

O DESMONTE DA SAÚDE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO: UMA VIOLAÇÃO AOS DIREITOS HUMANOS

THE DISASTER OF STATE HEALTH OF RIO DE JANEIRO: A VIOLATION OF HUMAN RIGHTS

Denise Pereira do Nascimento¹

Vaniele Soares da Cunha Copello²

RESUMO: O presente artigo pretende abrir uma discussão e reflexão sobre o desmonte da política estadual de saúde do Estado do Rio de Janeiro e conseqüentemente a desassistência à saúde como uma violação aos direitos humanos da população do estado. A pesquisa buscou analisar as contas do estado do período compreendido entre os anos de 2014 e 2017, como os recursos estão sendo aplicados e se estão cumprindo a lei no que se refere a aplicação mínima de 12% da receita elegível do estado. Porém, devido a dificuldade de identificar os dados necessários no site de transparência do estado do Rio de Janeiro, extraiu-se as informações contábeis a partir de denúncias da imprensa, das ações judiciais que o Ministério Público promove em face do governador e de relatórios de acompanhamento e fiscalização, também produzidos pelo MPRJ. Por fim, buscou-se analisar os pactos internacionais de garantia dos direitos humanos em que o Brasil é signatário e se o desmonte da saúde pode ser configurado como violação aos direitos Humanos.

176

Palavras-chave: Saúde; Violação de Direitos Humanos; Estado do Rio de Janeiro

ABSTRACT: This article intends to open a discussion and reflection about the dismantling of the state health policy of the State of Rio de Janeiro and consequently the lack of health care as a violation of the human rights of the population of the state. The research sought to analyze the state accounts for the period from 2014 to 2017, how resources are being applied, and whether they are complying with the law with regard to the minimum application of 12% of the state's eligible revenue. However, due to the difficulty of identifying the necessary data in the transparency

¹ Pós Graduada Lato Sensu em Políticas Sociais na UNIGRANRIO. Advogada. Servidora da Saúde Estadual do Estado do Rio de Janeiro em exercício na Atenção Básica trabalhando na área técnica de População em Situação de Rua. Militante em defesa da Seguridade Social. E-mail: denisenascimento.adv@gmail.com

² Mestranda em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pós-graduada em Políticas Públicas de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (2015). Possui graduação em Serviço Social pela Universidade do Grande Rio (2010). Atualmente é professora colaboradora do Curso de Serviço Social da Universidade do Grande Rio Prof. José de Souza Herdy - UNIGRANRIO, atuou como assistente social preceptor da Universidade do Grande Rio Prof. José de Souza Herdy - UNIGRANRIO

website of the state of Rio de Janeiro, the accounting information was extracted from press reports, the lawsuits that the Public Prosecutor promotes in the face of the governor and reports of monitoring and inspection, also produced by MPRJ. Finally, we sought to analyze the international covenants of guarantee of human rights in which Brazil is a signatory and whether the dismantling of health can be configured as a violation of human rights.

Keyword: Health; Violation of Human Rights; Rio de Janeiro state

1. INTRODUÇÃO

A saúde no Brasil sempre foi objeto de luta para que os trabalhadores tivessem acesso, e ao longo de muitas décadas estas lutas culminaram em gradual avanço desta política. Até o advento da promulgação da Constituição de 1988, o Estado Brasileiro em muito pouco interveio na saúde do ser humano como política pública. E as poucas inserções do Estado aconteceram para atender necessidades do capitalismo no sentido de preservar a saúde do trabalhador em alguns aspectos, como assistência, por exemplo. Entendendo que o capitalismo precisa dos trabalhadores com capacidade produtiva plena, o Estado intervém, entretanto, esta pactuação nunca conseguiu alcançar a necessidade plena e real na perspectiva da saúde da população.

Apesar da Constituição Federal de 1988 ter sido alcançada a partir da luta pela redemocratização e a saúde ter conquistado status constitucional como direito fundamental, seguindo, portanto, o que preconiza a Declaração Universal de Direitos Humanos, na prática parece termos uma violação a esse direito fundamental conquistado pelo trabalhador.

Neste artigo pretende-se desenvolver um estudo de pesquisa bibliográfica onde inicialmente será apresentada, de forma breve, a história da saúde no Brasil até os dias atuais, passando pela promulgação da Constituição Federal de 1988 e a implementação do SUS na perspectiva do arcabouço legal regulamentador da política de saúde. Iremos apresentar um breve conceito e noção de direitos humanos e onde a saúde se insere como garantia. A partir de então apresentar a política de saúde do Estado do Rio de Janeiro do período compreendido entre os anos de 2014 e 2017. Esta apresentação se dará a partir das diversas denúncias de violação ao direito de acesso e descumprimento legal. Pretende-se demonstrar que

a violação do direito ao acesso a saúde através do desmonte, configura uma violação aos direitos humanos da população do Estado do Rio de Janeiro.

2. A POLÍTICA DE SAÚDE

2.2 Breve Histórico

Segundo o documentário A História da Saúde Pública no Brasil – 500 anos na busca de soluções³, durante os 389 anos da colônia e do império quase nada se fez pela saúde no Brasil. Já naquele tempo o acesso aos tratamentos variava de acordo com a classe social, somente os nobres e os que obtinham posses tinham acesso aos médicos e tratamentos. Aos demais restavam as Santas Casas de Misericórdias onde os recursos eram precários contando apenas com caridades. Muitos doentes nesse período recorriam aos curandeiros e as ervas medicinais.

Após a independência (1822) D. Pedro I realizou as primeiras mudanças para melhoria da saúde do povo, entretanto, não foi o suficiente para reverter e melhorar a situação da saúde da população, o documentário se refere a essa mudança como uma mudança “para inglês ver”.

Segue por longo período da história brasileira a total desassistência à saúde pelo Estado. O acesso a “cura de doenças”, que era a finalidade da assistência médica, acontecia apenas para aqueles que suportavam pagar aos médicos pelo serviço prestado, aos demais restavam as instituições de caridade que eram sustentadas pela igreja e por doações.

Enquanto as pessoas eram assistidas a partir da filantropia, paralelamente algumas ações de saúde eram feitas pelo Estado que também cuidava de doenças como hanseníase, tuberculose, saúde mental e outras (CARVALHO, 2003, p.7).

Na década de 20 Inicia-se no Brasil um novo momento da saúde que surge como uma questão social no momento da economia exportadora cafeeira (BRAVO, 2009. p.3).

³ MINISTÉRIO DA SAÚDE – FIOCRUZ. A História da Saúde no Brasil – 500 Anos na Busca de Soluções. Vídeoclipe. [HTTPS://www.youtube.com.br](https://www.youtube.com.br). Acesso em 15/01/2018.

A conjuntura de 30, com suas características econômicas e políticas, possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais de forma orgânica e sistemática. As questões sociais em geral e as de saúde em particular, já colocadas na década de 20, precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticada. Necessitavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação (BRAVO. 2009. p.3).

Nesse começo do século XX a saúde aparece como uma prioridade de governo, entretanto, atribui-se a exigência da economia exportadora de café. Em função desse momento econômico, a saúde atua necessariamente nas condições sanitárias e basicamente no controle de endemias e do saneamento dos portos e do centro urbano, destacando que eram concentradas no eixo agrário-exportador formados pelos estados do Rio de Janeiro e São Paulo. (FINKELMAN. 2002. p.119)

Com o surgimento das Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs – em 1923, dá-se início a era das carteirinhas, pois os trabalhadores formais e seus dependentes tinham além da assistência previdenciária, também a assistência médica e de medicamentos. O sistema de caixas era muito frágil tendo em vista cada órgão estabelecer seu regulamento e, logo, dependia da capacidade econômica para arrecadação e manutenção das CAPs, o que iria variar substancialmente de órgão para órgão (FINKELMAN. 2002. p.237).

Em substituição ao fragmentado sistema de Caixas de Aposentadoria, em meados do século XX é criado os Institutos de Aposentadoria e Pensão - IAPs. Seguindo, entretanto, ainda a era das carteirinhas para assistência a saúde.

Em que pese a assistência a saúde estar dentro das prerrogativas dos IAPs, ela era tratada de forma secundária e com grande desigualdade variando de órgão para órgão. Diante dessas disparidades entre os Institutos, crescem as reivindicações para a unificação destes, buscando assim menos desigualdades entre categorias de trabalhadores no que se referia a previdência e assistência a saúde. (FINKELMAN. 2002. p.238).

Em 1960 é criada a Lei Orgânica da Previdência – LOPs uniformizando as regras previdenciárias, mas os institutos se mantiveram fragmentados e as

distorções no orçamento de cada instituto no que diz respeito aos percentuais aplicados para assistência à saúde, se mantiveram desiguais.

A vigência da LOPS, contudo, não corrigiu todas as distorções originárias da multiplicidade de institutos: após sua promulgação ainda prevalecia uma falta de uniformidade na distribuição dos gastos entre os diversos programas. Por exemplo, enquanto, o instituto dos bancários despendia 33% do seu orçamento em assistência médica, no instituto dos industriários esse percentual era inferior a 8,5%. (FINKELMAN. 2002. p.238)

O Instituto Nacional de Previdência Social – INPS - foi criado em 1966 fundindo os Institutos existentes à época. Em que pese as tentativas integracionistas do Ministério da Saúde, ainda não foi nesse momento que a assistência à saúde conseguiu se desvincular de uma assistência médico hospitalar previdenciária.

Na década de 70 o INPS é desmembrado e surge aqui o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS. Apesar de ter sido criado um instituto de assistência médica, ainda se trata da saúde previdenciária, onde somente os segurados da previdência e seus dependentes, ou seja, os trabalhadores formais tinham acesso.

180

Ao final da década de 60 o ministro da saúde, aproveitando o espaço político deixado no campo da saúde com a não implementação do PNS – Plano Nacional de Saúde, se impõe a implantar uma política de saúde rompendo com a lógica aplicada até então, sobretudo no que se refere a universalização da saúde. O que se propunha nessa nova política era romper com a era das carteirinhas na saúde, transferindo a saúde previdenciária ao ministério da saúde. Porém, se tratava ainda do período ditatorial e a universalização da saúde estaria em desencontro com as idéias políticas dessa época. Diante desse cenário político houve enorme oposição ao novo projeto e este não conseguiu se concretizar.

Apesar de o PNS não ter sido implementado, um ano depois foi criado o Plano de Pronta Ação (PPA) que rompe pela segunda vez com a lógica da medicina previdenciária, ou seja:

Sua principal inovação foi a determinação de que os casos de emergência deveriam ser atendidos por todos os serviços próprios e contratados independentemente do paciente ser ou não um beneficiário (segurado ou dependente) da previdência. Quando o atendido não fosse previdenciário, as despesas com os serviços

prestados limitar-se-iam à duração do estado de emergência. (FINKELMAN. 2002. p.242)

Nesse momento pela primeira vez os recursos da previdência são usados para saúde de forma universal, ainda que seja somente para serviços de emergência.

Em meados da década de 70, com a promulgação da lei 6.229 de 1975, fica a saúde organizada em dois campos institucionais:

1) o do Ministério da Saúde, de caráter eminentemente normativo, com ação executiva preferencialmente (sic) voltada para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, inclusive vigilância sanitária; e 2) o do Ministério da Previdência e Assistência Social, com atuação voltada principalmente (sic) para o atendimento médico-assistencial individualizado. (FINKELMAN. 2002. p.243).

Em finais da década de 70 e início de 80, dentro de uma profunda crise econômica no país, dá-se início os primeiros movimentos da transição democrática. Um dos grandes efeitos dessa crise foi o agravamento da qualidade de vida da população surgindo a necessidade de atenção a saúde e nesse momento consolida-se o movimento pela reforma sanitária no país.

Importante abrir um breve parêntese para destacar que com o início da ditadura militar se inaugura um modelo de saúde dirigido ao investimento com grande peso no setor privado. Diante disso o modelo voltado para saúde pública curativa é extremamente ampliado. Costa coloca que:

[...]este modelo, associado a um regime não democrático favoreceu a prática de fraudes, além de ter um custo muito alto na história de recursos públicos investidos na saúde no país, ocasionando uma assistência de baixa resolutividade agravando os problemas existentes (COSTA. 2006. p.7).

Até 1986, quando aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde, todas as conferências anteriores tiveram caráter técnico e seus participantes, em grande maioria, membros do Ministério da Saúde.

Quando o regime militar chega ao fim, em 1985, tinha assumido o comando de diversas instituições de saúde a vanguarda do movimento sanitário (COSTA. 2006. p.8).

A VIII CNS foi antecedida de pré-conferências com a participação popular em todos os estados. E, foi marcada pela aliança política em torno dos eixos discutidos

pelo movimento sanitário. Sendo também um marco histórico do SUS. Foi aberta pelo primeiro presidente civil, após a ditadura, José Sarney. E também a primeira conferência aberta à sociedade. Dentre tantas outras, o reconhecimento da saúde como direito universal e a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito, foram bandeiras discutidas e desenvolvidas pela comissão nacional de reforma sanitária (CNRF), reivindicadas e aprovadas dentro da VIII CNS. (FINKELMEN. 2002. p. 248)

O reconhecimento da saúde como direito inerente à cidadania, o conseqüente dever do Estado na promoção desse direito, a instituição de um sistema único de saúde, tendo como princípios a universalidade e integralidade da atenção, a descentralização, com comando único em cada esfera de governo, como forma de organização e a participação popular como instrumento de controle social, foram teses defendidas na VIII CNS e na CNRS que se incorporaram ao novo texto constitucional. (FINKELMEN. 2002. p. 248)

A preparação para a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi de profunda importância.

O fato marcante e fundamental para a discussão da questão Saúde no Brasil ocorreu na preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília - Distrito Federal. O temário central versou sobre: I A Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; II Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III Financiamento setorial. (BRAVO. 2009. p.9)

Em 1988 é promulgada a Constituição Federal, conhecida como a Constituição Cidadã e fica no texto constitucional garantida a universalização da saúde e esta passa integrar um dos pilares da Seguridade Social.

A saúde é inserida dentro do capítulo VIII que dispõe sobre a ordem social. Vejamos que o artigo 193 determina que a ordem social tem que ter como base o primado do trabalho e como objetivo o bem-estar e justiça social. Ainda, no artigo 194 que está inserido dentro do capítulo II que se destina a Seguridade Social, dispõe que a saúde integra a seguridade social, além da previdência e assistência.

Dentro do capítulo da Seguridade Social, a Seção II é destinada a Saúde.

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. (CF/88)

O artigo 198 impõe algumas diretrizes para o sistema único de saúde, inclusive seu financiamento.

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:

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

§ 2º. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I - os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º; (CF/88)

A regulamentação e implementação do SUS deram início no começo da década de 90 através da promulgação da Lei Orgânica da Saúde – Lei 8080/90, onde se estabelece os princípios e diretrizes do SUS. Além desta, outras tantas leis, portarias e normas formam um arcabouço legal que regulam o SUS. (COSTA. 2006. p.10)

A Lei Complementar 141 de 2012, regula o artigo da Constituição Federal que se destina a impor valores mínimos a serem aplicados na saúde anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Esta lei Complementar em seu artigo 6º determina que os Estados devam aplicar no mínimo 12% ao ano na saúde:

Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios. (CF/88)

A lei 8.142 de 1990, também uma das legislações que compõe o arcabouço legal, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e também sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Destacando que a participação da comunidade nas decisões do SUS é também um grande avanço conquistado na luta da reforma sanitária.

Em que pese a garantia constitucional e legal da universalidade do acesso a saúde e esta, como sendo um dever do Estado, a Contra Reforma fortalece a hegemonia neoliberal e se torna responsável pelo sucateamento da saúde dentre outros setores sociais. Assim a “proposta de política de saúde construída na década de 1980 tem sido desconstruída” e a saúde cada vez mais ficando ligada ao mercado (BRAVO. 2009. p.14).

Um aspecto de muita importância que a prof^a Maria Inês Bravo observa em seu artigo Política de Saúde é:

Outro aspecto a ser considerado refere-se à remuneração por produção, denunciada há vinte anos como “fator incontrolável de corrupção”. Constata-se que além de gastar mal também se gasta pouco em saúde, comparado com os parâmetros internacionais (BRAVO. 2009. p.14).

184

Dentre algumas questões determinantes que impedem a real implementação do SUS, ainda, no mesmo artigo, a prof^a Maria Inês, expõe a preocupação quanto ao financiamento dizendo que “a questão do desfinanciamento é a mais séria, pois está diretamente articulada ao gasto social do governo e é a determinante para a manutenção da política focal, de precarização e terceirização dos recursos humanos” (BRAVO. 2009. p.19).

Em que pese a conquista da constitucionalização do SUS como um direito fundamental da população e um dever do estado, a prática ainda está muito distante do que está garantido na constituição. Hoje, o espaço do SUS está destinado aos que não têm acesso ao sistema privado de saúde, assim a saúde preconizada na Constituição Federal de 1988 não se concretizou. (BRAVO. 2009. p.20)

2.2 A política de Saúde no Estado do Rio de Janeiro

De acordo com o CONASS – Conselho Nacional de Secretários do Saúde:

A Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro – SES/RJ é o órgão do Governo do Estado responsável por formular, implantar e gerenciar as políticas de saúde, o que inclui o assessoramento aos municípios, a programação, o acompanhamento e a avaliação das ações e atividades de saúde.

Missão: Formular, implantar e gerenciar as políticas públicas de Saúde no Estado do Rio de Janeiro.

Visão: Ser reconhecida como gestora do SUS no Estado do Rio de Janeiro, capaz de garantir a saúde como direito de cidadania e promover a defesa da vida.

Valores: Humanização, Transparência, Ética, Probidade, Responsabilidade, Gestão democrática e participativa, Compromisso, Inovação⁴.

O Jornal do Brasil⁵ denuncia em 14/03/2014 e atualizado em seguida no dia 21/03/2014, que o estado do RJ foi classificado como o estado que menos investiu em saúde pública comparado aos outros. Denuncia também a falta de transparência no orçamento da saúde pública estadual e, nesta mesma matéria veiculada, chamam a atenção para que a privatização da saúde possa estar escoando recursos destinados à saúde pública para lucros das empresas terceirizadas e ainda, o orçamento não disponibiliza o quanto custa esse lucro para o estado. Por fim, também aborda a reportagem sobre a terceirização dos trabalhadores:

185

Sobre as terceirizações, o coordenador do Fórum Popular do Orçamento e economista especialista em orçamento público, Luiz Mário Behnken, explica que os servidores públicos, em extinção devido à gestão parcialmente privada e pública (mascaradamente mais privada do que pública), têm mais comprometimento maior com o atendimento aos pacientes do que o funcionário contratado. “O servidor tem uma característica de comprometimento com o serviço, diferentemente do contratado, que depende de um vínculo com quem o contratou. Logo, a atenção do servidor público é totalmente voltada para a prestação de serviços, o que qualifica positivamente seu trabalho”, disse⁶.

Em 22/12/2015 matéria publicada em jornal de grande circulação⁷ denuncia colapso na rede estadual de saúde do estado do Rio de Janeiro. Segundo informações trazidas na referida matéria a emergência do maior hospital estadual da Zona Norte, Hospital Estadual Getúlio Vargas, foi fechada. A mesma matéria traz

⁴ <http://www.conass.org.br/rio-de-janeiro/>. Acesso em 04/06/2018.

⁵ <http://www.jb.com.br/rio/noticias/2014/03/20/a-caixa-preta-da-saude-do-rio-de-janeiro/>. Acesso em 04/06/2018.

⁶ Idem.

⁷ https://odia.ig.com.br/_conteudo/noticia/rio-de-janeiro/2015-12-23/em-colapso-sistema-de-saude-no-rio-vive-a-pior-criese-de-sua-historia.html

também denúncias de outros hospitais da rede estadual de saúde e as autoridades médicas se mobilizam na tentativa de reverter a situação, vejamos:

Em meio ao caos, ontem o secretário estadual de Saúde, [...], anunciou que deixará o cargo para concorrer à Prefeitura [...]. Em seu lugar, ficará o médico [...], atual secretário de Saúde de [...]. Sem rumo, autoridades médicas, como o Cremerj e o Coren, vão à Justiça contra o governo e as organizações de saúde (OS), responsáveis pela gestão dos hospitais, para forçar a reabertura das unidades⁸.

“Cremerj diz que hospitais do RJ estão na iminência de fechar até o Natal”⁹. Notícia veiculada em 28/10/2016 pela imprensa. Nesta matéria o Cremerj denuncia o caos na rede pública de saúde do estado e ameaça pedir intervenção federal na saúde para minimizar a situação.

[...] o estado está na iminência de ver suas unidades de saúde fechadas até o Natal. “Esta é a pior crise na saúde da história do Rio de Janeiro, porque ela afeta não só as unidades estaduais, mas também as municipais, que acabam ficando superlotadas”, afirmou Nahon¹⁰.

Em 2017 não foi diferente dos anos anteriores, pacientes sem atendimento, sem remédios, sem limpeza porque os trabalhadores não receberam salários, servidor que o estado não paga vale transporte e sem reposição salarial desde 1999, põe em risco continuidade dos serviços em uma unidade hospitalar da rede estadual, de acordo com o que noticia jornal de grande circulação em 25/12/2017¹¹.

O Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro em 2018 ajuizou Ação Civil Pública¹² por ato de improbidade administrativa contra o governador por ele não ter aplicado na saúde em 2016 o mínimo constitucional de 12%. Segundo o MPRJ o estado aplicou somente 5,16 na saúde. Para este órgão a crise não pode ser usada como justificativa, pois mesmo que o estado tenha menor arrecadação o percentual deve incidir sobre o que efetivamente foi arrecadado de acordo com determinação constitucional.

⁸ Idem.

⁹ <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2016/10/cremerj-vai-pedir-intervencao-federal-no-rj-para-amenizar-caos-na-saude.html>. Acesso em 04/06/2018.

¹⁰ Idem.

¹¹ <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/pacientes-e-funcionario-sofrem-sem-atendimentos-e-salarios-no-hospital-azevedo-lima-em-niteroi-rj.ghtml>. Acesso em 04/06/2018.

¹² <http://www.mprj.mp.br/home/-/detalhe-noticia/visualizar/54815>. Acesso em 04/06/2018.

Por fim, O Ministério Público, em março de 2018, produziu relatório¹³ de acompanhamento e fiscalização de política pública onde fez uma avaliação de impactos e abertura de dados no planejamento e gestão financeira da saúde do estado do Rio de Janeiro.

O referido relatório denuncia que existem hoje nove ações civis públicas tramitando onde questiona a transparência nas contas do estado do setor saúde e também o fato de este ente da federação não cumprir o percentual mínimo legal.

Passamos a expor algumas denúncias trazidas pelo já citado relatório: a média anual de aplicação da receita elegível em saúde, entre 2014 e 2017, foi de 6,9%; o Rio de Janeiro é o penúltimo na posição do ranking da Escala Brasil Transparente; O governa faz o registro contábil de aplicação da receita de Ações e Serviços Públicos em Saúde – ASPS de forma ilegal e assim levando o estado a progressivo endividamento nas despesas em saúde; Os instrumentos de planejamento da rede pública de saúde têm conteúdo incompleto e que as ações judiciais sobre o tema não têm conseguido fazer com que o estado cumpra o que determina a lei quanto ao mínimo de investimento na saúde.

187

3. DIREITOS HUMANOS

3.1 Conceito e História

A história dos Direitos Humanos remonta aos tempos da própria existência das civilizações. Por diversos momentos da história se manifestaram em lutas contra todas as formas de opressão, dominação e exclusão. O reconhecimento legal dos direitos humanos aconteceu em momentos distintos em cada país, porém ainda se tem muitos países a se conquistar. (SILVA. 2007. p.111)

Valores como igualdade, liberdade e fraternidade, surgiram como princípios básicos a partir da revolução francesa de 1789. E, fato interessante poderá ser observado quanto a influências desta revolução, em lutas sociais no mundo e “em países tão distantes como o Brasil, onde, na Conspiração Baiana de 1798¹⁴ ter-se-

¹³file:///C:/Users/Denise/Downloads/323MPRJRelatrioFinal-avaliaoImpactosePlanejamentoFinanceiroSade.pdf

¹⁴ Conhecida como Conjuração Baiana e Revolta dos Alfaiates, foi uma revolta social de caráter popular que buscava a proclamação de uma República Bahiense, com igualdade de direitos para todos. BACELAR, Jonildo.

iam verificado idéias revolucionárias francesas conquistando oficiais e humildes artesãos”. (RUIZ. 2014. p.22)

Encontraremos no site das Nações Unidas um conceito bastante geral de Direitos Humanos, vejamos:

Os direitos humanos são direitos inerentes a todos os seres humanos, independentemente de raça, sexo, nacionalidade, etnia, idioma, religião ou qualquer outra condição¹⁵.

Em que pese este conceito da forma como figura na página das Nações Unidas parecer bastante simples e objetivo, essa definição provoca algum debate na doutrina.

Definir o que são direitos humanos não é tarefa das mais simples. Para alguns filósofos e juristas, os direitos humanos equivalem a direitos naturais, ou seja, aqueles que são inerentes ao ser humano. Outros filósofos preferem tratar os direitos humanos como sinônimo de direitos fundamentais, conjunto normativo que resguarda os direitos dos cidadãos¹⁶.

Com intuito de se trazer sinônimos para expressão Direitos Humanos, acaba-se por confundir direitos humanos com direitos fundamentais, “comprometendo não apenas a sua compreensão, mas a sua aplicação e proteção”. (LOPES. 2011. p.7).

[...]direitos humanos são os princípios que resumem a concepção de uma convivência digna, livre e igual de todos os seres humanos, válidos para todos os povos e em todos os tempos, enquanto os direitos fundamentais são os direitos da pessoa (física ou jurídica) constitucionalmente garantidos e limitados espacial e temporalmente (LOPES. 2011. p.7).

A Declaração Universal de Direitos Humanos é aprovada em 1948, poucos anos após a criação da Organização das Nações Unidas, que surgiu como medida a prevenir a retomada de ataques bélicos. Pois, pressões internacionais fizeram com que houvesse a necessidade por providências, devido as atrocidades da segunda guerra (RUIZ. 2014. p.65).

Em 1966, 18 anos após a aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos, o mundo encontrava-se dividido em dois grandes blocos ideológicos

¹⁵ <https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/>. Acesso em 07/06/2018

¹⁶ https://www.conjur.com.br/2008-dez-10/veja_definicao_norberto_bobbio_direitos_humanos. Acesso em 07/06/2018.

antagônicos, o socialista e o capitalista. Diante disso, uma mesma Assembléia Geral da ONU teve que aprovar dois pactos distintos, a saber: o “Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos e o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Desta forma cada país poderia aderir a dois, ou a somente um Pacto” (RUIZ. 2014. p.66).

Com a redemocratização no Brasil e com a promulgação da constituição em 1988, voltamos a integrar a comunidade internacional de defesa dos direitos humanos e ratificamos diversos tratados internacionais, inclusive os dois Pactos Internacionais de 1966, o sobre Direitos Civis e Políticos e o sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais¹⁷.

Assim como tantos outros autores, Stella Narita coloca que, em que pese os direitos sociais serem conhecidos como de segunda geração, são igualmente violação aos Direitos Humanos, quando não efetivados. (NARITA. 2010. p.116/119)

No artigo 25 da Declaração Universal de Direitos Humanos traz o direito á saúde de forma expressa afirmando que:

Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.¹⁸

Ainda, encontraremos no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais no artigo 12, que o Brasil é signatário, a saúde como um direito humano, assim vejamos:¹⁹

ARTIGO 12

1. Os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental.
2. As medidas que os Estados Partes do presente Pacto deverão adotar com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar:

¹⁷ Os Direitos Humanos na Declaração Universal de 1948 e na Constituição Brasileira em Vigor. <http://www.escoladegoverno.org.br/artigos/115-direitos-humanos-declaracao-1948>, acesso em 02/06/2018.

¹⁸ Declaração Universal dos Direitos Humanos. <http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>.

¹⁹ Decreto Federal Nº 591, de 06 de julho de 1992. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm, acesso em 02/06/2018.

- a) A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento é das crianças;
- b) A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente;
- c) A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças;
- d) A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade.

Devemos destacar que a saúde está inserida no interior dos direitos sociais, e estes devem ser operacionalizados coletivamente e o alcance à saúde e ao bem-estar de todos deve ser garantido com o Estado dando-lhe condições necessárias para tal (VENTURA. 2010. p.93).

Em que pese a não observância dos direitos sociais, onde a saúde se enquadra, configurar uma violação aos direitos humanos, as instâncias internacionais de Direitos Humanos, por entenderem que para efetivação desses direitos há necessidade de recursos públicos expressivos, admitem que esses direitos sejam realizados de forma progressiva, entretanto, “buscam ressaltar o cumprimento pelos governos de um rol de obrigações mínimas, essenciais ou indispensáveis à satisfação de necessidades individuais do titular de cada direito” (VENTURA. 2010. p.93).

Como o Direito à Saúde traz controvérsias quanto a sua interpretação, os comitês de direitos Humanos, para resolvê-las, têm enviado orientações com critérios objetivos destas interpretações. Vejamos os elementos essenciais para aplicação do direito à saúde que o Comitê tem enviado.

- a) disponibilidade: os serviços e programas de saúde devem ser disponíveis em quantidade suficiente para todos; b) acessibilidade: envolve quatro dimensões – o princípio da não-discriminação (a saúde deve ser acessível a todos, especialmente aos grupos mais vulneráveis); a acessibilidade física; a acessibilidade econômica e a acessibilidade de informação; d) aceitabilidade: os serviços e programas de saúde devem respeitar a ética médica e devem ser culturalmente apropriados, sensíveis, ainda, à questão de gênero e geracional; e) Qualidade: os programas e serviços de saúde devem ser apropriados para atender a demanda da população, baseados em evidências científicas e devem buscar incorporar os avanços científicos e tecnológicos; f) Integralidade: envolve o oferecimento de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade e devem ser prestados durante todo o ciclo vital de homens e mulheres. (VENTURA. 2010. p. 94)

Tanto no âmbito nacional quanto no internacional, a busca do direito a saúde tem sido objeto de demandas judiciais e o entendimento tem sido no sentido de que “o núcleo essencial do direito a vida, que é a vida”, deve ser preservado. Portanto, todo tratamento essencial para preservação da vida, mesmo que o Estado não tenha a regulamentação e previsão para cobertura, deve ser garantido ao indivíduo (VENTURA. 2010. p. 95).

Garantir o direito à saúde tem sido bastante difícil diante das dificuldades uma vez que este direito depende de ações objetivas do Estado. E quanto as demandas judiciais também se esbarra em dificuldades, uma vez que se limita a demanda individual:

As instâncias judiciais tem se limitado a considerar a perspectiva individual deste direito sem problematizar outros elementos importantes nesta deliberação, como a distribuição injusta dos recursos de saúde, as limitações orçamentárias dos governos Miriam Ventura Direitos Humanos e Saúde: possibilidades e desafios 96 para a aquisição de produtos de saúde disponíveis no mercado, dentre outros aspectos. (VENTURA. 2010. p.95)

Os Direitos Humanos ganharam lugar importante em nosso novo sistema Constitucional de 1988 incorporando os direitos contidos na DUDH que o Brasil é signatário, “[...]reiterando conseqüentemente não só os direitos constitucionalmente assegurados, mas também os novos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais” (ASBAHR. 2004. p.16).

A saúde foi positivada na Constituição Federal de 1988 dentro do Título II que trata dos Direitos Fundamentais e está inserida no Capítulo II que trata dos Direitos Sociais.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em que pese o objeto deste artigo seja discutir o desmonte da saúde no Estado do Rio de Janeiro do período compreendido entre os anos de 2014 e 2017 e esse desmonte se revelar como flagrante violação dos direitos humanos é importante ressaltar que alguns pontos nos chamam a atenção e não poderiam deixar de ser apresentados.

Considero que, dentre estes pontos, o que mais chama a atenção é o fato de que a saúde pública em toda a história foi pauta de reivindicações dos trabalhadores. Outro ponto que também merece destaque é o fato de que o crescimento industrial fez com que as pactuações no campo da saúde, até o advento da Constituição de 1988, se dessem sempre no entorno da previdência social, ou seja, a garantia da saúde deveria atender expectativa do capitalismo no sentido de manter a mão de obra em condições plenas para a produção. Porém, entendendo que foram lutas vitoriosas dos trabalhadores.

As informações trazidas neste artigo nos fazem entender também que, até o advento da promulgação da Constituição Federal em 1988, a saúde pública no Brasil nunca havia sido debatida numa perspectiva de garantia dos Direitos dos Humanos.

Com a Constituição Federal entrando em vigor, a saúde pública no Brasil muda de status passando a ser uma garantia na forma como está preconizada na Declaração Universal de Direitos Humanos em que o Brasil é signatário.

Entretanto, a constitucionalização do direito á saúde não foi o suficiente para que este direito, com todos os seus princípios, se concretizasse. Inclusive, as ações judiciais, que nos parece ser poucas tendo em vista a gravidade da situação da saúde no Estado do Rio de Janeiro, não são capazes de frear as reiteradas ilegalidades e inconstitucionalidades cometidas no setor saúde pelos governos.

A informação trazida pelo MPER de que as ações judiciais que questionam as regras de financiamento da saúde não conseguem efetividade, me remete a pensar que as instituições que devem garantir os direitos da população, porém não conseguem, devem ser objeto de um estudo mais aprofundado a fim de entendermos onde estão os entraves para que a justiça possa garantir o direito constitucional á saúde.

Podemos dizer que com investimento no setor saúde sendo reduzido ao longo dos anos e cada vez mais distante do percentual mínimo legal/constitucional e consequentemente essa redução desencadeando em fechamento de serviços de saúde, a desassistência a toda uma população é fato. Logo, fica demonstrado que o Estado do Rio de Janeiro protagoniza flagrante violação dos Direitos Humanos.

Por mais que tenhamos tentado trazer o máximo de informações para este artigo, o tema saúde e direitos humanos é bastante extenso e também, pelo fato dos direitos de segunda geração precisar de atuação governamental para sua efetividade, este artigo deverá ser atualizado sempre que preciso e que possível for pois, com as mudanças de governos a política de saúde está passível de alterações da forma de gestão e todo esse quadro apresentado pode ser alterado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

_____. Consultor Jurídico. https://www.conjur.com.br/2008-dez-10/veja_definicao_norberto_bobbio_direitos_humanos. Acesso em 07/06/2018.

_____. Consultor Jurídico. https://www.conjur.com.br/2008-dez-10/veja_definicao_norberto_bobbio_direitos_humanos. Acesso em 07/06/2018.

_____. Escola de Governo. <http://www.escoladegoverno.org.br/artigos/115-direitos-humanos-declaracao-1948>, consultado em 02/06/2018.

_____. Jornal do Brasil online. <http://www.jb.com.br/rio/noticias/2014/03/20/a-caixa-preta-da-saude-do-rio-de-janeiro/>. Acesso em 05/06/2018.

_____. Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. <http://www.mprj.mp.br/home/-/detalhe-noticia/visualizar/54815>. Acesso em 04/06/2018.

_____. Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. <file:///C:/Users/Denise/Downloads/323MPRJRelatrioFinal-avaliaoImpactosePlanejamentoFinanceiroSade.pdf>. Acesso em 04.06.2018.

_____. Nações Unidas no Brasil. ONUBR. <https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/>. Acesso em 07/06/2018.

_____. O GLOBO. <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2015/12/crise-na-saude-do-rj-deixa-pacientes-sem-atendimento-em-varias-unidades.html>, acesso em 04/06/2018.

____ Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. <http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>.

____ Planalto Federal. Decreto Federal nº 591 de 06/07/1992. Disponível na internet no endereço. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm. Acesso em 06/06/2018.

ASBAHR, P. Considerações sobre o Direito Humano à Saúde. *Revista de Direito Sanitário*. Vol.5, n.3, novembro de 2004.

BRAVO, M.I. Política de Saúde no Brasil. <http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2163/livros>, consultado em 10/04/2018.

BRASIL, Constituição Federal. 1988. Inciso II, §2, Art. 198. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em 04/06/2018.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. *Estudos Avançados*, v. 27, n. 78, p. 7-26, 1 jan. 2013..

194

COSTA, F.G. O Resgate Histórico da Implantação do SUS em Porto Alegre, na Visão de Gestores, Profissionais de Saúde e Usuários, Referente ao Período de 1988 a 1996. <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/3171/2/F%C3%A9lix.pdf>. Consultado em 25/02/2018.

Declaração Universal dos Direitos Humanos. <http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>, acesso em 03/06/2018.

FALEIROS, V.P.; SILVA, J.F.S.; VASCONCELLOS, L.C.F.; SILVEIRA, R.M.G. *A Construção do SUS: Histórias da reforma Sanitária e do processo Participativo*. Brasília. MS. 2006.

FINKELMAN, J. *Caminhos da Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

LOPES, A.M.D. A era dos direitos de Bobbio: Entre a historicidade e a atemporalidade. *Revista de Informação Legislativa*. Brasília. a. 48 n. 192 out./dez. 2011.

NARITA, S. Direitos Sociais. Direitos Humanos a Serem Universalizados. *Revista de Psicologia*. Fortaleza, vol. I. nº I. p. 115/129. Jan/Jun. 2010.

RUIZ, J.L.S. *Direitos Humanos e Concepções Contemporâneas*. São Paulo. Editora Cortez. 2014.

SILVA, J.A.R.O. A Saúde do Trabalhador como um Direito Humano. *Revista do Tribunal Regional do Trabalho da 15ª Região*. São Paulo. nº 31, p.109/137, 2007.

VENTURA, M. Direitos Humanos e Saúde: Possibilidades e Desafios. *Saúde e Direitos Humanos*. Ano 7. Nº 7. p. 87/100. 2010.