

O DIREITO À SAÚDE DE CRICIÚMA-SC RETRATADO PELO OBSERVATÓRIO DE DIREITOS E CIDADANIA PARA O DESENVOLVIMENTO REGIONAL¹

Pedro Henrique Cardoso Hilário²

Sheila Martignago Saleh³

RESUMO

O presente artigo tem o condão de demonstrar resultados de pesquisa na área da saúde, realizada entre 31 de julho de 2016 até a presente data, em três mídias de grande circulação na cidade de Criciúma e região. A pesquisa é fruto do projeto de pesquisa denominado Observatório de Direitos e Cidadania para o Desenvolvimento Regional, que tem como objetivo diagnosticar situações locais de desigualdades nas áreas de saúde e segurança pública por meio de levantamento de dados na mídia impressa e digital, para propor ações que visem a melhoria da qualidade de vida, o desenvolvimento sustentável e o equilíbrio regional. O desenvolvimento do presente artigo restou dividido em cinco tópicos, a saber: conceito de saúde na evolução histórica, a criação do Sistema Único de Saúde no Brasil, hospital público de Criciúma-SC, Hospital São José, os dados coletados pelo observatório e um estudo sobre as transferências intergovernamentais de verbas para a saúde. Utilizando-se o método indutivo, a pesquisa conclui que 50% das notícias veiculadas em saúde se referem à crise do Hospital São José, cujas reportagens são 100% relacionadas à falha de repasses financeiros dos governos estadual e federal.

Palavras-chave: saúde; observatório; SUS; verbas; repasses.

ABSTRACT

¹ O Observatório de Direitos e Cidadania para o Desenvolvimento Regional é um Projeto de Pesquisa da financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC) e pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.

² Acadêmico do curso de Direito da UNESC - Universidade do Extremo Sul Catarinense. Endereço Eletrônico: pedrohilario@hotmail.com.

³ Mestre em Fundamentos do Direito Positivo pela UNIVALI - Universidade do Vale do Itajaí-SC. Professora do curso de direito da UNESC - Universidade do Extremo Sul Catarinense. Pesquisadora do LADSSC- Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva e do NUPEC - Núcleo de Pesquisas em Direitos Humanos e Cidadania da UNESC. Coordenadora do Programa de Extensão Território Paulo Freire Unesc. Advogada. Endereço eletrônico: sheilamsaleh@hotmail.com.



This article has the effect of showing search results in health, held between 31 July 2016 to date, in three large circulation media in the city of Criciúma and region. The research is the result of a research project called Rights and citizenship Observatory for Regional development, which aims to diagnose local situations of inequality in the areas of health and public security through data collection in print and digital, to propose actions aimed at improving the quality of life, sustainable development and regional balance. The development of this article remains divided into five topics, namely: health concept in historical evolution, the creation of the unified Health System in Brazil, public hospital of Criciúma-SC, Hospital São José, the data collected by the Observatory and a study on intergovernmental transfers of funds for health. Using the inductive method, the survey finds that 50% of reports in health refer to Hospital São José crisis, whose reports are 100% related to failure of financial transfers from the State and federal governments.

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo científico é fruto de pesquisas do projeto denominado Observatório de Direitos e Cidadania para o Desenvolvimento Regional, que tem como objetivo diagnosticar situações locais de desigualdades nas áreas de saúde e segurança pública por meio de levantamento de dados na mídia impressa e digital, para propor ações que visem a melhoria da qualidade de vida, o desenvolvimento sustentável e o equilíbrio regional. Referido projeto é financiado pela FAPESC (Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina) e pelo PIBIC (Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica) da UNESC (Universidade do Extremo Sul Catarinense).

Criciúma, maior cidade do sul de Santa Catarina, com área total de 235,627km², localizada a 200 km da Capital do Estado, conta com uma população estimada em 2015 de 206.918 habitantes, conforme dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). O município apresenta taxa de crescimento anual da população de 1,22 (entre os anos de 2000 e 2010) e conta com 0,78 de IDH e 0,487 no índice GINI, indicadores que o colocam em razoável posição no cenário estadual e nacional (PORTAL ODM, 2016). É conhecida como a capital brasileira do carvão e do revestimento cerâmico. No entanto, desde 2015, passou a ser conhecida como a cidade mais violenta de Santa Catarina (proporcionalmente ao número de habitantes). Mas, a população de



Criciúma não enfrenta apenas o problema da violência na cidade. A situação precária da saúde pública também é um assunto corrente na pauta da mídia.

O presente artigo tem o condão de demonstrar resultados de pesquisa na área da saúde, realizada entre 31 de julho de 2016 até a presente data, em dois jornais impressos de grande circulação na cidade e região: o Jornal A Tribuna e Jornal da Manhã, além do Portal Engeplus, mídia digital.

Antes de adentrar na pesquisa propriamente dita, far-se-á um breve esboço sobre o direito à saúde, apresentando seu conceito na evolução histórica e explicando a criação do Sistema Único de Saúde no Brasil. Num segundo momento, abordar-se-á sobre o único hospital público de Criciúma-SC, o Hospital São José, alvo de inúmeras notícias durante a realização da pesquisa. Por fim, serão apresentados os dados coletados pelo observatório e um estudo sobre as transferências intergovernamentais de verbas para a saúde, este último, com o fim de clarear possíveis dúvidas a respeito das notícias veiculadas.

A pesquisa utilizou o método indutivo, e as técnicas da pesquisa documental-legal e doutrinária sobre o tema.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 CONCEITO DE SAÚDE NA EVOLUÇÃO DA HISTÓRIA

Na história da humanidade, a busca pela saúde do ser humano é uma constante. Antigamente, nas sociedades primitivas, para que o indivíduo pudesse se curar de seus males, havia a existência de curandeiros, feiticeiros e xamãs (SCHWARTZ, 2001, p. 28).

Por muito tempo, a preocupação da humanidade com a saúde se limitava à cura das doenças, ou seja, o cuidado com a saúde surgia apenas a partir do momento em que a pessoa ficava doente. Assim, pensava-se a saúde como “uma forma de eliminação dos males que afligiam os componentes da espécie” (SCHWARTZ, 2001, p. 28).

A Idade Média⁴ representou um retrocesso na questão de saúde pública. As doenças eram vistas como um castigo divino e, a Igreja Católica, grande

⁴ Período compreendido entre os anos de 476 e 1492, aproximadamente (ECO, 2010, p. 4).



responsável por esse retrocesso, dizia aos seus fiéis que a cura da doença só viria se fosse merecido (SCHWARTZ, 2001, p. 31).

A partir da industrialização da sociedade no século XIX, a preocupação com a saúde era basicamente para o trabalhador não ficar doente e render mais, trabalhar mais e produzir mais. A saúde, em si, não importava. O que importava era a produção. Conforme Schwartz (2001, p. 33):

A sociedade industrial do séc. XIX passa, portanto, a aliar ao conceito de saúde como ausência de doenças um novo componente: o trabalhador não pode adoecer porque prejudica o processo de acumulação capitalista pelo simples fato de não poder produzir. (...). Uma vez doente (“estragado”), o trabalhador deve ser curado (“consertado”), a fim de que a produção não cesse.

A saúde passa a ter um olhar preventivo, e não mais apenas curativo, com a ideia de *Welfare State* (Estado de bem-estar social), que surgiu apenas após as grandes guerras mundiais⁵ (SCHWARTZ, 2001, p. 34).

O marco de conceito teórico-referencial sobre a saúde surgiu em julho de 1946, com a edição do preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), órgão da ONU, que diz: “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (WHO, 2017). Assim, pode-se se dizer que a saúde é a formulação de várias regras, práticas e morais, para que se “evite” a doença (AITH, 2004, p. 43).

Foi apenas em 1948, com a Constituição da República Italiana, que a saúde foi vista como processo biológico e social. A saúde não era mais concebida apenas como fator de produtividade no trabalho e nas indústrias, mas sim, como um direito fundamental do cidadão (SCHWARTZ, 2001, p. 45).

A Carta Italiana, em seu art. 32 (Parte I, Título II), dispõe que:

Art. 32. A República tutela a saúde como direito fundamental do indivíduo e interesse da coletividade, e garante tratamentos gratuitos aos indigentes. Ninguém pode ser obrigado a um determinado tratamento sanitário, salvo disposição de lei. A lei não pode, em hipótese alguma, violar os limites impostos pelo respeito à pessoa humana. (ITALIA, 2017)

No mesmo ano, em 1948, a ONU, na Declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu art. 25, 1⁶, elenca a saúde como elemento de cidadania, versando

⁵ O fim da Segunda Guerra Mundial aconteceu no ano de 1945 (BEEVOR, 2015, p. 8).

⁶ Art. 25. 1. Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade (ONU, 1948).



que todas as pessoas têm o direito de assegurar a si e a seus familiares saúde e bem-estar.

Foi somente em 1988, com a promulgação da chamada Constituição Cidadã, que o Brasil incluiu a saúde em seu ordenamento jurídico, positivando-a. Portanto, apenas 40 anos após a Declaração Universal dos Direitos Humanos. O dispositivo legal que contempla a saúde é o art. 196⁷ da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (BRASIL, 2017A).

Aith (2004, p. 128) diz que, a CRFB/88, ao dispor que a saúde é um dever do Estado a ser garantido por meio de políticas públicas que visem à redução de riscos de enfermidades, determinou que incumbe ao Estado analisar estes riscos previamente e adotar medidas necessárias para a redução ou extinção das doenças ou agravos previstos.

Além do art. 196 da CRFB/88, outros artigos da Carta Magna também tratam do direito à saúde, são eles, conforme Schwartz (2001, p. 41): arts. 5º, 6º, 7º, 21, 22, 23, 24, 30, 127, 129, 133, 134, 170, 182, 184, 194, 195, 197, 198, 199, 200, 216, 218, 220, 225, 227 e 230. (BRASIL, 2017A)

2.2 O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL – CRIAÇÃO DO SUS

Como visto anteriormente, o direito à saúde foi inserido no ordenamento jurídico brasileiro apenas em 1988, com a volta do regime democrático ao País e com a promulgação da Constituição Cidadã.

Porém, as políticas públicas de saúde são implementadas pelo Estado muito antes da década de 1980. Os primeiros registros de políticas de saúde se encontram no período da Primeira República (1889-1930) e, após, durante o primeiro governo de Getúlio Vargas (1930-1945).

No período de regime militar (1964-1985), principalmente durante a época do chamado “milagre econômico”, a política econômica foi marcada pela abertura do mercado nacional ao capital estrangeiro. No âmbito social e político, além do econômico, todas as ações que eram taxadas como sendo de cunho socialista foram extinguidas (PAIVA e TEIXEIRA, 2014, p. 17).

⁷ Art. 196. 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 (Brasil, 2017A).



Nesse período, o sistema público de saúde era dividido entre dois sistemas: a medicina previdenciária e a saúde pública. Aquele, tinha ações restritas à saúde dos trabalhadores formais considerados individualmente e sua área de atuação era, principalmente, na área urbana, ao passo que este era administrado pelo Ministério da Saúde e atendia, prioritariamente, a zona rural e áreas mais pobres da população (PAIVA e TEIXEIRA, 2014, p. 17). A respeito do sistema previdenciário da saúde, Escorel, Nascimento e Edler (2005, p. 60) versam que:

O Sistema Nacional de Saúde implantado no Brasil no período militar caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde. (...) A saúde pública, relegada a segundo plano, tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia.

Nos anos posteriores a 1967, houve um crescimento da medicina previdenciária, o que afetou de forma negativa os investimentos estatais em saúde pública (RAEFFRAY, 2005, p. 232).

Após muitos anos de regime militar, com a implantação de alguns planos de saúde pouco eficientes, ocorreu a 8ª Conferência Nacional da Saúde, em 1986, que foi essencial para se pensar em uma Reforma Sanitária. Nessa Conferência, foi aprovada a criação de um sistema único de saúde que acabasse, de vez, com a ligação da saúde com a previdência (ESCOREL, NASCIMENTO e EDLER, 2005, p. 78).

Seguindo a linha da 8ª Conferência Nacional da Saúde, a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, assegurou o direito à saúde em seu artigo 196, ao declarar que a saúde é um direito de todos e dever do Estado (ESCOREL, NASCIMENTO e EDLER, 2005, p. 80).

Além da CRFB/88, a estrutura formal do Sistema Único de Saúde (SUS) também está disposta na Lei 8.080/90⁸ e na Lei 8.142/90⁹.

O SUS, conforme dispõe o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) é “um sistema de saúde de abrangência nacional, porém, coexistindo em seu âmbito subsistemas em cada estado (o SUS estadual) e em cada município (SUS

⁸ A LOS ou Lei Orgânica da Saúde, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (BRASIL, 2017C).

⁹ 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 (BRASIL, 2017B).



municipal)”. Ainda, de acordo com o Ministério, a ênfase do SUS está nos municípios.

Conforme dispõe o art. 198 da CRFB/88¹⁰, as ações e serviços públicos de saúde fazem parte de uma rede regionalizada e hierarquizada dentro de um sistema único e possuem três diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 2017A).

No município de Criciúma/SC, o atendimento pelo SUS pode ser encontrado no hospital de maior referência da região, qual seja: o Hospital São José.

2.3 FUNDAÇÃO E MANUTENÇÃO DO HOSPITAL SÃO JOSÉ¹¹

O Hospital São José possui como denominação “Sociedade Literária e Caritativa Santo Agostinho – Hospital São José” e é uma associação de caráter beneficente, educativo, de assistência social e sem fins lucrativos. É reconhecida de Utilidade Pública pela Lei Municipal n. 216 de 13/09/1957¹² e Decreto Federal n. 64.443 de 02/05/1969¹³.

As primeiras movimentações para a criação do Hospital São José ocorreram no ano de 1932 e, quatro anos depois (em novembro de 1936), o Hospital foi inaugurado. Já no ano de inauguração, a prefeitura do Município convidou formalmente as Irmãs Escolares de Nossa Senhora para que trabalhassem no Hospital. Desde então, as Irmãs continuam na gestão da instituição de saúde.

Hoje, o Hospital realiza e proporciona assistência médica para toda a população da região sul-catarinense, sempre apoiado por programas de ensino e pesquisa.

O Hospital São José é uma pessoa jurídica de direito privado, mas com utilidade pública, haja vista ser um hospital de caráter filantrópico, possuindo 85% de suas internações feitas através do SUS.

¹⁰ Art. 198. 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 (BRASIL, 2017A).

¹¹ As informações sobre o Hospital São José aqui descritas foram integralmente retiradas do portal eletrônico da entidade <<http://www.hsjose.com.br/institucional/historia>>. Acesso em 28/04/2017.

¹² Art. 1º. Fica reconhecido de utilidade pública o Hospital São José, desta cidade, pertencente à Sociedade Literária e Caritativa S. Agostinho, pessoa jurídica que representa a Congregação Irmãs Escolares de Notre Dame (CRICIÚMA, 2017).

¹³ **Artigo único.** É declarada de utilidade pública nos termos do artigo 1º da Lei nº 91, de 28 de agosto de 1935, combinado com o artigo 1º do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 50.517, de 2 de maio de 1961 a Sociedade Literária e Caritativa Santo Agostinho [...] (BRASIL, 2017D).



Conforme Portela *et al.* (2004), os hospitais filantrópicos, são as entidades portadoras do “Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social”, emitido pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Para a obtenção do certificado, uma das várias condições exigidas é que o hospital filantrópico deve oferecer efetiva prestação de 60% ou mais de internações ao SUS ou, caso essa porcentagem não possa ser alcançada, a instituição deve aplicar um percentual da receita bruta em gratuidade, podendo variar entre 20% e 5%, conforme a quantidade do atendimento pelo SUS oferecida.

Sob direção das Irmãs Escolares de Nossa Senhora, o Hospital São José conta com cerca de 1100 profissionais que atuam diariamente na instituição. Além disso, o Ministério da Educação o declarou como Hospital Ensino. Assim, passam anualmente pela entidade cerca de 800 médicos residentes, acadêmicos de medicina, enfermagem e outros estagiários da área da saúde.

O hospital possui grande influência na região e abrange, em seu atendimento, não apenas a população criciუმense, como também toda a região da AMREC (Associação dos Municípios da Região Carbonífera), AMESC (Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense) e AMUREL (Associação de Municípios da Região de Laguna), que totalizam 45 municípios e 994 mil habitantes.

2.4 OBSERVATÓRIO DE DIREITOS E CIDADANIA NO QUE SE REFERE AO TEMA: DIREITO À SAÚDE EM CRICIÚMA-SC

O Observatório de Direitos e Cidadania para o Desenvolvimento Regional é um projeto de pesquisa com objetivo de diagnosticar situações locais de desigualdades na área da saúde por meio de coleta e sistematização de dados levantados de forma exaustiva, sistemática e diária na mídia impressa e digital sobre as demandas sociais e políticas do Município de Criciúma-SC.

A mídia é um importante instrumento de representação da realidade e revela de forma pontual os fatos sociais e econômicos de determinado local. Com esse estudo, poderá se criar um banco de dados confiável que identifique as demandas sociais e econômicas do Município de Criciúma-SC, mais especificamente na área da saúde pública. As mídias impressas fonte da pesquisa são o Jornal A Tribuna e Jornal da Manhã. Já a mídia digital selecionada para a coleta de dados é o Portal Engeplus. O levantamento das informações pelas mídias



teve início na data de 31 de julho de 2016 e tem duração de 12 meses, encerrando-se em 30 de julho de 2017.

Durante toda a pesquisa nos dois jornais impressos e no portal de notícias supracitados, que iniciou em 31 de julho de 2016, percebeu-se que o grande problema do Hospital São José, referência em saúde na região sul de Santa Catarina, iniciou em 2015, com constantes atrasos nos repasses do Governo do Estado e do Governo Municipal.

O alarde sobre a situação caótica a qual o Hospital passa foi divulgado no jornal A Tribuna do dia 08 de novembro de 2016, com a reportagem intitulada “Custo da saúde denuncia maior crise de todos os tempos”. O desabafo da irmã Terezinha Buss, diretora administrativa da instituição, mostra a angústia sobre a situação vivida: “Olhando para o futuro, a gente se preocupa. O que é o ser humano sem saúde?”. Ainda de acordo com a matéria jornalística, em novembro de 2016 o Hospital ainda esperava receber R\$ 21.000.000,00 (vinte e um milhões de reais), referentes a repasses atrasados desde dezembro de 2015 (CLICATRIBUNA, 2016).

Soma-se a isso, o anúncio feito pela prefeitura municipal poucos dias antes, divulgado na matéria “Município que renovação do contrato até janeiro”, do jornal A Tribuna do dia 14 de outubro de 2016, em que o então Procurador-Geral do Município, Leonardo de Fáveri, informou que o Estado de Santa Catarina reduziu em cerca de R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) o repasse mensal para o Hospital São José (CLICATRIBUNA, 2016).

A partir desses fatos, ocorreram uma série de greves dos funcionários e médicos, haja vista a instituição não possuir verbas para o pagamento de salários, além de não conseguir investir na estrutura física para atendimento da população.

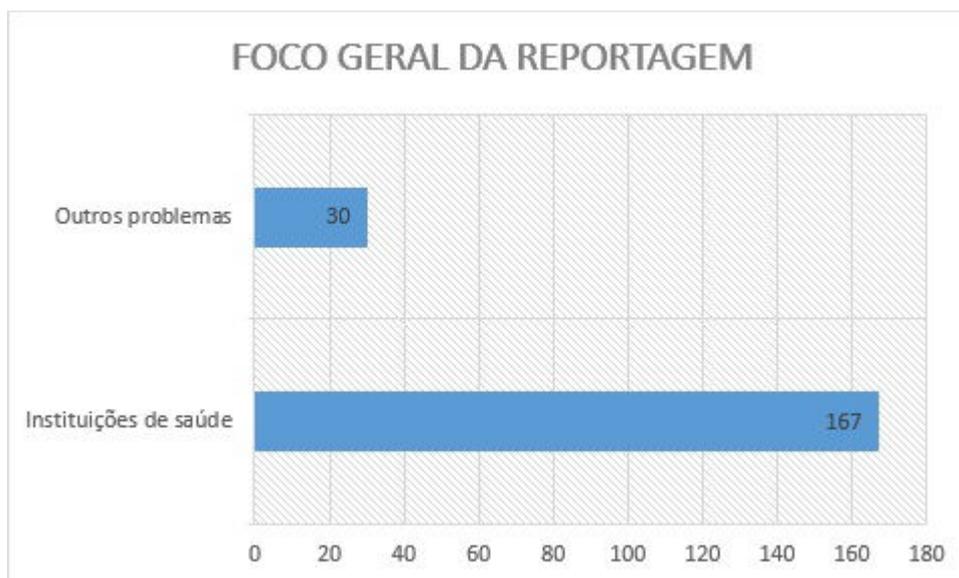
Após o anúncio sobre a situação a qual o Hospital se encontrava, a maior parte das notícias de saúde dos jornais pesquisados se referiam à referida instituição.

Analisando todas as notícias¹⁴ relacionadas a problemas na área da saúde de Criciúma e cidades vizinhas desde 01 de novembro de 2016 até 31 de março de 2017, vê-se que 85% das notícias relacionadas a problemas na saúde da região estão intimamente ligadas com crises nas próprias instituições (hospitais,

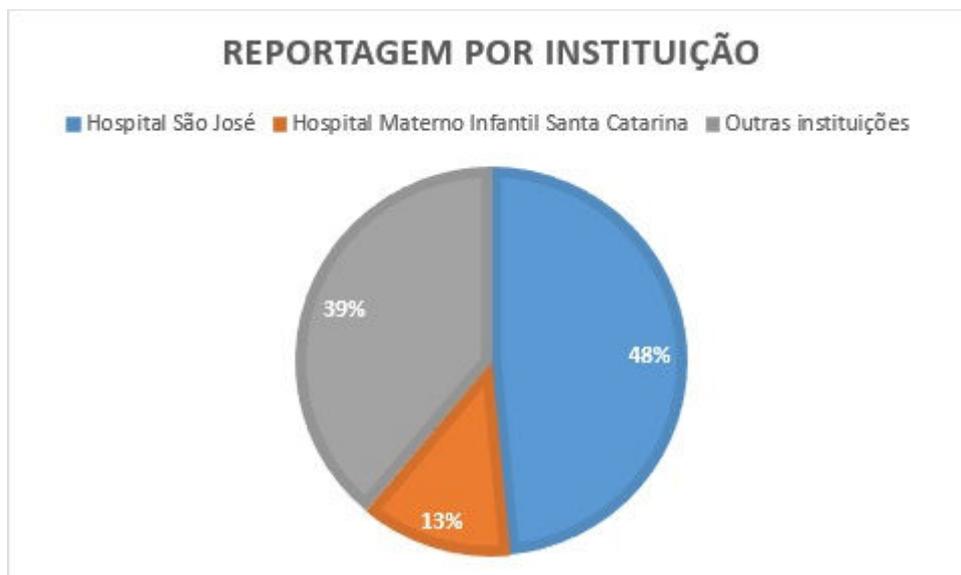
¹⁴ Pesquisa realizada nos jornais A Tribuna, Jornal da Manhã e Portal Engeplus.



postos de saúde, clínicas), sendo que 15% mostram outros tipos de problemas na saúde (doenças que afetam a população, não fornecimento de medicamentos).



No gráfico acima, pode-se constatar que 167 notícias (das 197 apuradas) revelam problemas nas instituições de saúde. Ademais, vê-se, no próximo gráfico analítico, que quase 50% das notícias relacionadas às instituições de saúde são focadas especificamente na crise vivida no Hospital São José durante o período mencionado. Nota-se, ainda, que, dentre as reportagens sobre este Hospital, 100% são sobre questão orçamentária ou sobre assuntos direta ou indiretamente relacionados aos repasses financeiros. O segundo hospital com mais problemas vividos entre novembro de 2016 e março de 2017 foi o Hospital Materno Infantil Santa Catarina, com 13% das notícias. Vejamos:



Importante ressaltar que, dentre as instituições não mencionadas no gráfico supra, encontram-se o Hospital São Donato, Hospital São Marcos e Casa de Saúde do Rio Maina.

A importância da saúde para a população é tamanha que, desde 1º de novembro de 2016 até 31 de março de 2017, houve 247 edições veiculadas nos jornais impressos (123 edições do Jornal da Manhã e 124 edições do Jornal A Tribuna), sendo que 67 capas foram relacionadas aos problemas na saúde pública da região.



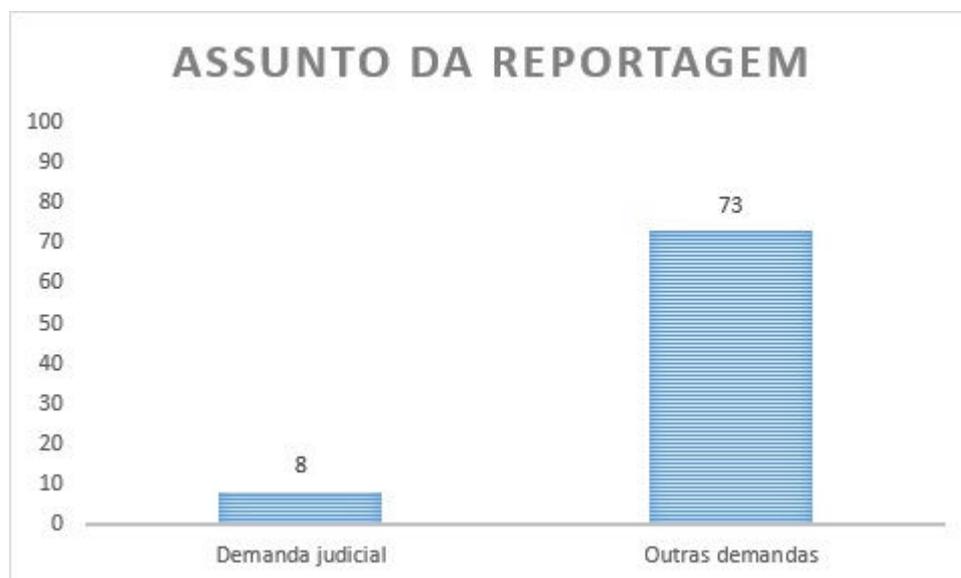
Em análise às reportagens que mostravam a crise vivida pelo Hospital São José, pode-se extrair que 8, dentre as 81 matérias jornalísticas, foram



relacionadas à judicialização dos atrasos de repasse por parte da administração municipal e estadual ao Hospital.

A primeira reportagem que citou a ação judicial a qual o Hospital São José está envolvido foi em 17 de novembro de 2016, quando o Jornal A Tribuna noticiou que “Hospital São José diz ter R\$ 30 milhões a receber e pede novo bloqueio judicial”. Conforme a reportagem, “no início de julho, a justiça já havia determinado o sequestro de R\$ 13,8 milhões para pagamento de débitos anteriores a novembro de 2015”. Assim, nota-se que os atrasos de repasses financeiros ao Hospital vinha se alastrando por vários meses (CLICATRIBUNA, 2016).

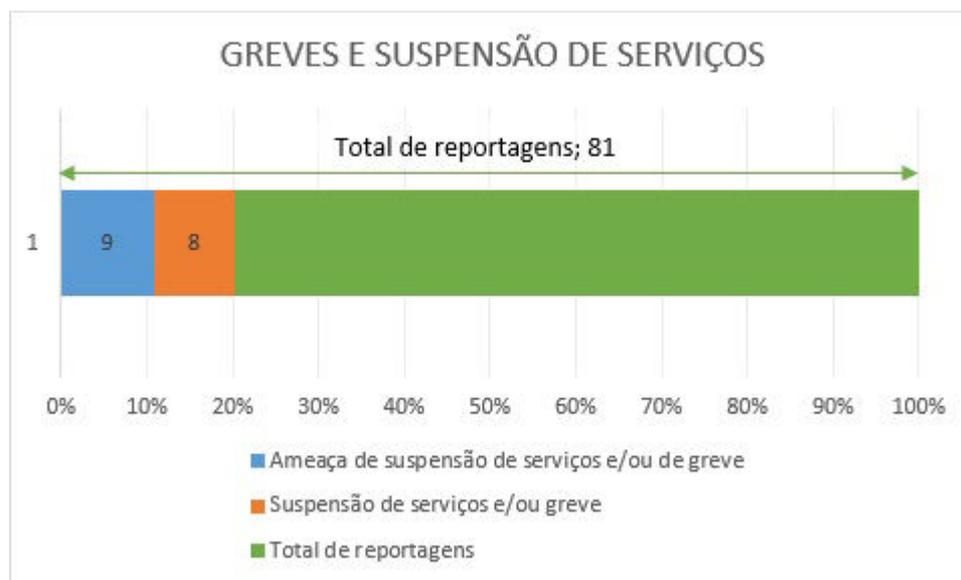
Em 26 de novembro de 2016, na matéria do Jornal A Tribuna intitulada “MPF pede novo bloqueio de R\$ 9 mi para pagamento do Hospital São José”, é informado que o Ministério Público Federal emitiu parecer para que fosse sequestrado o montante de R\$ 9 milhões de reais das contas do Município, do Estado e da União, valor este que, segundo o Procurador da República Anderson Lodetti de Oliveira, refere-se ao valor devido ao Hospital apenas nos meses de julho, agosto e setembro de 2016, sem contar os anteriores (CLICATRIBUNA, 2016).



Assim, percebe-se toda a dificuldade passada pela direção do Hospital para prestar um serviço gratuito, público e de qualidade à população que necessita dos atendimentos de saúde prestados pela instituição.



Devido aos atrasos dos repasses da administração pública para o Hospital São José, algumas foram as vezes que os trabalhadores da instituição ameaçaram aderir a greves e paralizações, sendo que, em algumas oportunidades, de fato, realizaram tais ações. Das 81 reportagens relacionadas ao Hospital em questão, 9 foram as vezes em que se noticiou ameaças de suspensão de serviços ou de greve dos trabalhadores, e 8 publicações foram relacionadas às greves e suspensões que de fato aconteceram.



Em todas as oportunidades, as justificativas para as greves e suspensão dos serviços foram que de não era possível continuar com os serviços prestados pelo Hospital São José sem que houvesse o repasse correto dos valores oriundos do governo municipal e estadual. Sem os repasses, a direção do Hospital não conseguia fazer a manutenção dos equipamentos, tampouco realizar o pagamento dos empregados e médicos.

Em 27 de março de 2017 a situação foi amenizada com a assinatura de um novo contrato entre o Hospital São José, Município de Criciúma e Estado de Santa Catarina. Conforme matéria veiculada no Portal Engeplus no dia 27 de março de 2017 intitulada “Contrato com HSJ renovado, a saúde regional respira”, apesar de ser firmado novo contrato entre as partes para que os repasses pudessem ser realizados, os valores acordados ficaram aquém da necessidade mensal do Hospital São José. Pelas palavras da diretora do Hospital, Irmã Líbera Mezzari: “Pelas nossas contas, com as correções deveria chegar o total a mais de R\$ 8 milhões mensais, e ficamos em R\$ 6,7 milhões” (ENGEPLUS, 2017).



Além de o repasse não chegar ao valor de manutenção do Hospital, as dívidas antigas não foram discutidas no novo contrato assinado. Ou seja: a ação judicial de cobrança de valores atrasados devidos pela administração municipal e estadual continuará.

2.5 TRANSFERÊNCIAS INTERGOVERNAMENTAIS DE VERBAS PARA A SAÚDE

A descentralização da gestão do SUS é um dos pontos-chave para o sucesso do sistema, mas depende de repasses do governo federal para que as ações sejam executadas pelos Estados e pelos Municípios. Enquanto a Constituição de 1988, em seu artigo 198, estabelece que a organização do SUS será de acordo com determinadas diretrizes, a lei 8.080, dispõe que o SUS será organizado a partir de princípios e diretrizes (BRASIL, 2017C).

A organização do SUS deve ser regida pelos seguintes princípios: universalidade, equidade e integralidade; os quais devem ser articulados mediante as seguintes diretrizes: descentralização, regionalização e hierarquização, e participação da comunidade. (MATTA, 2007, p.66 e 72).

O princípio da universalidade está previsto no artigo 196¹⁵ da CRFB/88. Segundo Matta, não se deve confundir universalidade com gratuidade, pois, a saúde pública necessita de financiamento, o qual se dá pela arrecadação de impostos e outros. Assim conclui o autor: “Não queremos dizer que não é financiado, mas que a população não deve desembolsar nenhuma espécie de pagamento direto para a obtenção de serviços de saúde no SUS.” (2007, p.68).

Pelo princípio da equidade pretende-se reduzir as iniquidades sociais e econômicas. “É a concepção de um espaço regulador das diferenças, no sentido de reduzir ou atentar para as iniquidades ou diferenças. Isto é reconhecer a pluralidade e a diversidade da condição humana nas suas necessidades e nas suas potencialidades.”(MATTA, 2007, p.70)

O princípio da integralidade deve ser encaminhado em quatro sentidos a saber:

- 1-No sentido histórico, na idéia de construção de um sistema único de saúde em contraposição à dicotomia da gestão da prevenção e da assistência médica no país; 2- No sentido epistemológico da concepção de saúde, na organização de uma prática em saúde integral; 3-No sentido do

¹⁵ “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 a sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 2017)



planejamento em saúde, na formulação de políticas pautadas na atenção integral; 4- No sentido das relações entre trabalho, educação e saúde, na formação e gestão do trabalho em saúde.”(Op. cit., p. 71)

Pela diretriz da descentralização, o SUS estabeleceu uma “desconcentração” do poder da União para Estados e Municípios, havendo uma direção em cada esfera de governo. Assim, temos o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e as Secretarias Municipais.

A regionalização depende de uma hierarquização, que divide por nível de complexidade os serviços de saúde. A ideia é estabelecer um perfil territorial (epidemias, qualidade de vida, etc), a fim de regionalizar os serviços de saúde.

Por fim, tem-se a diretriz da participação popular. Pela lei 8.142/90 (BRASIL, 2017B) foram criadas instâncias colegiadas de participação popular em cada esfera de governo. Assim, a participação popular acontece nos conselhos de saúde e nas conferências de saúde.

Estudo realizado entre 2002-2010 sobre a distribuição de transferências para o setor de saúde no Brasil (SIMÃO, ORELLANO, 2015), que investiga a renda municipal *per capita* e o recebimento de recursos do SUS pelos municípios brasileiros, conclui que, considerando o aspecto redistributivo, os municípios com maior capacidade de financiamento receberiam mais repasses destinados à saúde por habitantes, fato que não seria desejável:

A maior parte das transferências realizadas através do SUS estão inseridas nas modalidades conhecidas como “fundo a fundo” e são obrigatórias e condicionais. Isso significa que elas são realizadas de forma automática e compulsória e devem, necessariamente, ser aplicadas em fins específicos na área da saúde. Além disso, não exigem uma contrapartida financeira dos governos locais. No entanto, este estudo apresenta evidências de que o mecanismo de transferências pode estar induzindo a uma espécie de “exigência de contrapartida” e a eventuais distorções em seu papel redistributivo, embora não explicitamente. Em análises preliminares, identificou-se uma relação positiva, em base *per capita*, entre transferências *fundo a fundo* recebidas pelos municípios para a saúde e gastos de recursos próprios em saúde, assim como entre as transferências *fundo a fundo* e o total de recursos sem fins específicos disponíveis ao município, que inclui a arrecadação local de impostos e as transferências incondicionais recebidas (montante ao qual nos referimos neste artigo como *receita municipal*). Em princípio, essa relação não seria desejável, pois levaria a uma situação em que os municípios com melhores condições de financiamento poderiam estar recebendo mais recursos para a saúde. (SIMÃO, ORELLANO, 2015, p.1)

Como explicado anteriormente, antes da criação do SUS, a assistência médica e hospitalar era prestada pelo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social), restrita aos trabalhadores do mercado formal e seus



dependentes. Neste norte, Estados e Municípios mais ricos e desenvolvidos, contavam com o maior número de postos de assistência e médica e hospitalar. Portanto, dados do INAMPS de 1986 revelam que a Região Sudeste recebia 59,28% dos recursos em saúde do Brasil. (SIMÃO, ORELLANO, 2015, p.3)

A partir de 1990, com a implantação do SUS e seu princípio da universalidade no atendimento, assegurado pela CRFB/88, iniciou-se a redistribuição dos recursos destinados à saúde no País, porém, lentamente, haja vista que as instalações do INAMPS ainda vinculavam a execução da assistência médica e hospitalar. Foi no ano de 2000, com a Emenda Constitucional n. 29, que ficou definido o fundo de assistência saúde e o percentual de participação de cada ente da Federação, atribuindo, também, maior responsabilidade aos Estados e Municípios na gestão desses recursos. (SIMÃO, ORELLANO, 2015, p.4) A EC 29 estabelece a seguinte regra:

De acordo com a Emenda Constitucional nº 29 (EC-29), ficou estabelecido que a União deveria aplicar, em 2000, o montante empenhado em 1999 acrescido de, no mínimo, 5%. Para os demais anos, a EC-29 estabelece que a União deve dedicar à saúde um volume de receitas igual ao do ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Já para os estados e municípios, estipula que devam dedicar, respectivamente, um mínimo de 12% e 15% de suas receitas anuais para o financiamento à saúde. (SIMÃO, ORELLANO, 2015, p.4)

As autoras da pesquisa demonstram que há evidências de que, apesar de haver bons resultados do SUS com relação às transferências e redistribuição de recursos para a saúde comparando ao sistema anterior, ainda municípios com maior renda *per capita* acabem tendo um repasse maior, o que faz com que se deixa de seguir o critério de necessidades regionais de saúde pública.

Pensando apenas no aspecto redistributivo, a relação positiva entre *receita municipal* e transferências intergovernamentais para a saúde pode não ser desejada. Os municípios com maior receita, em princípio, têm melhores condições de arcar com as necessidades de saúde de sua população. Entretanto, para se ter um parecer mais preciso, seria importante avaliar aspectos relacionados à eficiência da gestão local. Como há evidências de que o SUS não necessariamente premia bons resultados na aplicação de recursos e também não utiliza critérios de necessidade de saúde, o tópico merece atenção e poderia ser explorado em trabalhos futuros, que poderiam investigar também a relação entre *receita municipal* e as transferências do SUS recebidas através da modalidade de convênios. (SIMÃO, ORELLANO, 2015, p.17)

No entanto, não se tem como avaliar empiricamente a gestão local dos recursos em saúde. Como o município de Criciúma teve mudança de governo com as últimas eleições municipais, há que continuar observando se as notícias



continuarão as mesmas ou se haverá mudança positiva no assunto dos repasses das verbas para o Hospital São José, para se concluir se houve apenas falha na gestão municipal, se o repasse dos governos federal ou municipal é insuficiente, ou se ambos os fatores contribuíram. O que se observa é que o cidadão criciumense é o maior lesado pela situação!

3 CONCLUSÃO

A partir da Carta Italiana, em 1948, a saúde começou a ser vista como um direito fundamental do cidadão. No Brasil, 40 anos depois, o direito à saúde foi inserido no ordenamento jurídico, na CRFB/88.

No Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), consta que a saúde é um completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças. Tal conceito sofreu várias críticas, basicamente, diante da abstração de seus termos. Não menos abstrato é o que prescreve o artigo 225 da CRFB de 1988, segundo o qual, todos têm direito à sadia qualidade de vida. (BRASIL, 2017)

Foi então que a partir da CRFB de 1988 foi implantado o SUS (Sistema Único de Saúde), acatando as principais propostas da VIII CNS (Conferência Nacional de Saúde), entre elas, a descentralização do sistema e o acesso universal (SOUZA, 2007, p. 122).

O Sistema Único de Saúde é o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. Na teoria, o sistema é perfeito: garante a saúde a todos (indistintamente), a participação popular, com isso, a regionalização da saúde em todo o território nacional e, em consequência, a integralidade. Porém, na prática, apresenta muitas falhas.

A saúde preventiva, tratada como direito fundamental pelo art. 196 da CF, confundiu-se com a saúde curativa, claramente definida como direito social pelo art. 6º, criando-se um sistema único de saúde que seria universal e gratuito, mas que acabou transferindo para terceiros a responsabilidade do seu financiamento e por empurrar para os planos privados de assistência a classe média, tornando-se utópico e ineficaz.

Com efeito, o acesso universal e igualitário às ações e serviços de



saúde, assegurado pelo art. 196 da Constituição, transformado em gratuito pela legislação infraconstitucional é utópico e gera expectativas inalcançáveis para os cidadãos (2001, p.287). Ocorre que as diretrizes e os objetivos do SUS nem sempre são seguidos e alcançados devido a diversos fatores. Isso acaba tornando o sistema ineficaz e obsoleto. O Estado, através do SUS, presta serviço de forma insuficiente, acarretando acesso precário dos cidadãos a este órgão.

Pode-se constatar que 167 notícias (das 197 apuradas) revelam problemas nas instituições de saúde de Criciúma e região. Ademais, quase 50% das notícias relacionadas às instituições de saúde são focadas especificamente na crise vivida pelo Hospital São José, durante o período da pesquisa. Nota-se, ainda, que, dentre as reportagens sobre este Hospital, 100% são sobre questão orçamentária ou sobre assuntos direta ou indiretamente relacionados aos repasses financeiros.

A crise vivida pelo Hospital São José, atribuída pelas notícias veiculadas à falha de repasses dos governos estadual e federal pode ser resultado de uma má gestão municipal, como também, à insuficiência de repasses. O que se tem é que das 81 reportagens relacionadas ao Hospital em questão, 09 foram as vezes em que se noticiou ameaças de suspensão de serviços ou de greve dos trabalhadores, e 08 publicações foram relacionadas às greves e suspensões que de fato aconteceram. Portanto, o cidadão cricumense que depende da assistência à saúde pública, está sofrendo constantemente pela falta dos serviços.

4 REFERÊNCIAS

AIHT, Fernando. **Curso de Direito Sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

BEEVOR, Antony. **A Segunda Guerra Mundial**. Rio de Janeiro: Record, 2015.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em 25.04.17A.

_____. Lei 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. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em 20.04.17B.

_____. Lei n. 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. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em 20.04.17C.

_____. Decreto 64.443, de 02 de maio de 1969. Declara de utilidade pública a Sociedade Literária e Caritativa Santo Agostinho, com sede em Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-64443-2-maio-1969-405785-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em 21.04.17D.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília. Ministério da Saúde, 2000. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf. Acesso em 28.04.17E.

CRICIÚMA. Lei Municipal n. 216, de 13 de setembro de 1957. Reconhece de utilidade pública o Hospital São José. Disponível em <https://leismunicipais.com.br/a/sc/c/criciuma/lei-ordinaria/1957/21/216/lei-ordinaria-n-216-1957-reconhece-de-utilidade-publica-o-hospital-sao-jose-1957-09-13.html>. Acesso em 21.04.17.

CLICATRIBUNA <http://www.clicatribuna.com/>

ECO, Umberto. **Idade Média: Bárbaros, cristãos e mulçumanos**. Portugal: Dom Quixote, 2010.

ENGEPLUS <http://www.engeplus.com.br/>

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flávio Coelho. **As Origens da Reforma Sanitária e do SUS**. In Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. TRINDADE; Gerschman Lima, Nísia Silvia e EDLER, Flavio Coelho (orgs.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

HOSPITAL SÃO JOSÉ. <http://www.hsJose.com.br/institucional/historia>. Acesso em 28/04/2017.

ITALIA. Constituição Italiana. Casa Culture Ivrea. Disponível em www.casacultureivrea.it/costituzione/portoghese.pdf. Acesso em 22.04.17.

MATTA, Gustavo Corrêa, PONTES, Ana Lúcia de Moura (Orgs.) **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan.-mar. 2014, p. 15-35.

PORTELA, Margareth C; LIMA, Sheyla Maria Lemos; BARBOSA, Pedro Ribeiro; VASCONCELLOS, Miguel Murat; UGÁ, Maria Alcía Dominguez; GERSCHMAN, Silvia. **Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil**. Disponível em <http://www.scielo.br/>. Acesso em 28.04.17.

RAEFFRAY, Ana Paula Oriola de. **Direito da Saúde: De acordo com a Constituição Federal**. São Paulo: Quartier Latin, 2005.

SCHWARTZ, Germano André Doederlein. **Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.



SIMÃO, Juliana Barby; ORELLANO, Veronica Ines Fernandez. Um estudo sobre a distribuição das transferências para o setor de saúde no Brasil. **Estud. Econ.vol.45 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2015.** <http://dx.doi.org/10.1590/0101-4161201545133jbv>.

SOUZA, Waldir da Silva. **Participação popular e controle social na saúde: democratizando os espaços sociais e agregando capital social.** In: MATTA, Gustavo Corrêa, PONTES, Ana Lúcia de Moura (Orgs.) Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

UNESCO. Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948). Disponível em UNESDOC unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf. Acesso em 20.04.17.

WHO. Constituição da Organização Mundial da Saúde (1946). Disponível em <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Aceso em 19.04.17.