



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO
DIREITO CONSTITUCIONAL II**



**OS DIREITOS FUNDAMENTAIS E SUA PREVISÃO
CONSTITUCIONAL, AS POLÍTICAS PÚBLICAS E OS SISTEMAS DE
SAÚDE NO BRASIL, NOS ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA E NA
ALEMANHA¹**

Clara Ferreira de Oliveira²

José Romão Alves Barbosa³

Laise Gonzaga Maggi⁴

Coordenador e orientador: Prof. Dr. Edival Braga⁵

RESUMO

A forma de uma nação elaborar e executar políticas públicas de saúde e gerenciar seus sistemas nesse mesmo âmbito costuma ser um reflexo das previsões adotadas em suas respectivas constituições. A forma pela qual se aborda o tópico nas leis maiores dos Estados é a das garantias fundamentais, diretamente ou através de tratados internacionais. Este trabalho busca demonstrar as relações existentes entre o funcionamento prático dos sistemas de saúde do Brasil, dos Estados Unidos da América e da Alemanha e suas constituições, assim como compará-los e apurar, dessa comparação, os pontos mais proveitosos de cada um deles, incluindo a eficiência, a abrangência e o custo para o Estado e para o povo.

¹ O artigo passou por uma revisão gramatical realizada pelo ChatGPT em 2026, de modo que foi mantida a originalidade do conteúdo do artigo.

² Acadêmica de Direito da Universidade Federal de Roraima. claraferreiradeoliveira@gmail.com

³ Acadêmico de Direito da Universidade Federal de Roraima. jose.r.ifrr@gmail.com

⁴ Acadêmica de Direito da Universidade Federal de Roraima. lalamaggi@hotmail.com

⁵ Professor de Direito Constitucional da Universidade Federal de Roraima - UFRR

Palavras-chave: Garantias fundamentais, Sistemas Públicos de Saúde.

ABSTRACT

The way a nation draws up and executes public health policies and manages its systems in the same sphere is usually a reflection of the predictions adopted in its respective constitutions. The way in which the topic is dealt with in major state laws is that of fundamental guarantees, either directly or through international treaties. This work seeks to demonstrate the relationship between the practical functioning of the health systems of Brazil, the United States of America and Germany and its constitutions, as well as to compare them and to determine, from this comparison, the most points of each of them, including efficiency, coverage, and cost to the state and to the people.

Keywords: Fundamental Guarantees, Public Health Systems.

INTRODUÇÃO

Segundo Ferdinand Lassalle, os Fatores Reais de Poder atuam nas constituições e leis vigentes como forças ativas, determinando o que podem e não podem ser. Sendo assim, são esses fatores que influenciam o direcionamento político-jurídico de um governo, na execução de políticas públicas.

A partir dessa compreensão inicial, será desenvolvida uma pesquisa, no Direito Comparado, acerca das políticas públicas de alcance social e como elas influenciaram a sociedade social e economicamente. O eixo do estudo será a tríade Brasil, Estados Unidos da América e Alemanha.

Cada Estado possui características peculiares quanto à garantia do Direito à saúde, e é sobre esta garantia fundamental que se desenvolverá o estudo comparativo.

O Brasil foi pioneiro, em sua Constituição, em acrescentar no rol de Garantias Fundamentais os direitos humanos, elencados na Declaração de Direitos,

de 1945. A Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, expressamente prevê como garantia constitucional a promoção do direito à saúde, e dessa forma, o governo federal desenvolveu diversas políticas a respeito.

A mais conhecida, e a analisada neste desenvolvimento, é o Sistema Único de Saúde (SUS). Se trata de um modelo “universal”, público e teoricamente abrangente. Cobre o auxílio médico emergencial, o atendimento clínico e até mesmo cirúrgico. É, teoricamente, um sistema-modelo para os Estados do mundo todo.

Entretanto, muitas são as falhas desse sistema, em razão da corrupção, do inchaço populacional, do direcionamento e execução dos serviços, dentre outras problemáticas.

Já nos EUA, a situação é diferente. Ao contrário do Brasil, que possui um programa tradicional, em vigor há décadas, o governo norte-americano só instituiu políticas de saúde pública em 2010, com uma Lei promulgada pelo presidente Barack Obama.

Tal lei instituiu o Obama Care, sistema de auxílio às camadas menos favorecidas da sociedade, o qual fornecia auxílio financeiro e até mesmo um programa gratuito de saúde. Tal programa, assim como o seu sucessor, foi muito criticado. Positivamente, pois humanizava um país liberal, focado apenas no desenvolvimento econômico, e negativamente, pois sacrificaria a economia em detrimento de camadas da sociedade.

A referida lei foi duramente criticada quando da assunção da presidência por Donald Trump, e logo depois, foi revogada. Aqui, no entanto, é que se percebe forte embate entre os fatores reais de poder, pois enquanto a sociedade clamava por assistência, os setores responsáveis pelo desenvolvimento econômico clamavam por melhores condições.

Foi então por isso que se criou o programa assistencial do governo de Trump: para tentar apaziguar as turbulências político-econômico-sociais entre os fatores reais de poder.

E, por fim, tem-se o cenário alemão. Na Alemanha, não há sistema público de saúde. O acesso é feito por meio de planos de saúde, ofertados de diversas maneiras, de acordo com a correspondência dos cidadãos às categorias de assistência.

Lá, diferentemente do Brasil e dos EUA, a taxa de miserabilidade populacional é extremamente baixa, o que facilita a imposição da adesão aos sistemas privados. Entretanto, não só se constata a porcentagem populacional sem acesso à saúde, como se verifica que estes estão completamente desassistidos, pois o governo não se obriga, constitucional ou infra-constitucionalmente a prover o acesso irrestrito à saúde.

1.As Garantias Fundamentais

1.1. As Garantias Fundamentais no Brasil

As Garantias Fundamentais na Constituição Brasileira é o termo referente a um conjunto de dispositivos destinados a estabelecer direitos, garantias e deveres aos cidadãos da República Federativa do Brasil. Estes dispositivos sistematizam as noções básicas e centrais que regulam a vida social, política e jurídica de todo o cidadão brasileiro.

As Garantias Fundamentais encontram-se reguladas entre os artigos 5º ao 17º, e segundo o doutrinador José Afonso da Silva, estão reunidas em três gerações ou dimensões: (1) Individuais, civis e políticos; (2) Sociais, econômicos e culturais; e (3) Difusos e coletivos.

Através de uma breve análise do conteúdo disposto na Constituição, pode-se inferir que o artigo 5º traz em seu conteúdo os direitos e garantias individuais e coletivos. Enfatiza a igualdade perante a lei e as cinco dimensões: vida, liberdade, igualdade, segurança e propriedade.

Os artigos 6º ao 11 dedicam-se ao tratamento dos direitos sociais: educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância, assistência aos desamparados e transporte. Destacando assim também o compromisso garantidor do desenvolvimento das classes menos favorecidas.

Os artigos 12 ao 13 foram dedicados aos direitos de nacionalidade. Os Direitos Políticos são tratados nos artigos 14 a 16, já o artigo 17 é dedicado aos partidos políticos.

Pode-se afirmar que, diferentemente da maioria das constituições, a brasileira possui o caráter garantista. Afinal, seu texto dispõe de instrumentos

jurídicos para a defesa dos direitos e consequente defesa do acesso aos bens essenciais à vida dos indivíduos ou de coletividades, que conflitem com interesses de outros indivíduos, outras coletividades e/ou, sobre tudo, com interesses do Estado.

1.2. As Garantias Fundamentais nos Estados Unidos

A Constituição dos Estados Unidos da América não dispõe, em seu corpo, sobre os direitos fundamentais resguardados pelo Estado. Isso somente será encontrado quando da análise dos diversos tratados internacionais assinados pelo país com relação ao assunto.

Como maior exemplo disso, pode-se citar a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, resguardada pela ONU, a qual dita os principais direitos a serem protegidos e conferidos aos habitantes de cada Estado. São eles o direito à vida, à saúde, à educação, a moradia etc.

Portanto, entre 1787 e 1945, o Estado Americano não preceituava os direitos resguardados aos cidadãos. Tal trabalho ficava a cargo dos estados, entes federativos, cada um com sua própria legislação sobre o tema.

O direito à saúde foi somente integrar o sistema Estadunidense de garantias com o advento da Declaração de Direitos de 1945, como um esforço internacional de garantir a paz aos Estados e buscar sanar as desigualdades sociais, provendo aos cidadãos um ambiente digno de vida e desenvolvimento.

1.3. As Garantias Fundamentais na Alemanha

A Lei Fundamental Alemã (Grundgesetz) passou a valer em 23 de maio de 1949 na Alemanha Ocidental (Governo Konrad Adenauer) e, a partir de 3 de outubro de 1990 (Governo Helmut Kohl), com a reunificação, em todos os Estados-membros da antiga Alemanha Oriental.

Logo depois do preâmbulo, ou seja, já no seu primeiro artigo, e até o de número dezessete, a Lei Fundamental elenca os direitos fundamentais do homem, fato que expressa, com suprema clareza, a basilar importância que adquirem os direitos fundamentais no ordenamento constitucional alemão. Todo o poder e ordenamento estatais posteriormente descritos ficam sujeitos à superioridade dessas garantias individuais.

Em breve síntese, são estes os tópicos de que tratam os dezessete primeiros artigos da Lei Fundamental da Alemanha: Proteção da dignidade do ser humano pelo Estado; Liberdades individuais (garantia do desenvolvimento da personalidade individual sem interferências do Estado ou de terceiros); Igualdade perante a lei, sem distinções de sexo, pátria, raça, descendência, idioma, crença religiosa ou política; Liberdade de crença, de consciência e de confissão; Direito de livre expressão do pensamento; Proteção ao matrimônio e à família; Educação; Liberdade de reunião; Liberdade de associação; Segredo de correspondência e de comunicação; Liberdade de circulação e permanência; Liberdade de escolha profissional e de objeção, por consciência, ao Serviço Militar obrigatório; Inviolabilidade do domicílio; Propriedade, direito à sucessão e ao devido processo de expropriação; Socialização e direito à seguridade e assistência social estatal; Perda da nacionalidade, extradição e direito de asilo e Direito de petição (alemães e estrangeiros podem apelar às autoridades públicas para garantir a inviolabilidade dos seus direitos).

Além dessas garantias citadas logo no início do texto constitucional, ainda são elencadas outras, dissolvidas nos artigos seguintes da Lei Fundamental como, por exemplo, o direito de resistência, art. 20, § 4º, a proibição de Tribunais de Exceção, art. 101, e as garantias jurídicas no caso de privação de liberdade, art. 104.

Todos esses direitos fundamentais não são meros pontos programáticos da carta constitucional, dispositivos simbólicos ou de eficácia contida. Os direitos individuais elencados na Lei Fundamental são, sim, normas de eficácia imediata, plenamente aplicáveis.

1.4. Comparação

Tendo em vista o disposto acima, resta evidenciado que as três Constituições trabalhadas divergem na sua forma de abordar os Direitos Humanos e as Garantias Fundamentais.

A princípio, pode-se afirmar que a Constituição Brasileira tem o caráter mais garantista. Em virtude de diversos acontecimentos históricos, locais ou internacionais, a Constituição instituiu um rol de Direitos e Garantias Fundamentais. Este termo se refere a um conjunto de dispositivos destinados a estabelecer direitos, garantias e deveres aos cidadãos brasileiros. Estes dispositivos

sistemizam as noções básicas e centrais que regulam a vida social, política e jurídica de todo o cidadão.

Já os Estados Unidos não dispõem sobre os Direitos Humanos, tanto particulares quanto difusos ou Garantias Fundamentais em seu texto constitucional. As garantias norte-americanas se apresentam em forma de tratados internacionais em sua maioria.

Diferentemente dos EUA, a Lei Fundamental Alemã, que entrou em vigência em 1949, dispõe já em seu artigo 1º até o 17º sobre os direitos dos cidadãos e suas garantias fundamentais. Este rol é apresentado antes mesmo da Constituição do Estado e sua estruturação. Tal característica simboliza propositadamente a superioridade do cidadão em detrimento do Estado.

Infere-se, portanto, que o modelos constitucionais brasileiro e alemão se pautam no garantismo. Já o modelo dos Estados Unidos se volta para a organização do Estado, enquanto União, deixando a parte das garantias para os tratados internacionais.

2. A saúde pública como Direito Fundamental: As políticas públicas criadas a fim de se resguardar o direito à saúde.

Como já exposto, o direito a saúde somente integrou o corpo legal dos EUA a partir de 1945. No entanto, as ações e os projetos desenvolvidos para resguardar tal direito só ganharam expressividade e relevância com a criação do OBAMA CARE. Tal fato ocorreu com a promulgação da Lei de Proteção e Cuidado Acessível ao Paciente”, em março de 2010, pelo na época Presidente Barack Obama.

Esse programa chegou a atender mais de 50 milhões de pessoas, o que antes não teria acontecido, em virtude da burocratização do sistema de saúde privada dos EUA e dos elevados valores imputados aos serviços.

Com a mudança de presidente, em 2017, muitas foram as mudanças realizadas nos cenários interno e externo do país. Uma delas foi a extinção do programa Obama Care, o que gerou imensa repercussão midiática, muito criticismo da população, culminando com um cenário político desfavorável ao novo presidente.

Em vista disso, Trump lançou a proposta de um novo programa de assistência, similar ao Obama Care, só que intitulado com seu nome. Surgiu, então, o Trump Care.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é uma forma de política pública implantada através da Lei nº 8.080/1990, que traz um rol de princípios, objetivos e garantias inerentes à saúde, garantindo assim a aplicação do direito fundamental de proteção à saúde. Mesmo com a escassez de recursos, o Ministério da Saúde promove políticas para a saúde dos diversos segmentos da população brasileira. Tais políticas são baseadas no princípio do SUS de oferecer acesso integral, universal e gratuito ao sistema de saúde pública a todos os brasileiros.

As principais áreas técnicas em que são concentradas as políticas de saúde do país são: saúde da Mulher, da Criança e Aleitamento Materno, do Idoso e do homem. Há também políticas nacionais: da Saúde Mental, Saúde no Sistema Penitenciário, Saúde do Trabalhador, saúde do adolescente e do jovem e Saúde da Pessoa com Deficiência.

Além de políticas macro de saúde, o Ministério da Saúde possui também diversos programas visando a melhoria da saúde da população, a citar: Melhor em casa; Combate à Dengue; S.O.S Emergências; Farmácia Popular; Academia da Saúde; PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição; Saúde da Família; Pronto Atendimento; Doação de Órgãos; Medicamento fracionado; Projeto Expande; SAMU 192. Olhar Brasil; Controle do Tabagismo; Humaniza SUS; Redução da Mortalidade infantil; De Volta para Casa; Bancos de Leite Humano; Programas de Controle do Câncer; QualiSUS-Rede, entre outros.

Ciente da problemática de saúde do país, o Governo Federal, através do Ministério da Saúde, elaborou um indicador que mede acesso da população a todo tipo de serviço e a eficiência da saúde no Brasil. O Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) é um indicador síntese, que faz uma aferição contextualizada do desempenho do SUS quanto ao acesso (potencial ou obtido) e à efetividade da Atenção Básica, das Atenções Ambulatorial e Hospitalar e das Urgências e Emergências. Assim, entende-se que o IDSUS serve de balizador a ajustes na atual política de saúde em cenário nacional, apontando para aspectos positivos, bem como, fragilidades do sistema.

As políticas públicas de saúde alemãs são orientadas na concepção de Otto von Bismarck, denominadas bismarckianas. Suas principais características podem ser observadas no caráter, na forma de contribuição e no financiamento desses sistemas.

Lá, tem-se a contribuição individual. Desta forma, aqueles que não podem contribuir acabam sem o benefício (e a estes resta o apoio da família, da igreja e outros tipos de caridade) ou recorrem a alguns programas governamentais paliativos.

Hoje, a herança deixada por Bismarck é observada nos altos níveis de eficiência das políticas de saúde alemã, ocasionando em um sistema de saúde tido como um dos mais eficazes e abrangentes do mundo.

3. As modificações no sistema de saúde norte-americano

3.1 Criação e Extinção do Obama Care

Como explanado anteriormente, é muito recente a adoção de medidas sociais pelos EUA. E foi no sentido de diminuir as desigualdades no cenário interno que o ex-presidente Barack Obama Promulgou a Lei que originou o inovador programa assistencial estadunidense.

Tal lei tinha como objetivo diminuir as diferenças sociais, ampliando o acesso à saúde dos cidadãos americanos. Ela se tornou imprescindível pelo fato de nos EUA não existir programas de saúde pública, mas apenas planos de saúde privados.

Com essa lei, as seguradoras não poderiam se recusar a fazer planos para pessoas que tivessem algum histórico de doenças ou que não atendessem a determinados critérios. Não poderiam também cobrar taxas extras pelo serviço em questão. Promulgada em 2010, chegou a alcançar mais de 20 milhões de pessoas, em 2016. Tais números expõem a situação por vezes calamitosa a que grande parte da população americana tinha que se submeter.

Um dos pontos de maior abrangência do programa foi o “Medicaid”. Ele consistia em um plano de saúde gratuito, para pessoas na linha da miserabilidade até famílias de baixa renda. Tal programa assistia mais de 15 milhões de pessoas.

Além disso, às famílias de baixa renda foi garantida a concessão de subsídios federais para arcar com os custos de planos de saúde.

Além disso, foram exigidos seguros de saúde trabalhistas, às empresas com mais de 50 funcionários. Aquelas que cumprissem a demanda receberiam isenções fiscais, como forma de incentivo à adoção do programa. Após um tempo foi exigida a adesão compulsória a planos de saúde, e aqueles que não o fizessem estariam sujeitos a multas no valor de 2,5% da receita anual.

O Sistema vigorou num intervalo de 6 anos, aproximadamente. Recebeu muitas críticas positivas da população, uma vez que concedia a oportunidade de pessoas de baixa renda acessarem o sistema de saúde nacional. Muitas foram também as críticas negativas voltadas ao programa. A mídia repercutiu por diversas vezes o “fiasco” que a medida teria sido, exaltando conflitos entre democratas e republicanos acerca do tema.

O ponto de maior crítica foi o colapso do site do programa, o que não permitiu que as pessoas se cadastrassem. As estatísticas apresentadas demonstram que um número ínfimo de pessoas conseguiu se cadastrar no sistema em seu primeiro dia. Tal fato foi duramente criticado pelos republicanos, os quais apontaram uma falta de planejamento e de estratégia de execução por parte do governo democrata.

Ainda assim, o sistema foi muito defendido, e vigorou por tempo suficiente para que os índices de desenvolvimento humano se elevassem, para que os indicadores de desigualdade se amenizassem e que os EUA ganhassem um aspecto mais “humanizado” no cenário externo.

Entretanto, logo no início de 2017, com o início do mandato de Donald Trump, o novo presidente traçou críticas ao sistema. Apontou a inviabilidade de sua manutenção, bem como reforçou as falhas apontadas pelos republicanos em anos anteriores.

Em julho do mesmo ano, o presidente se reuniu com o Congresso para debater sobre o destino do programa de saúde implantado por Obama, ocasião em que ofereceu duras críticas à referida Lei⁶:

⁶Trecho retirado da reportagem feita pelo site de notícias Reuters:
<https://br.reuters.com/article/worldNews/idBRKBN1A42EC-OBRWD>

Trump disse a 49 senadores que foram a um almoço na Casa Branca que não deveriam deixar Washington para um recesso planejado para agosto até que cheguem a ponto comum sobre assistência médica.

“Estamos perto. Estamos muito perto”, disse Trump no início do encontro, um dia após a tentativa de sete anos do Partido Republicano de revogar e substituir a lei de que é a marca do ex-presidente democrata Barack Obama parecer ter desmoronado no Senado.

“Por sete anos vocês prometeram ao povo americano que iriam revogar o Obamacare. Pessoas estão se machucando e, francamente, inatividade não é uma opção”, disse Trump a parlamentares republicanos. “Qualquer senador que votar contra começar debates está na verdade dizendo que a América está bem com o Obamacare.”

Foi então, no dia 4 de maio de 2017, que a Câmara dos EUA votou pela revogação do Sistema de assistência criado por Obama.

3.2 Repercussão internacional da revogação da Lei de Assistência

Com a revogação da Lei que instituiu o OBAMA CARE, muitas foram as críticas recebidas pelo governo pela atuação no caso. As críticas partiam principalmente das parcelas menos favorecidas da população americana, as quais perderiam os benefícios do programa.

Tal situação repercutiu de tal forma no cenário internacional que o governo americano surgiu logo em seguida com uma proposta muito similar àquela revogada. Tratava-se do Trumpcare. Esse programa varia infimamente do implantado por Obama, e veio como forma de atender aos clamores sociais nacionais e internacionais – os fatores reais de poder – mais influentes nessa era da propagação rápida da informação.

3.3 Criação do Trumpcare

O sistema Trumpcare segue o mesmo modelo do Obama Care, mas, como já explanado anteriormente, varia em alguns aspectos:

O programa Medicaid (Plano de Saúde gratuito) teve seu orçamento reduzido em 25%, o que atrasou as estatísticas para o alcance das metas em 5

anos. Ou seja: enquanto no ObamaCare as metas de alcance populacional seriam atingidas em 2019, isso com o TrumpCare só chegará em 2024.

O TrumpCare oferece o montante de 45 bilhões de dólares para os estados federados, a fim de que se resolva a crise dos opiáceos.

As isenções ofertadas às empresas para a contratação de seguros-emprego continuarão vigentes. Entretanto, a contratação não é compulsória, mas sim opcional.

Ainda no ramo empresarial, as taxas e impostos imputados às empresas serão reduzidos, como forma de fomento ao crescimento econômico.

Com relação aos particulares, as penalidades àqueles que não aderiram ao programa são retiradas, desfazendo o caráter compulsório da contratação.

As empresas seguradoras ainda têm a proibição de negar contratos com pessoas que possuem histórico de doença anterior. Entretanto, podem modificar os serviços ofertados pelos planos.

Essas foram as principais mudanças de um sistema para o outro. Percebe-se, disto, que, enquanto o governo de Obama buscou abranger o maior número de pessoas possível, em detrimento de alguns setores da economia, o governo de Trump buscou alimentar o desenvolvimento do país, em detrimento da assistência a todas as classes necessitadas”.

O contraponto aqui é o seguinte: há como ser garantista, adotando, ao mesmo tempo, uma política desenvolvimentista? As manobras políticas realizadas pelo Governo de Trump mostram que, para que se mantenham os níveis de desenvolvimento econômico e, conseqüentemente, social do país, os benefícios assistenciais devem se restringir às possibilidades orçamentárias do Estado naquele momento.

O resultado disso é que, a longo prazo, os setores menos favorecidos serão alcançados, pois a expectativa e a repercussão lógica do desenvolvimento econômico do país é que as pessoas migrem das classes mais baixas para as intermediárias.

4. A tradicionalidade do Sistema de Saúde Brasileiro.

4.1. A criação do SUS.

Antes da origem do Sistema Único de Saúde (SUS), o trabalho do Ministério da Saúde se resumia às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, realizadas em caráter universal, e à assistência médico-hospitalar para poucas doenças. Essas atividades eram destinadas aos denominados indigentes, ou seja, a quem não detinha acesso ao atendimento pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

O INAMPS foi criado em 1974, no período do regime militar, através do desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Era uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (atual Ministério da Previdência Social), e tinha como finalidade prestar atendimento médico aos que contribuíam com a previdência social, ou seja, aos empregados de carteira assinada.

Ele dispunha de estabelecimentos próprios, mas a maior parte do atendimento era realizado pela iniciativa privada. Os convênios estabeleciam a remuneração por procedimento, consolidando a lógica de cuidar da doença e não da saúde. E quem não tivesse direito e acesso ao INAMPS, tinha que ser atendido em outro sistema paralelo, que eram os sistemas públicos estaduais e municipais.

Na década de 70, dentro do meio acadêmico, nasceu o movimento da Reforma Sanitária. Este movimento era uma forma de oposição técnica e política ao regime militar, que foi abraçado por outros setores da sociedade e pelo partido de oposição da época. Nesta mesma época veio o fim do milagre econômico, ocorrendo então uma crise do financiamento da previdência social, que repercutiu no INAMPS.

O Sistema Único de Saúde (SUS) e suas bases doutrinárias foram geradas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, durante o processo de redemocratização do país e nas vésperas da realização da Constituinte de 1988.

Essa conferência foi significativa para a história do SUS. Afinal, ela foi aberta durante o mandato do primeiro presidente civil após a ditadura, e foi a primeira CNS a ser aberta à sociedade. Além disso, foi importante na propagação do movimento da Reforma Sanitária. Ela resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais. Mas pode-se afirmar que o mais importante foi ter formado as bases para a seção "Da Saúde" da Constituição Brasileira de 1988.

A Constituição de 1988 foi um marco na história da saúde pública brasileira ao definir a saúde como "direito de todos e dever do Estado". A implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro veio o SUDS, depois a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde através de um decreto e, por fim, a Lei Orgânica da Saúde, que fundou o SUS.

Em poucos meses foi lançada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários (população) na gestão do serviço. O INAMPS só foi extinto em 27 de julho de 1993 pela Lei nº 8.689.

O Sistema Único de Saúde, como o nome diz, unificou o acesso da população a tudo isso e, a partir de alguns princípios, como o da universalidade, tornou o sistema aberto a toda e qualquer pessoa, sem a necessidade de comprovação de vínculo com alguma instituição. Por isso, ele tornou-se universal.

4.2. A funcionalidade do SUS.

De acordo com o Ministério da Saúde, após a implantação do SUS, o número de beneficiados passou de 30 milhões de pessoas para 190 milhões. Atualmente, 80% desse total dependem exclusivamente do SUS para ter acesso aos serviços de saúde.

Por ser reconhecido como Sistema Público de Saúde, o SUS tem o dever de executar ações públicas. Mas esse trabalho é completamente diferente do que o que já havia no Brasil, pois antigamente era mais voltado a ações públicas em prol da coletividade e da proteção da saúde. Hoje em dia, o sistema atua de forma mais abrangente, focando tanto no interesse coletivo, quanto no individual.

A abrangência da saúde pública pelo SUS atinge promoção, proteção e recuperação da saúde. Atua em diversos campos, assim como: saúde do trabalhador, vigilância sanitária, epidemiologia, saúde da pessoa portadora de deficiência física, alimentação, nutrição e procedimentos como exames, consultas, cirurgias, UTIs, transplantes urgências, entre outros.

Além disso, as funções podem ser executadas diretamente pelo SUS ou através de terceiros, colaboradores e conveniados. Esta possibilidade se dá, principalmente, pela impossibilidade do SUS cobrir, diretamente, todas as necessidades da população, exigindo-se uma "descentralização".

Por mais que a Constituição Federal e outras leis, assim como as leis 8.080 e a 8.142, o SUS também detém outras atribuições. Estas outras funções pertencentes ao SUS seriam as de: regular, fiscalizar e controlar.

A regulação está vinculada quanto ao funcionamento dos hospitais públicos e privados, sistema de ingresso e atendimento do SUS, dados do serviço, consultórios, unidades de atendimento, vacinações, entre tantas outras regulamentações.

Porém, não cabe ao SUS apenas regular o funcionamento dos serviços e políticas, mas também é preciso fiscalizar e controlar. Desta maneira, garante-se que aconteça conforme o que fora determinado. Esta fiscalização e controle é exercida tanto nos órgãos públicos quanto privados, conveniados e terceirizados. O objetivo é manter uma política de saúde igualitária e que preze pela qualidade na saúde da sociedade.

4.3. Críticas à ineficácia do sistema.

Não se pode negar que a criação do SUS foi muito significativa para a saúde pública brasileira, porém, há um certo tempo, o sistema não se demonstra eficaz. Constantemente o SUS recebe críticas por diversos motivos, entre eles, quanto à qualidade.

O SUS não atua de forma autônoma, sua gestão está atrelada aos Estados-membros e aos municípios, logo, percebe-se que detém uma gestão descentralizada. Dessa forma, o sistema obedece a ditames das políticas federal, estadual e municipal, sobre repasse de verbas que possibilitem a contratação de funcionários (de médicos a zeladores), a compra de medicamentos e material hospitalar, e manutenção dos estabelecimentos hospitalares e similares.

Assim, pode-se inferir que o problema da má prestação de serviço do SUS possui duas vertentes. A primeira através do repasse de verba para aparelhamento do sistema, que é dado de forma precária, não possibilitando melhores condições de atuação daqueles que o integram. A segunda quanto as péssimas condições de trabalho e a dificuldade de contratação de profissionais por falta de verba. Dessa forma, diminuem as chances de que todos aqueles que procuram os estabelecimentos do SUS sejam atendidos de forma satisfatória e socorridos a tempo.

Pode-se afirmar que um dos maiores problemas da gestão do SUS está ligado ao subfinanciamento, pois ele impede o pleno cumprimento do princípio de que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” estabelecido na Constituição Federal.

Além de comprometer a oferta suficiente de serviços de saúde de boa qualidade, o subfinanciamento restringe a possibilidade desta política social contribuir tanto para a redução do quadro de exclusão social, como para a promoção de um desenvolvimento regional que, de um lado, reduza as desigualdades socioeconômicas ainda vigentes no Brasil e, de outro lado, contribua para dinamizar a economia nacional. A relevância dos gastos públicos em saúde guarda relação direta com o seu caráter redistributivo, contribuindo para enfrentar as desigualdades sociais.

Saúde custa caro, mas no Brasil, de todo o gasto com este setor, apenas 40% é desembolsado pelo poder público. O restante é pago pelo particular. Este percentual é semelhante ao aplicado pelo EUA no seu modelo não-universal. Um contrassenso, pois países que se propõem a atender toda a população através de um sistema público são responsáveis por investir, em média, cerca de 85% dos recursos com saúde.

Pode-se afirmar que o SUS está em uma realidade paradoxal, pois atende uma grande parte da população brasileira, porém, o serviço prestado não detém qualidade. Há aspectos positivos e negativos no sistema, o que se deve fazer é avaliar as políticas já existentes perante ele e reparar o que não é eficiente. Pode ser que haja uma reforma, mas, esta deve ser feita o quanto antes.

5. Sistema de saúde alemão.

5.1. Otto Von Bismarck e o surgimento do sistema modelo de saúde

O sistema de saúde alemão é apontado como o mais antigo do mundo com caráter universal. Desde o começo do século XIX alguns estados que hoje compõem a Alemanha começaram a adotar sistemas públicos de saúde. Mas o grande salto foi dado através da política descrita como de “conservadorismo revolucionário” adotada a partir de 1883 por Otto von Bismarck, chanceler da Prússia e depois da Alemanha de 1862 a 1890.

Entre 1883 e 1889 Bismarck fez passar no parlamento alemão um conjunto de legislações trabalhistas que incluíam, além do sistema público de saúde (então para trabalhadores de baixa renda), a aposentadoria para idosos, seguro para acidentes de trabalho e seguro-desemprego.

O objetivo de Bismarck era duplo: de um lado, neutralizar politicamente os socialistas; do outro, conter a emigração de trabalhadores para o exterior para fortalecer a crescente industrialização do país. Deve-se dizer que ele conseguiu, pelo menos em parte, seus objetivos, contando também com uma legislação repressiva contra os esquerdistas vistos como mais radicais ou “exaltados”, como se dizia então. Obteve o apoio da burguesia alemã ascendente e do Rei da Prússia, depois Imperador da Alemanha como Guilherme I. Muitos trabalhadores passaram a desistir de emigrar para os Estados Unidos, por exemplo, onde os salários eram maiores, mas o sistema de seguridade social não existia, além de ser grande também a repressão sobre os movimentos de trabalhadores.

Entretanto Bismarck encontrou o fim para sua carreira após a grande greve dos mineiros de 1889, que provocou divergências entre sua política, que queria endurecer a repressão sobre socialistas e esquerdistas de um modo geral, e a imagem condescendente que o novo Imperador Guilherme II queria construir. Além disso, uma série de outras divergências e intrigas cortesãs provocaram a queda do “Chanceler de Ferro”, como ele era chamado. Mas a legislação ficou, e se ampliou.

5.2. A saúde alemã na prática: seguro público e privado

O seguro de saúde alemão é caracterizado por ser um sistema duplo, composto pelo seguro de saúde estatal (Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV)) e pelo seguro de saúde privado (Privater Krankenversicherung (PKV)). Ao passo que o GKV é acessível para todos, para o seguro de saúde privado são aplicáveis determinadas condições.

Seguro Estatal de Saúde (GKV) e princípio de solidariedade

As contribuições para o seguro estatal de saúde dependem do rendimento. A base é o rendimento bruto total, a partir do qual é aplicada uma taxa de contribuição uniforme de 14,6% (a partir de 2018). Esta é dividida, em partes iguais, entre o segurado e o empregador, cada um contribuindo com 7,3%. Além disso, cada companhia de seguros de saúde cobra uma contribuição adicional (os valores

variam) que é paga apenas pelo empregado. Se o limite de contribuição (2018: 4.425,00 euros por mês) for excedido, o rendimento não é importante para o cálculo da contribuição. No seguro estatal de saúde, as crianças e os cônjuges podem ser cobertos gratuitamente através de um seguro familiar.

Alguns grupos de pessoas devem ser beneficiários de um seguro estatal de saúde. Estes incluem: Assalariados (rendimento bruto abaixo do limite do seguro obrigatório); pensionistas (se o período de carência do seguro tiver sido cumprido) e beneficiários do subsídio de desemprego

A adesão a um seguro de saúde privado (PKV) não é possível para todas as pessoas. Os assalariados podem ser segurados no PKV se tiverem um rendimento bruto acima do limite do seguro obrigatório (2018: 4.950 € por mês). As respetivas pessoas devem prescindir do seguro obrigatório, mediante a apresentação de um requerimento.

As contribuições de um seguro de saúde privado não são calculadas em função do rendimento, mas sim de acordo com o estado de saúde, a idade e o âmbito dos benefícios. Os prémios são individuais para cada tomador de seguro.

A oferta de serviços do seguro de saúde privado dificilmente está sujeita a regulamentos estatais e é, de muitas maneiras, mais abrangente do que a do seguro estatal. Além disso, os benefícios podem ser ajustados exatamente às necessidades do segurado. Para todos os custos de tratamento, primeiro o segurado tem de efetuar o pagamento. Depois, o seguro reembolsa estes custos mediante a apresentação de uma fatura

5.3. Seguro de saúde para estrangeiros

Os cidadãos do Espaço Económico Europeu (EEE) e os cidadãos nacionais dos países com os quais existe um acordo de segurança social podem permanecer segurados no seguro de saúde do seu país de origem. Os benefícios de seguro de outros países podem ser significativamente diferentes em comparação com a Alemanha. Pode ser necessária uma contribuição financeira ou a adesão a um seguro adicional.

Todos os estudantes estrangeiros que iniciem os seus estudos numa universidade ou escola superior alemã devem ter um seguro de saúde. Sem a apresentação do comprovativo do seguro de saúde, não é feita a inscrição.

Frequentemente, as companhias privadas de seguros de saúde exigem um período mínimo de residência permanente na Alemanha. Os segurados estrangeiros devem comprovar a existência de um período de seguro de longo prazo. Muitas companhias de seguros privados oferecem tarifas especiais para este grupo, adaptadas às respectivas necessidades e à duração da estadia.

Se for solicitado um seguro de saúde privado, serão feitas perguntas detalhadas sobre o estado de saúde (exame de saúde). A cobertura do seguro alemão expira logo que o segurado retorne ao seu país de origem.

5.4. “Problemas no paraíso”, falhas e reclamações

Apesar de altamente eficaz, o sistema de saúde alemão possui um problema que é reclamação comum entre os cidadãos da Alemanha: o preço. A contribuição de 15,5% do salário não parece tanto de início, mas na prática, 155 euros gastos por mês, obrigatoriamente, por um trabalhador que recebe 1000 euros não é um custo leve, considerando que o custo de vida no país ainda é elevado e os impostos consomem boa parte dos salários mais modestos.

A situação é ainda pior quando se trata de estrangeiros. A contratação do seguro de saúde público não é sempre permitida. Os estudantes estrangeiros com mais de 30 anos que não trabalham na Alemanha, por exemplo, não entram no grupo de pessoas que podem ter um seguro estatal, que é mais barato e são obrigados a contratar um seguro privado, que geralmente é muito mais caro. Situação ainda agravada pela geral condição de baixa renda desse mesmo grupo, que costumam ser sustentados pelos familiares no país de origem.

Além disso, no país ainda existem por volta de 137 mil pessoas sem seguro de saúde, apesar de ser uma obrigação, por não possuírem condições financeiras para a contratação. Isso pode se tornar muito caro. Quando estas pessoas quiserem ingressar em um plano de saúde, terão que pagar retroativo por cada mês que ficaram sem (até o máximo de 14 meses).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo de caso apresentou duas importantes temáticas em face de três nações. De forma comparativa, foram abordados tanto o sistema de saúde quanto as garantias fundamentais dos países: Brasil, Alemanha e Estados Unidos. Dessa forma, as Constituições dos respectivos países também foram analisadas e interligadas às temáticas.

Ao comparar as Constituições estudadas, percebe-se que seguem linhas diferentes. Assim, a brasileira e a alemã são “garantistas”, e a dos Estados Unidos é voltada para a organização do Estado. Em cada modelo há o que se aproveitar, porém nenhuma é perfeita. Enquanto uma detém um garantismo exacerbado, porém ineficaz, a outra oferece menos garantias, mas cumpre o que oferece. Para exemplificar isto, pode-se usar o Brasil e os EUA.

Diante das garantias fundamentais, o artigo focou nas políticas públicas criadas a fim de se resguardar o direito à saúde. Os EUA oferece o famoso Obama Care, que fora modificado para Trump Care; O Brasil disponibiliza do Sistema Único de Saúde; e a Alemanha detém políticas públicas orientadas na concepção de Otto von Bismarck, denominadas bismarckianas.

Após a apresentação das políticas públicas, pode-se dizer que há o que aperfeiçoar em cada uma, principalmente na brasileira. Afinal, o SUS é constantemente criticado por sua ineficácia, mas a partir disso surge o questionamento: Por que esse sistema é ineficiente? Diversos são os motivos, mas o principal está ligado à abrangência. É um sistema que diz atender a todos, mas sabe-se que na prática isso não acontece.

A partir dessas discussões e questionamentos, cabe a nós como sociedade refletirmos para uma possível elaboração de um sistema perfeito, ou melhor, mais eficaz. Como apresentado, não há como atender a todas as necessidades da população. Pelo menos, não sem prejudicar a economia estatal. O que poderia ser feito, no Brasil, para melhorar a eficácia do sistema?

Reduzir, especificar e qualificar. Esses três verbos definem as diretrizes mais recomendadas, para que se alcance o sucesso com o Sistema Único de Saúde. Reduzir a quantidade de serviços prestados pela rede pública de saúde, pois quanto mais abrangente é o sistema, menos eficaz ele tende a ser.

Especificar as atividades, dividindo-as em setores mais organizados, de forma que os serviços prestados pelas instituições sejam os melhores possíveis. E, por fim, qualificar. Qualificar os funcionários, prestadores desses serviços, pois de nada adianta um sistema organizado e bem estruturado se o pessoal não se encontra em condições profissionais de atender às demandas.

E, no caso do Brasil, o mais importante é estancar a sangria de verbas públicas, problema recorrente e devastador da política brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Flávio, **Eficiente e deficiente: o sistema de saúde na Alemanha**, disponível em: <https://www.cartamaior.com.br/?/Coluna/Eficiente-e-deficiente-o-sistema-de-saude-na-Alemanha/20685>, acesso em: 25/12/2017

BBC NEWS, **Will Trumpcare replace Obamacare?**, disponível em: www.bbc.com/news/world-us-canada-38563143, acesso em: 05/01/2018

CAPEZ, Fernando; CHIMENTI, Ricardo Cunha; ROSA, Márcio F. Elias e SANTOS, Marisa F. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo: Saraiva, 2006;

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos de Teoria Geral do Estado**. São Paulo: Saraiva, 2005;

FERREIRA, Laís, **O sistema de saúde alemão: seguros públicos e privados**, disponível em: <https://manhadealemanha.wordpress.com/2016/07/31/o-sistema-de-saude-alemao-1-seguros-publicos-e-privados/>, acesso em: 08/01/2018

JORNAL ECONÓMICO, **Acabou o Obamacare. Vem aí o Trumpcare**, disponível em: www.jornaleconomico.sapo.pt/noticias/obamacare-vem-ai-trumpcare-111273, acesso em: 05/01/2018

JORNAL O GLOBO, **Cinco pontos para entender o que é o Obamacare**, Disponível em: <https://oglobo.globo.com/Mundo/cinco-pontos-para-entender-que-o-obamacare-20792460>, acesso em: 05/01/2018

LENZA, Pedro. **Direito Constitucional esquematizado**. São Paulo, Método, 2007;

MORAIS, Alexandre de. **Direito Constitucional**. São Paulo: Atlas, 2006;

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. São Paulo: Malheiros, 2005;

TAVARES, André Ramos. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo: Saraiva, 2007;

TRUMPCARE, **Página de exposição do programa**, disponível em: <https://trumpcare.com/trumpcare-vs-obamacare>, acesso em: 05/01/2018

ZENTRALE, **O seguro de saúde na Alemanha**, disponível em: <https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/incoming>, acesso em: 12/01/2018