuidado integral dos pacientes inclui assistência no atendimento, internação domiciliar, procedimento médicos e de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social.

De sorte que, tanto a OMS, quanto a norma do SUS, ao abrigarem num mesmo rol, a distribuição equânime de recursos financeiros, a promoção do conhecimento sobre os determinantes sociais que implicam em vida saudável, assistência terapêutica integral, serviços de prevenção e cura de moléstias, introduziu de forma real a integralidade como requer o Texto Maior.

De outro entendimento, alguns doutrinadores defendem que a integralidade da saúde insculpido no artigo 198, II da Constituição Federal, refere-se tão somente à engrenagem do sistema que é único envolvendo as três esferas da federação, composto por uma rede regionalizada, podendo os municípios organizar-se em consórcios oportunizando ao doente buscar tratamento onde houver disponibilidade do recurso terapêutico e hierarquizada, com regras definidas pela norma que instituiu o SUS.

Dentre eles, Ricart Santos (2016, p. 75) explica que para a prestação e serviços públicos de saúde, os Municípios, a fim de garantir a integralidade do direito à saúde, podem agrupar-se, permitindo a um doente buscar tratamento fora de seu domicílio. Note que o autor não concentra sua definição sob o enfoque do doente ou da doença, mas apenas no sistema em si, sua estrutura e sua organização, possibilitando avaliar que o histórico de vida do paciente não é relevante.

[1] A Lei nº 10.424/2002 incluiu o artigo 19-1, parágrafos 1º, 2º e 3º – Capítulo VI – "Do Subsistema de Atendimento e Internação Domiciliar" na Lei nº 8.080/1990.

Na mesma direção, a pesquisadora Lenir Santos (2006), aborda algumas questões acerca do assunto, que merecem destaque, quais sejam: a) integralidade para quem; b) quais recursos financeiros; c) qual assistência; e, d) como planejar, o que planejar. Na visão da citada pesquisadora o conceito de saúde definido pelo artigo 196 da Constituição Federal é amplo e genérico devendo ser decomposto em dois tipos de normas, de efetividade imediata e as programáticas, que não obrigam "o Estado a garantir tudo para todos".

A pesquisadora divide o artigo 196 em duas partes, sendo a primeira que evoca a "saúde como direito de todos e dever do Estado", norma programática e a segunda, apenas norma imediata que garante ao cidadão acesso universal e igualitário, porém, apenas aos serviços e ações de saúde que sejam curativos e preventivos. Todavia, prossegue afirmando que o referido artigo constitucional "não pode ser interpretado isoladamente dos artigos 198 e 200 e de outras leis que o regulamentam", vinculando as diretrizes do artigo 198 para o SUS com as atribuições/atividades desse mesmo sistema descritas no artigo 200,

Entretanto, note que tais atividades estão abrigadas no conceito de "ações e serviços públicos de saúde", uma vez que estão intimamente ligadas ao artigo 198 e, este, por conseguinte, ao comando constitucional do 196, posto que, o direito de todos, o dever do Estado, o acesso universal e igualitário devem estar disponíveis a quem dele necessite, para promover, proteger e recuperar a saúde do cidadão.

Para a pesquisadora a norma do artigo 196 que se refere às políticas sociais e econômicas são normas programáticas, pois não bastam mecanismos legais que permitam o acesso às ações e serviços de saúde, mas políticas públicas em todo o entorno do tema, tais como, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Estes seriam determinantes sociais que carecem da intervenção indireta do Estado que uma vez melhorados ou pelo menos mitigados, influenciariam

sobremaneira na questão da saúde, contudo, no seu entender, são normas programáticas que não exigem interferência tempestiva do Poder Público. Prossegue afirmando que apenas exige-se do Estado a prestação de serviços públicos curativos e preventivos, entretanto ele não autoriza interpretação de que todos têm irrestritos direito a tudo na saúde.

A despeito da prestação de serviços públicos *curativos e preventivos,* de fato, o artigo 196 trata da questão da prevenção com o fim de reduzir os riscos de doenças e de outros agravos, além da promoção, proteção e recuperação. A demanda da recuperação passa longe de ser apenas um paliativo que se resumiria apenas a cuidados curativos; englobaria cuidados antes, durante e depois da doença instalada.

Maria Helena Diniz (1992, p. 104) ao exemplificar artigos constitucionais cujas normas são de eficácia programática, não incluiu o artigo 196 nesse rol. Embora não haja consenso na doutrina jurídica, o eminente Ministro Joaquim Barbosa ao relatar o Agravo Regimental no Agravo de Instrumento nº 550.530 Paraná, consignou que a jurisprudência da Alta Corte firma-se no sentido de que o artigo 196 é norma de caráter programático, entretanto, “se uma pessoa necessita, para garantir o seu direito à saúde, de tratamento médico adequado, é dever solidário da União, do Estado e do Município providenciá-lo”.

O Estado ao não considerar o completo conceito de integralidade da saúde, tem levado a litigiosidade do tema, exigindo do cidadão a busca no Judiciário solução para seus reclamos, tanto que em outro trecho de seu voto o Ministro assenta que: “qualquer dos entes da Federação pode ser compelido a prestar o tratamento pleiteado por pessoa que dele necessite e não possua condições de arcar com os custos a ele inerentes”.

4 A EFETIVAÇÃO DA INTEGRALIDADE

A integralidade disposta no inciso II do art. 198 Constituição Federal atende às dimensões biológica, cultural e social do cidadão e, coletivamente, atua na escolha de

políticas e ações de saúde considerando as demandas e necessidades que se apresentarem (FRACOLLI et al., 2010) e permite o entrosamento de políticas, programas, práticas e cuidados (PAIM; SILVA, 2010).

Para Costa (2004, p. 12), a integralidade seria composta por um processo com início da criação de ações políticas do nível macro pelo Estado, com passagem pela gestão e gerência nos diversos níveis até a produção de ações de cuidado de saúde por meio das práticas para a atenção e o cuidado dos indivíduos.

Cecílio (2009, p. 117) entende que a integralidade da atenção obriga enxergar: "como o "micro" está no "macro" e o "macro" no "micro", e que essa recursividade, mais do que uma formulação teórica, tem importantes implicações na organização de nossas práticas".

Neste sentido, Mattos (2004) aponta que as práticas da integralidade estão presentes nas atuações dos profissionais de saúde, na organização dos serviços e das práticas de saúde e ainda na abrangência das políticas de saúde.

A profundidade da integralidade atua, portanto, na perspectiva individual, tanto na busca do profissional e do serviço, organização do serviço, prática da saúde e a definição de políticas específicas ante a problemas de saúde específicos.

Coletivamente, a integralidade corresponde a uma pluralidade de ações, na formulação de políticas públicas e no planejamento terapêutico, bem como, na formatação da relação entre Estado e sociedade (PINHO et al., 2007).

Assim, as ações governamentais representam, na configuração da integralidade, a seleção e implantação de políticas públicas, que podem ser tanto específicas quanto gerais tanto no âmbito da prevenção quanto na assistência (BRITO-SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012, p. 4).

O movimento da medicina integral também faz parte dessa visão, pois consistiu na reformulação curricular dos cursos médicos, que deixou a visão fragmentada do corpo com base do seu funcionamento, e volta os olhos pra o indivíduo em sua

totalidade (COSTA, 2004), com a percepção quanto às necessidades da pessoa e não focando somente no sofrimento apresentado (BRITO-SILVA, BEZERRA e TANAKA, 2012, p. 4).

Neste sentido, a integralidade é notada na atitude do médico ao ultrapassar as demandas explícitas, focando também nas demais necessidades dos cidadãos quanto à sua saúde. Ela atua ainda na preocupação do profissional no uso das técnicas de prevenção, com a não expansão do consumo de bens e serviços de saúde, nem dirigir a regulação dos corpos (GOMES; PINHEIRO, 2005, p. 290).

A organização dos serviços deve estar apta a atender as demandas do indivíduo em sua completude, tanto nas questões sobre saúde, quanto na assistência, não limitada à atitude, mas sim na forma de como o processo do trabalho é configurado (BRITO-SILVA, BEZERRA e TANAKA, 2012, p. 4).

Na atenção hospitalar Cecílio e Merhy (2003) conceituam a integralidade como um objetivo para uma abordagem completa e integral de cada um que, por certo período de sua vida, necessite de cuidados hospitalares, passando por todas as tecnologias de saúde disponíveis até a manutenção de um ambiente que proporcione conforto e segurança para a pessoa hospitalizada.

Nas diretrizes para a formulação de políticas públicas, a participação da comunidade é uma diretriz imposta pelo SUS e isso é garantido de forma democrática na criação e manutenção de diferentes instituições, sendo as com maior atuação as previstas na Lei nº 8.142/90, conferências e conselhos de saúde (AITH et al., 2014), sendo este também como instrumento de veiculação de denúncias e de reunir as demandas da população por saúde nas localidades (PINHEIRO, 2009).

Quanto à integralidade de acordo com as necessidades da saúde Cecílio (2009) propõe que elas podem ser apresentadas em 4 conjuntos: as boas condições de vida, necessidade de se ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida, criação de vínculos (a)efetivos entre cada

usuário e uma equipe e/ou um profissional e a necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida.

Ainda no âmbito das necessidades da saúde, Cecílio (2009, p. 118) aponta que a integralidade deva ser trabalhada em duas dimensões para que possa ser completa.

A primeira seria o envolvimento de equipe multidisciplinar no espaço em que o serviço de saúde é prestado. O referido autor adota para esta característica o termo “integralidade focalizada” (CECÍLIO, 2009, p. 120).

Neste sentido, a gestão, a organização da atenção e a capacitação dos trabalhadores seria preparada para perceber e atender as necessidades de saúde daquele que se encontra na procura de um serviço de saúde, podendo ser tanto os mais tradicionais como exames, medicamentos e até mesmo para respostas pela má condição de vida, maior autonomia do modo de andar, acesso a alguma tecnologia de saúde disponível (CECÍLIO, 2009).

Quanto aos serviços de saúde, esta dimensão significaria a criação de dispositivos e adoção de processos de trabalhos para oferecer ações de demandas decorrentes da própria população até mesmo voltadas à prevenção. Isso decorreria de uma apreensão ampla das necessidades da pessoa, com relação às ações de assistência e ainda voltadas para a prevenção de sofrimentos futuros, além da capacidade de contextualizar as ofertas a serem feitas (MATTOS, 2004).

As equipes devem ser capacitadas para o acolhimento nos serviços, havendo o encaminhamento para a assistência mais adequada, sem que isso ocorra de forma fria e impessoal, mas entendendo a realidade regional e orientando para o melhor serviço disponível. Neste caso, o problema do paciente não é visto como particular mas sim como uma demanda que deve ser resolvida (CONFADA et al, 2009).

Gonzáles e Almeida (2004, p. 757/758) constatam o descompasso entre a formação dos novos profissionais com as necessidades dos usuários do sistema, pois na academia a gestão não é comprometida, a atenção básica ocorre como

aprendizagem marginal, há despreparo dos professores e há resistência dos estudantes em relação ao contato com a comunidade.

Dessa forma, para o dever da ocorrência de uma quebra do continuísmo da fragmentação, que ocorre em diversas searas como a separação entre o pensar e o fazer, a presença cada vez maior de profissionais especializados, técnica e social, para ocorrer a introdução da integralidade e humanização na formação.

Neste sentido, uma dimensão da integralidade estaria na capacidade dos profissionais em responder a um atendimento decorrente da demanda e ainda voltado para um caráter preventivo de doenças. Isso decorreria de visão ampla das necessidades do usuário, na análise das disposições de serviços postos e sua oportunidade em ofertá-la (MATTOS, 2004).

No entanto, mesmo havendo capacitação da equipe e restrita a um local singular dos serviços, Cecílio (2009, p. 123) reconhece não ser possível a satisfação da integralidade somente com sua dimensão focalizada, havendo assim, a necessidade de articulação com uma rede de serviços de saúde complexa, com outros serviços, bem como, outras instituições não necessariamente de saúde. A esta dimensão o autor denomina como integralidade ampliada, articulada em rede, ou institucional.

Há necessidade, portanto, de uma integração dos serviços por meio de redes assistenciais, com interrelação dos sujeitos e das organizações, em razão do fato que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida (HARTZ; CONTRANDIOPOULOS, 2004).

Esta articulação ocorreria com cada serviço de saúde como um centro de saúde, um ambulatório de especialidades ou um hospital, uma rede mais complexa composta de outros serviços que até mesmo não necessariamente de saúde (CECÍLIO, 2009).

No entanto, Silva (2015, p. 6) aponta a dificuldade na integralidade da assistência considerando que a organização do trabalho ocorre de forma parcelada e centrada na atenção de grupos específicos, sem interação de equipe multiprofissional, comunidade e sem articulação com setores da sociedade.

Para Machado et al. (2007) a solução para o combate à fragmentação seria de apresentar um novo referencial, firmando-se um compromisso com a vida e recuperação da saúde.

A garantia da integralidade, dessa forma, estaria em uma linha de cuidado integral com ações preventivas, curativas e reabilitação, desde visita aos domicílios, alta complexidade, e com acesso a toda tecnologia.

No entanto, há uma necessidade de reformulação nas políticas e nos serviços de saúde, para atender às necessidades e aos anseios da população (FRANCO, 2004).

A garantia da integralidade, portanto, passa por uma necessária estruturação do setor saúde, com mudanças na produção do cuidado, desde a rede básica de saúde, atenção à urgência e todos os outros níveis assistenciais, distanciando demais interesses financeiros e comerciais, que não se relacionam com o interesse público (FRANCO, 2004).

5 A JUDICIALIZAÇÃO E A INTEGRALIDADE

A crescente judicialização da saúde pública no Brasil tem sido destaque no cenário jurídico pátrio.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, surgiu um novo modelo de assistência à saúde, o qual assegura o acesso universal e igualitário (art. 196), e integralidade do atendimento (art. 198, II).

A novel previsão, aliada ao reconhecimento, na época, de eficácia jurídica de normas constitucionais, abriu a possibilidade de condenação do Estado, pelo Poder

Judiciário, em prestações positivas de saúde nos casos de omissão ou ineficiência do Poder Público. (MEPELLI JÚNIOR, 2015)

Em um primeiro momento, a conceituação de assistência integral, contida no art. 7º, II, da Lei n. 8.080/90, como sendo o "conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema", apresenta conotação um tanto genérica.

Das previsões constitucional e infraconstitucional sobre integralidade da assistência à saúde é possível extrair duas características evidentes: a complementariedade existente entre ações preventivas e curativas, e obrigação de ação estatal resolutiva em qualquer que seja a complexidade da terapêutica exigida em concreto (HENRIQUES, 2010, p. 835).

Assim sendo, em virtude do considerável déficit de efetividade dos serviços e ações de saúde, em descompasso com as normas definidoras do direito fundamental à saúde, iniciou-se uma busca de intervenção judicial objetivando o cumprimento das políticas públicas de saúde.

A invocação da integralidade no atendimento, bem como a necessidade de salvaguarda do princípio da dignidade da pessoa humana, passou a constituir as principais razões para fundamentar os pleitos judiciais e, pouco a pouco, ganharam acolhidas nas decisões judiciais concessivas da tutela pretendida, que se multiplicaram demasiadamente.

De acordo com os levantamentos apresentados por Schulze (2017), com base em dados de Relatórios Justiça em Números, elaborado pelo Conselho Nacional de Justiça, em 2016 foram 1.346.931 processos; 854.506 demandas em 2015; 392.921 ações em 2014 e 240.980 processos judiciais em 2013[2].

[2] Consoante a assertiva de Clenio Jair Schulze, "É importante destacar que: (a) o Relatório de 2017 incluiu novos assuntos que estão contemplados na tabela acima e não estavam disponíveis no Relatório de 2016 (Saúde – direito administrativo e outras matérias de direito público–; Assistência à Saúde; Ressarcimento ao SUS; Reajuste da tabela do SUS; Convênio médico com o SUS; Repasse

Para a Advocacia-Geral da União atuante no âmbito do Ministério da Saúde, as consequências advindas das decisões proferidas nestas ações apontam não apenas para um dispêndio irracional do orçamento público, como também para um incalculável prejuízo causado à própria lógica do Sistema Único de Saúde, à medida que promove um atendimento paralelo ao cidadão, absolutamente diverso do pré-estabelecido pelas políticas públicas traçadas.

A infinidade de pretensões possíveis de serem ajuizadas e as inúmeras terapêuticas disponíveis anunciavam uma iminente desorganização do sistema de saúde pública brasileiro e um comprometimento do limitado orçamento público.

Com base nesse contexto, intensificaram-se as discussões sobre o alcance do direito fundamental à saúde, notadamente porque o regramento legal sobre assistência integral, garantida no art. 198, II, da CF/88, revela-se escasso e não apresenta parâmetro algum, dando azo ao atendimento das mais diversas necessidades.

Atento a esta problemática, o Supremo Tribunal Federal convocou audiência pública com diversos segmentos da sociedade civil, para promover a participação social no deslinde de questões técnicas, científicas, administrativas, políticas e econômicas envolvidas nas decisões judiciais sobre saúde, com a finalidade de encontrar balizas para efetivação racional da tutela do direito à saúde (BALESTRA NETO, 2015, p. 90-91).

A partir daí as decisões judiciais passaram a realizar a ponderação dos interesses em jogo, em detrimento da aplicação absoluta do princípio da dignidade de pessoa humana. A atenção voltou-se às particularidades do caso concreto e às

de verbas do SUS; Terceirização do SUS; Serviços hospitalares – Consumidor); (b) o assunto “serviços em saúde” foi excluído do novo Relatório, possivelmente em substituição à “saúde”; (c) no Relatório de 2016 não foram consideradas os números dos Tribunais de Justiça da Bahia, da Paraíba e de Rondônia, pois não prestaram as informações requeridas pelo CNJ (pág. 74 do Relatório Justiça em Números de 2016); (c) foram excluídos outros temas que envolvem a categoria Saúde, mas não se incluem no conceito de Judicialização da Saúde, tal como “Tratamento da própria saúde (servidores públicos, licenças e afastamentos)”, que possui 7.178 demandas”.

considerações técnicas relacionadas às ciências médicas, fazendo surgir balizas para a temática, tal como ocorreu no Agravo Regimental na Suspensão de Tutela Antecipada nº. 175/CE, Relator Ministro Gilmar Mendes, cuja ementa abaixo transcrita bem retrata a *ratio decidendi* do julgado:

> "Suspensão de Segurança. Agravo Regimental. Saúde pública. Direitos fundamentais sociais. Art. 196 da Constituição. Audiência Pública. Sistema Único de Saúde - SUS. Políticas públicas. Judicialização do direito à saúde. Separação de poderes. Parâmetros para solução judicial dos casos concretos que envolvem direito à saúde. Responsabilidade solidária dos entes da Federação em matéria de saúde. Fornecimento de medicamento: Zavesca (miglustat). Fármaco registrado na ANVISA. Não comprovação de grave lesão à ordem, à economia, à saúde e à segurança públicas. Possibilidade de ocorrência de dano inverso. Agravo regimental a que se nega provimento." (STF, STA 175-AgR/CE, Pleno, Rel. Min. Gilmar Mendes, j. 17/03/2010, DJe 29/04/2010).

Na oportunidade, o Ministro Gilmar Mendes manifestou em seu voto entendimentos pertinentes, chancelados pelos demais Ministros presentes, os quais passaram a parametrizar a integralidade:

> "Não raro, busca-se, no Poder Judiciário, a condenação do Estado ao fornecimento de prestação de saúde não registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)".
>
> Como ficou claro nos depoimentos prestados na Audiência Pública, é vedado à Administração Pública fornecer fármaco que não possua registro na ANVISA.
>
> (...)
>
> "O segundo dado a ser considerado é a existência de motivação para o não fornecimento de determinada ação de saúde pelo SUS". Há casos em que se ajuíza ação com o objetivo de garantir prestação de saúde que o SUS decidiu não custear por entender que inexistem evidências científicas suficientes para autorizar sua inclusão.
> Nessa hipótese, podem ocorrer, ainda, duas situações: 1º) o SUS fornece tratamento alternativo, mas não adequado a determinado paciente; 2º) o SUS não tem nenhum tratamento específico para determinada patologia.

> (...)
> Dessa forma, podemos concluir que, em geral, deverá ser privilegiado o tratamento fornecido pelo SUS em detrimento de opção diversa escolhida pelo paciente, sempre que não for comprovada a ineficácia ou a impropriedade da política de saúde existente.
>
> Essa conclusão não afasta, contudo, a possibilidade de o Poder Judiciário, ou de a própria Administração, decidir que medida diferente da custeada pelo SUS deve ser fornecida a determinada pessoa que, por razões específicas do seu organismo, comprove que o tratamento fornecido não é eficaz no seu caso. Inclusive, como ressaltado pelo próprio Ministro da Saúde na Audiência Pública, há necessidade de revisão periódica dos protocolos existentes e de elaboração de novos protocolos. Assim, não se pode afirmar que os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do SUS são inquestionáveis, o que permite sua contestação judicial.
>
> Situação diferente é a que envolve a inexistência de tratamento na rede pública. “Nesses casos, é preciso diferenciar os tratamentos puramente experimentais dos novos tratamentos ainda não testados pelo Sistema de Saúde brasileiro”.

Nesse norte, o Superior Tribunal de Justiça, no julgamento do Recurso Especial nº. 1. 657.156, submetido à sistemática de repetitivo, também fixou condições para determinação do fornecimento de medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS, dentre os quais: a) comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado, expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS; b) incapacidade financeira do paciente de arcar com o custo do medicamento prescrito; e, c) existência de registro do medicamento na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

A par disto, e fomentando o debate sobre o tema, um seguimento composto por doutrinadores, profissionais da área de saúde e gestores públicos apresentam algumas proposições acerca da judicialização da saúde e suas repercussões sob a ótica da integralidade.

Médici (2010) acentua que por ocasião da judicialização, a interpretação dada à integralidade pelo Judiciário brasileiro nos últimos anos expressa um caráter difuso do conceito de integralidade e propiciam a ruptura do financiamento público às prioridades epidemiológicas de saúde.

Diferente, todavia, é o conceito utilizado pelo Ministério da Saúde, segundo o qual a integralidade resta assegurada por um conjunto de bens e serviços de saúde de eficácia comprovada no tratamento de prioridades epidemiológicas da população brasileira.

Lenir Santos (2006), por seu turno, enfatiza a urgência na demarcação dos contornos da integralidade na saúde pública, sob pena de ter que suportar graves consequências no planejamento da saúde ou até a sua falência, em virtude de ordens judiciais geradoras de elevados custos no orçamento.

Para tanto, a citada advogada interpreta que a integralidade deve ser assegurada àqueles que optaram pela terapêutica pública do SUS, sendo inviável aderir à parcela do sistema privado e à parcela da assistência pública, pois esta pressupõe integralidade da atenção. Isso significa que os integrantes do sistema público só poderão usufruir das terapêuticas públicas disponíveis se estas forem prescritas por profissionais vinculados ao SUS.

Diante desse panorama, percebe-se que, a partir do movimento de judicialização, vêm surgindo os condicionamentos à integralidade, de forma que esta não mais representa o atendimento irrestrito, ou o direito ao fornecimento de quaisquer prestações de saúde e em qualquer circunstância (MOREIRA, 2015).

Para Pierdoná (2009, p. 6.042-6055), a integralidade no sentido de atendimento a todas as necessidades dos cidadãos deve funcionar como um ideal a ser constantemente buscado pelo Estado Brasileiro.

CONCLUSÃO

A integralidade da saúde como dever do Estado emerge do arcabouço constitucional e normas infraconstitucionais que a partir de formulação de políticas públicas, pretende dar àquele que busca os serviços públicos de saúde resposta para seu infortúnio. São essas normas que desde a promulgação da Constituição Federal até os dias atuais, alicerçam o Sistema Único de Saúde estabelecendo diretrizes, atribuições e objetivos, representado principalmente no tripé da promoção, proteção e recuperação da saúde do cidadão.

A integração dessas diretrizes permite aos profissionais da área um olhar amplo na questão da saúde desde o meio social em que o indivíduo vive, passando por políticas que visem a proteção da gestante, grupos vulneráveis, campanhas vacinais, saúde do trabalhador, e que no caso de atendimento urgente, o doente possa encontrar uma estrutura que lhe garanta pronto suporte para se recuperar. A promoção, proteção e a recuperação são sinônimos de integralidade por que compreende a pessoa em sua individualidade e atua também no coletivo, criando uma rede de acolhimento que o enxerga como um todo.

A escassez dos recursos para a saúde pública fez nascer no sentimento de alguns que para a integralidade não se deve dar-lhe o conceito que reclama a própria Constituição Federal. Se assim não fosse, o legislador originário não teria colocado como diretriz para observância concreta do Estado. Ainda que não se quisesse dar-lhe o devido significado constitucional, outras normas legais tratam a questão com olhar abrangente; é o caso da lei do SUS que traz em seu bojo como de sua atribuição, a execução de ações a fim de dar assistência terapêutica integral, na dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde ou a internação domiciliar.

A efetivação da integralidade se dá justamente nessa visão ampla da saúde que compreende o indivíduo nas dimensões biológica, cultural e social e a partir dessa visão micro, parte-se para a implementação de políticas que atuem na coletividade, a fim de direcionar procedimentos terapêuticos e formulação de ações e serviços públicos de saúde que possam ser dispensados a todos, mas passa também pela

atualização e aperfeiçoamento dos profissionais da saúde dentro de suas competências a fim de que possam enxergar a pessoa em sua totalidade.

A falta de recursos públicos ou sua má gerência em contraponto à busca pelo atendimento integral culminou com a judicialização da saúde, abarrotando o Judiciário com processos que buscam diversos tipos de pretensões calcada na dignidade da pessoa humana e a saúde como direito fundamental.

Com base nesse crescente apelo ao Judiciário, para o garantia do acesso à saúde, o STJ fixou algumas normas a respeito do fornecimento de medicamentos, mas nem por isso a demanda arrefeceu, posto que os números de ações judiciais são alarmantes, trazendo à tona o debate sobre a integralidade como direito do cidadão.

Nesse sentido, conclui-se, portanto, que se de um lado a integralidade revela-se como um direito constitucional do indivíduo, por outro lado o baixo orçamento direcionado para o atendimento da saúde pública faz nascer a litigiosidade nessa área, e que, se atendida as pretensões daquele que busca a via judicial, encarecerá ainda mais o já caótico sistema de saúde brasileiro. A proposta é um debate honesto e claro, sem as desculpas de qualquer lado, nem tanto o elastério irresponsável onde tudo se permite, nem o pretexto de que a falta de recurso público seria o mote para impedir o atendimento integral daquele que carece.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em:

BRASIL. **Lei nº 10.424, de 15 de Abril de 2002.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10424.htm>. Acesso em: 24 jul. 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em:

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **AG. REG. NO AGRAVO DE INSTRUMENTO 550.530. PARANÁ.** Relator Ministro Joaquim Barbosa. Agravante Autarquia Municipal de Saúde – AMS. Agravado Ministério Público do Estado do Paraná. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=2555288>. Acesso em: 27 jul. 2018.

CARVALHO, Antonio Ivo de. **Determinantes Sociais, Econômicos e Ambientais da Saúde.** In Fundação Oswaldo Cruz. *A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário* (online). V. 2. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 30 out. 2018.

DINIZ, Maria Helena. **Norma Constitucional e seus Efeitos.** 2 ed. São Paulo: Saraiva, 1992.

SANTOS, Lenir. **SUS: Contornos Jurídicos da Integralidade da atenção à Saúde.** Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/multimidia/documentos/sus-contornos-juridicos-da-integralidade-da-atencao-saude>. Acesso em: 25 jul. 2018.

SANTOS, Ricart César Coelho dos. **Financiamento da Saúde Pública no Brasil.** Belo Horizonte: Fórum, 2016.