

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS – CCJS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO

FRANCISCA REGIANE DE SOUZA

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A JUDICIALIZAÇÃO COMO MEIO PARA
EFETIVIDADE DO DIREITO À SAÚDE.

SOUSA
2016

FRANCISCA REGIANE DE SOUZA

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A JUDICIALIZAÇÃO COMO MEIO PARA
EFETIVIDADE DO DIREITO À SAÚDE.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Direito do Centro de Ciências Jurídicas e
Sociais da Universidade Federal de Campina
Grande como requisito parcial para a obtenção do
título de Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais.

Orientador: Prof. Allison Haley dos Santos

SOUSA

2016

FRANCISCA REGIANE DE SOUZA

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A JUDICIALIZAÇÃO COMO MEIO PARA
EFETIVIDADE DO DIREITO À SAÚDE.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Direito do Centro de Ciências Jurídicas e Sociais da Universidade Federal de Campina Grande como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais.

Aprovada em: _____ de _____ de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Allison Haley dos Santos - UFCG
Professor Orientador

Nome – Titulação – Instituição
Professor (a)

Nome – Titulação – Instituição
Professor (a)

AGRADECIMENTOS

Ao Shalom da minha vida te agradeço por desde a eternidade ter orquestrado a melodia dos meus dias, por conhecer cada acorde e cada nota do meu pensar, falar, sentir e agir, por ser a perfeita harmonia da canção que hoje sou e por permitir que eu mesma escreva as próximas partituras com a sua luz e a sua inspiração.

É hora de celebrar e agradecer aquela que tanto olha por mim. Minha amada Mãe obrigada por tantas vezes interceder por mim a teu filho.

Aquele que ama todos os dias, desde minha concepção. Aquele que acolhe com amor e apoio as mais difíceis escolhas que faço. Aquele que nunca me abandonou e dedica seus dias a cuidar de mim- Paiinho, palavras não tenho pra te agradecer. Hoje concluo mais uma fase de luta e conquista e dedico ao Senhor. Te amo

“Uma vida é pouco pra te amar quero você por toda eternidade”. Luziberto Queiroga.

A minha irmã/mãe Zoraide, e meu irmão José Luiz, muito obrigada por toda ajuda, apoio e incentivo de sempre.

Minha mãe pelo dom da vida. Sei que onde estiveres se alegra com minha vitória.

Saúde e sucesso a meu orientador/amigo Allison Haley dos Santos, palavras não tenho para agradecer toda a disposição, apoio profissional e emocional. Sou muito grata a Deus por sua vida.

Vida longa e prosperidade ao Dr. Felipe Dutra Asensi que com sua generosidade e presteza me auxiliou com material científico, apoio e incentivo profissional na construção deste trabalho monográfico, muito obrigada!

A toda a minha família e amigos pelo amor, carinho e credibilidade.

Ainda que eu falasse a língua dos homens, que falasse a língua dos anjos, sem amigos eu nada seria. Agradeço a todos os meus amigos e amigas que contribuíram de alguma forma para minha vida acadêmica e profissional.

**Nossa senhora Aparecida, minha Mãe amada,
cuida da saúde da minha família, dos meus
amigos e se por ventura tiver desafetos, cuide da
saúde dele(s) também!**

RESUMO

A saúde é um bem que condiciona a própria subsistência da pessoa, sem a qual não se pode falar em ser humano, pois, quem dela padece não consegue saciar qualquer outra necessidade, posto que, se encontra com os seus elementos constitutivos biológicos e/ou físicos sem responder adequadamente as necessidades prementes se sobrevivência. Com a CRFB/88 o acesso a saúde foi consagrado como um direito universal, público, gratuito e integral a todo cidadão brasileiro. Constata-se uma série de avanços no direito à saúde no Brasil, porém, devido ao aumento exponencial da demanda e de recursos financeiros insuficientes, houve também retrocessos, especialmente demonstrado pelo elevado número de ações judiciais, nas quais o usuário pleiteia um direito que já lhe é garantido pela CRFB/88, mas que lhe foi negado. Deste modo, surge o que se denomina de judicialização do direito à saúde, ou seja, é a possibilidade de intervenção do Poder Judiciário nas políticas públicas do Executivo, determinando, em alguns casos, que este seja obrigado a custear o tratamento que o usuário necessita para sobreviver. Diante do estudo terá como objetivo geral, analisar a evolução do acesso à saúde pública no Brasil, apontando os avanços e os retrocessos, buscando evidenciar a judicialização como meio alternativo para efetivação do direito à saúde. De forma específica, se procurará compreender quais as ações do Estado para promover o acesso ao direito a saúde; descrever as concepções do conceito de saúde em dados momentos da história; elencar pontos relevantes da legislação do SUS; mencionar a importância dos princípios para se construir uma saúde eficaz e eficiente; tecer considerações acerca do Sistema Único de Saúde no Brasil; apontar os desafios e os retrocessos; e abordar a judicialização como alternativa para garantia do direito à saúde, tornando-a efetiva. Por tanto, o trabalho monográfico debruça-se sobre uma temática de extrema relevância nos dias atuais, pois o direito à saúde sofreu uma evolução histórica importante na consolidação dos direitos humanos, porém, devido as dificuldades na efetivação de políticas públicas de saúde, do investimento insuficiente, dos serviços prestados, da falta de medicamentos, enfim, dos desafios do SUS e dos retrocessos observados, a judicialização se mostrou como uma alternativa para efetividade de um direito reprimido.

Palavras Chave: Saúde. Evolução. Efetivação. Judicialização.

ABSTRACT

Health is a good that affects the very livelihood of the people, without which one can not speak of human being, therefore, anyone who suffers can not satisfy any need, since that meets their biological components and physical without adequately respond to the pressing survival needs. With the CRFB/88 access to health has been enshrined as a universal right, public, free and full to every Brazilian citizen. There has been a number of advances in the right to health in Brazil, but due to the exponential increase in demand and financial resource, there was also been setbacks, especially demonstrated by the high number of lawsuits in which the user claims a right to have it is guaranteed by CRFB / 88, but that was denied. That way, it comes what is called the legalization of the right to health that is, the possibility of the judiciary intervention in public Executive policies determining in some cases, the user needs to survive. Before the study Will have as a general objective to analyze the evolution of access to public health in Brazil , pointing out the advances and setbacks , seeking evidence judicialization as alternative means for the realization of the right to health. Specifically, it will seek to understand what the State's actions to promote access to health law in certain moments of history; to list relevant points of SUS legislation; mention the importance of the principles for building an efficient and effective health; some considerations about the National Health System in Brazil; pointing out the challenges and setbacks ; and addresses the legalization as an alternative to guarantee the right to health, making it effective. Therefore, the monographic work focuses on a thematic extremely relevant today, because the right to health suffered an important historical development in the consolidation of human rights, however, due to the difficulties in the execution of public health policies, insufficient investment of services, lack of medicines, finally, the challenges of the SUS and seen setbacks, judicialization proved as an alternative to effectiveness of a repressed right.

Keywords: Health. Evolution. Effectuation. Judicialização.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS - Agência Nacional de Saúde

CAPs - Sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensões

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CRFB - Constituição da República Federativa do Brasil

IAP- Instituto de Aposentadoria e Pensão

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência

OMS – Organização Mundial da Saúde

SAMDU – Serviço de Atendimento Domiciliar e Urgência

STF- Superior Tribunal Federal

STJ – Superior Tribunal de Justiça

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2. A EVOLUÇÃO E CONTRIBUIÇÃO DO ESTADO NA ELABORAÇÃO E EFETIVAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL	14
2.1. ESTADO LIBERAL.....	15
2.2. ESTADO SOCIAL	17
2.3. ESTADO PARTICIPATIVO	19
3. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A EVOLUÇÃO DA SAÚDE COMO DIREITO GARANTIDO NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.	23
3.1 DIREITO À SAÚDE NO BRASIL: CURA E PREVENÇÃO	26
3.2. LEGISLAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	29
3.3 DOS SISTEMAS DE SAÚDE	32
3.3.1 Sistema Único de Saúde no Brasil.....	34
3.3.2. Princípios norteadores do Sistema Único de Saúde.....	35
4 A EFETIVIDADE DO DIREITO À SAÚDE	39
4.1. OS PRINCIPAIS DESAFIOS PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE	40
4.1.1 A inexecução orçamentária dos recursos da União por Estados e Municípios.....	41
4.1.2 A grande demanda por saúde dificulta a sua atuação efetiva	42
4.1.3 Normas programáticas.....	43
4.1.4. Da Reserva do Possível	44
4.2 A INTERVENÇÃO DO PODE JUDICIÁRIO NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO SOCIAL.....	45
4.3 A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL.....	47
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
REFERÊNCIAS	53

1. INTRODUÇÃO

A pessoa humana considerada como sujeito de direitos deve desenvolver-se de forma plena e concretizar a sua realização social, psíquica, comunitária, econômica e em todos os aspectos em que possa estar inserida.

Para isso, é importante e indispensável ao desenvolvimento e a existência humana digna o estado de saúde sã do indivíduo, pois, na sua ausência total ou na presença de enfermidades, há diminuição na capacidade laboral, sensitiva, cognitiva da pessoa humana, impedindo-a de interagir com o meio em que vive.

A saúde é um bem que condiciona a própria subsistência da pessoa, sem a qual não se pode falar em ser humano, pois, quem dela padece não consegue saciar qualquer outra necessidade, posto que, se encontra com os seus elementos constitutivos biológicos e/ou físicos sem responder adequadamente as necessidades prementes de sobrevivência.

No Estado Brasileiro, assim como no mundo, as sociedades já sofreram muito com doenças epidemiológicas em grande escala, que em certa medida causavam vários óbitos, em decorrência da falta de assistência médica.

A evolução dos Estados contribuiu para a construção evolutiva do conceito de direitos sociais, especialmente quanto a saúde, posto como preceito obrigatório de qualquer nação. A visão do Estado não interventor foi sendo substituída pela formatação de um ente realizador de ações que promovessem à saúde de todos, independentemente de posição social ou recursos financeiros.

A concepção de saúde que se tem atualmente foi concebida mediante uma evolução histórica e cultural. Primeiramente, estava unicamente relacionada à cura filantrópica, que era realizada por meio de curandeiros e africanos que usavam os ensinamentos dos seus ancestrais. Adiante, a saúde passa a ser relacionada à filantropia e a medicina, porém, apenas para os trabalhadores assalariados que contribuía juntamente com seus respectivos empregadores para o seguro social.

A saúde era um misto entre público e privado. Com a Conferência Mundial de 1986 foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, que ampliou o acesso à saúde. Todavia, esse sistema ainda não era unicamente público de saúde. No Brasil, com a Constituição Federal de 1988 a saúde é evidenciada e disposta como direito de todos, devendo ser pública, integral e universal.

O artigo 196 da CRFB/88 determina que o Estado promova o direito à saúde dos mais de cento e noventa milhões de brasileiros. Para tanto, o Estado precisa de políticas públicas que efetivem o acesso à saúde preventiva e curativa.

Partindo dessa concepção, foi aprovado projeto que se transformou na Lei nº 8.080/90, que regulamenta e disciplina o Sistema Único de Saúde, focando como objetivo primordial a necessidade de se implementar ações que atendam aos princípios da universalidade, gratuidade, dentro outros, enfim, elenca mecanismos para a efetivação do direito à saúde.

Destarte, o SUS é reconhecido como um dos maiores programas de saúde pública do mundo. Segundo vários estudiosos o SUS possui uma legislação programática e moderna, mas como todo instrumento de garantia de direitos, ainda necessita de novos meios para superação de desafios que vão além da prevenção com vacinas até a disponibilização de medicação e tratamentos especiais não ofertados no território nacional.

A partir de fontes históricas bibliográficas, constata-se uma série de avanços no direito à saúde no Brasil, porém, devido ao aumento exponencial da demanda e de recursos financeiros insuficientes, houve também retrocessos, especialmente demonstrado pelo elevado número de ações judiciais, nas quais o usuário pleiteia um direito que já lhe é garantido pela CRFB/88, mas que lhe foi negado.

Deste modo, surge o que se denomina de judicialização do direito à saúde, ou seja, é a possibilidade de intervenção do Poder Judiciário nas políticas públicas do Executivo, determinando, em alguns casos, que este seja obrigado a custear o tratamento que o usuário necessita para sobreviver.

Inúmeras são as ações judiciais com o propósito de cura ou prevenção, movidas contra o Município, Estado e/ou a União, de forma unitária ou em litisconsórcio (ante a solidariedade reconhecida), onde se observa que o Poder Judiciário tem se posicionado de forma a garantir que esses entes atendam ao pleito do usuário, ante a previsão constitucional de a saúde ser um direito subjetivo.

Assim, o presente estudo terá como objetivo geral, analisar a evolução do acesso à saúde pública no Brasil, apontando os avanços e os retrocessos, buscando evidenciar a judicialização como meio alternativo para efetivação do direito à saúde.

De forma específica, se procurará compreender quais as ações do Estado para promover o acesso ao direito à saúde; descrever as concepções do conceito de saúde em dados momentos da história; elencar pontos relevantes da legislação do

SUS; mencionar a importância dos princípios para se construir uma saúde eficaz e eficiente; tecer considerações acerca do Sistema Único de Saúde no Brasil; apontar os desafios e os retrocessos; e abordar a judicialização como alternativa para garantia do direito à saúde, tornando-a efetiva.

Com o intuito de alcançar os objetivos propostos e consolidar as hipóteses levantadas, a pesquisa adotará na fase de abordagem o método dedutivo, partindo de uma constatação geral, que o direito à saúde é um direito social tipificado na Constituição Federal de 1988 para a premissa menor, qual seja, a possibilidade do acesso à saúde pública e para todos.

Como procedimento, serão observados os métodos histórico-evolutivo, que a partir de uma ordem cronológica busca-se avaliar a evolução histórica do acesso à saúde até os dias atuais, pontuando os avanços significativos e os retrocessos, até chegar a judicialização como meio alternativo para efetivar o direito constitucionalmente previsto.

Tem-se como técnica de pesquisa utilizada a bibliográfica, realizada através de consultas a legislação, doutrina e jurisprudência, leitura de artigos científicos, impressos ou em meio digital, que se mostraram aptos ao alcance dos objetivos.

A pesquisa é estruturada em três capítulos nos quais se apresentam nuances doutrinárias, legislativas e jurisprudenciais necessárias à apreensão da temática.

O primeiro capítulo versa sobre os modelos de Estados: Liberal, Social e Participativo, os quais influenciam na construção do conceito de saúde e políticas públicas que se tem atualmente.

O segundo capítulo aborda o Sistema Único de Saúde e seus princípios, fazendo um delineamento da evolução da saúde desde aquela voltada para a medicina curativa à preventiva. Percebe-se que no sistema de saúde vigente admite as duas possibilidades de medicina, elencando também a legislação da saúde no Brasil.

O terceiro capítulo trata especialmente da efetivação do direito à saúde no Brasil, abordando os principais desafios, fazendo uma análise da intervenção do poder judiciário na efetivação dos direitos sociais, bem como da judicialização como um meio de efetivação do direito à saúde.

Por tanto, o trabalho monográfico debruça-se sobre uma temática de extrema relevância nos dias atuais, pois o direito à saúde sofreu uma evolução histórica importante na consolidação dos direitos humanos, porém, devido as dificuldades na

efetivação de políticas públicas de saúde, do investimento insuficiente, dos serviços prestados, da falta de medicamentos, enfim, dos desafios do SUS e dos retrocessos observados, a judicialização se mostrou como uma alternativa para efetividade de um direito reprimido.

2. A EVOLUÇÃO E CONTRIBUIÇÃO DO ESTADO NA ELABORAÇÃO E EFETIVAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Historicamente, no que tange a saúde houve grandes dificuldades e desafios, pois nem sempre foi um direito de todos em que o Estado assumiria a responsabilidade de sua efetivação. Pelo contrário, durante muito tempo a população se via impossibilitada de acesso mínimo a esse direito que ficou resguardado há pouquíssimo tempo, com a Constituição Federal de 1988. (ASENSI, 2014).

A saúde é um bem fundamental para a vida e requer, portanto, atenção especial do Estado possibilitando maior concentração de recursos financeiros. Todavia, política de saúde não é simples como sintetiza a CRFB/88 ao afirmar que é um direito de todos e dever do Estado, pois carece de políticas públicas e sociais comprometidas com a melhoria e segurança deste direito constitucional.

O caminho da saúde no Brasil foi delineando-se paulatinamente, a princípio era assegurado apenas a quem detinha o poder aquisitivo, depois passara a ser dos trabalhadores assalariados, até a universalização de saúde que existe hoje no país. Este último modelo de saúde foi influenciado com concepções de Estado, principalmente no modelo europeu de Estado liberal, social e participativo. (ASENSI, 2014).

Para adentrar especificamente na matéria de saúde, há a necessidade de tecer algumas considerações acerca do conceito de Estado utilizado na temática, este que é o personagem responsável pela efetivação da atual saúde no Brasil. No entanto, é difícil sua definição vez que há divergências doutrinárias, como preleciona Schiera (1998, p.45), o Estado serve apenas para indicar e descrever uma forma de ordenamento político que surgiu nos Estados Unidos em meados do século XIII na base de pressupostos e motivos específicos da história europeia que se estendeu em todas as civilizações, libertando-se das condições originais e concretas de nascimento.

O Estado nem sempre foi personagem principal na garantia do direito social à saúde da população. A princípio, no Estado Liberal, os cuidados com a saúde eram equivalentes à automedicação, não existia um sistema de saúde para todos; por outro lado no Estado Social o Estado começa a intervir na saúde pública

buscando o bem estar social destinando apenas aos assegurados que contribuíam para a previdência social, a exemplo dos trabalhadores de carteira assinada e aos assistidos pela contribuição estatal de forma residual, o que muitas vezes gerava desigualdade social por atender apenas parcela da população; e, por fim, o Estado Participativo no qual as pessoas participam ativamente nas políticas de saúde através dos Conselhos e Conferências que visam ao direito dos cidadãos.

2.1. ESTADO LIBERAL

Em contraponto ao absolutismo que tinha como forma de Governo o poder centralizado nas mãos do Rei, tido como o soberano e todos faziam sua vontade, surgiu o Estado Liberal. Destarte que essa ideia de Rei não se propagou no Brasil.

No Estado Liberal, a esfera privada era influenciada e submetida ao poder público, além de haver nítida separação entre Estado e sociedade que se dá através da criação de normas e regras. A exemplo destarte a mão invisível do inglês Adam Smith, no sentido da economia, essa mão invisível é o mercado, mas aqui essa mão invisível significa que o Estado não precisa intervir na sociedade, pois a mesma caminha por si só.

Cite-se também a fisiocracia francesa, com a famosa expressão “*laissez faire, laissez aller, laissez passer*” (deixai fazer, deixai ir, deixai passar) permite a ideia de um Estado não interventor (ASENSI, 2014).

Salienta-se que as primeiras concepções que surgem sobre sociedade moderna evidenciadas no Estado liberal, mostram que este pouco intervém na vida da população contribuindo minimamente para a efetivação dos seus direitos.

A liberdade apregoada não é absoluta e irrestrita, pois se acredita que liberdade em excesso poderia ameaçar o direito de outrem, sendo assim, do ponto de vista político, os liberais percebem o Estado como aquele que protege as liberdades individuais por meio de leis. “A liberdade, só pode existir ‘sob a lei’, conforme afirmou John Locke, ‘onde não há lei, não há liberdade’”. (HEYWOOD, 2010, p.49).

Percebe-se neste interim, que a saúde era unicamente destinada a atender as doenças individuais proporcionando-lhes seu bem estar, mas não havia uma preocupação mais concreta com a coletividade e o Estado não atuava suficientemente para atender a população quanto a sua saúde.

Entre 1814 e 1830 começaram a serem criadas as primeiras leis sobre a higiene urbana, controle sanitário de fronteiras e a noção de insalubridade em estabelecimentos. Salienta-se que tudo que fosse relacionado à saúde pública era baseado nos interesses burgueses, sendo a valorização do individualismo a marca do Estado Liberal (DALLARI, 2006).

Uma das mais importantes contribuições do Estado Liberal para a saúde é a ideia de igualdade formal, a igualdade de todos perante a lei, sendo esta aplicada sem distinções, não confere privilégios, é aplicada de forma geral e abstrata.

Outra contribuição importante no Estado Liberal que influencia até hoje, é a Separação de Poderes, de Montesquieu, com o poder desconcentrado e descentralizado. Segundo Asensi (2014), a grande questão é que essa separação de poderes, neste contexto não significaria igualdade entre os poderes. Sendo o poder Legislativo detentor de maior parte do poder, o Executivo, o implementador de políticas públicas e o Judiciário como o famoso 'boca da lei' são poderes bem menos relevante do que o Legislativo.

Assim, também a laicização do Estado que não é orientado por uma determinada religião e sim atende a critérios racionais.

Os defensores do Estado Liberal moderno defendem a ideia de um Estado de bem estar social que prime pela igualdade de oportunidades. Se determinados indivíduos ou grupos são desfavorecidos pelas circunstâncias sociais em que se encontram, o Estado tem a responsabilidade social de diminuir ou eliminar essas desvantagens para criar oportunidades iguais, ou ao menos não tão desiguais (HEYWOOD, 2010).

Observa-se a ruptura com os privilégios da nobreza e a iniciativa de lógica partidária, que lutava pelos direitos sociais, como trabalho, moradia e também a saúde. O poder da democracia começa a se instalar a partir de uma igualdade formal, mas ainda assim não atendia de forma significativa a saúde como um direito social garantido atualmente pela CRFB/88. (ASENSI, 2014).

Destarte, que como em todo modelo de Estado há críticas, a este também não seria diferente, sendo criticado por executar a Lei de forma pura e fria, sem se quer observar as particularidades de cada caso concreto, o que gerava desigualdade social e em alguns casos causaria a miserabilidade absoluta.

2.2. ESTADO SOCIAL

O Estado Social é um modelo que merece destaque pela sua importante contribuição aos direitos sociais que são elencados atualmente no rol de direitos constitucionalmente garantidos.

Surge no início do século XX, se opondo contra as concepções do Estado Liberal, vez que se preocupou em buscar o direito real, efetivo, bem como, a analisar as peculiaridades do caso concreto e a igualdade de direitos. Conforme Barbosa (1997, p. 26):

A regra da igualdade não consiste senão em quinhoar desigualmente aos desiguais, na medida em que se desigalam. Nesta desigualdade social, proporcionada a desigualdade natural é que se acha a verdadeira lei da igualdade.

Neste Estado, percebe-se a ideia de política pública, inclusive em relação a saúde, com a intervenção estatal e o fortalecimento do Executivo e Judiciário. Concebe-se assim, um modelo de organização estatal que se preocupa e busca efetivar a promoção social e a economia, um estado de bem estar social. Nesta esteira Bonavides (2004, p.186) preconiza:

Quando o Estado, coagido pela pressão das massas, pelas reivindicações que a impaciência do quarto estado faz ao poder político, confere, no Estado constitucional ou fora deste, os direitos do trabalho, da previdência, da educação, intervém na economia como distribuidor, dita o salário, manipula a moeda, regula os preços, combate o desemprego, protege os enfermos, dá ao trabalhador e ao burocrata a casa própria, controla as profissões, compra a produção, financia as exportações, concede crédito, institui comissões de abastecimento, provê necessidades individuais, enfrenta crises econômicas, coloca na sociedade todas as classes na mais estreita dependência de seu poderio econômico, político e social, em suma, estende sua influência a quase todos os domínios que dantes

pertenciam, em grande parte, à área de iniciativa individual, nesse instante o Estado pode, com justiça, receber a denominação de Estado social.

O conceito de saúde nesse modelo de Estado foi implementado politicamente após a segunda Guerra Mundial, período em que a população desacreditada e abalada com todo sofrimento de outrora, lutou por direitos relacionados à dignidade da pessoa humana, o que foi garantido pela Organização Mundial da Saúde- OMS em seu preâmbulo:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.¹

O Estado de Bem-estar social figura na linhagem dos direitos sociais reivindicados pela população e apoiados pelos movimentos de política pública, as quais visam à garantia dos direitos sociais, dentre eles o direito a saúde.

Neste modelo de "welfare state", a assistência à saúde é para os sujeitos comprovadamente pobres, reduzidas transferências universais ou planos modestos de previdência social e onde as regras para habilitação aos benefícios são estritas e muitas vezes associadas ao estigma (ESPING-ANDERSEN, 1991, *citado por* FIORI, 1997).

Os serviços assistenciais são de caráter público e reconhecido como direitos sociais, podendo assim, afirmar que, a diferença entre o Estado do Bem-estar social e os demais modelos de Estado assistencial é quanto a sua intervenção tanto no âmbito social como na economia, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida dos cidadãos, com a atuação na produção econômica, controle das relações de emprego e a garantia dos direitos fundamentais e sociais.

¹ A saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social e não somente a ausência de infecções ou enfermidades. O gozo do mais alto nível possível de saúde que pode ser alcançado é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, convicção política, condição econômica ou social. A saúde de todos os povos é fundamental para alcançar a paz e segurança e é dependente da máxima cooperação dos indivíduos e dos Estados. (tradução nossa)

2.3. ESTADO PARTICIPATIVO

O Estado Participativo ou Democrático de Direito critica a frieza do Estado Liberal que aplica a Lei sem analisar o caso concreto e a falta de democracia no Estado Social, que apesar de ter contribuído significativamente para o Estado Democrático, não viabilizava ao cidadão a oportunidade de escolha, a democratização dos direitos. Os cidadãos têm autonomia, participam ativamente da criação e efetivação dos seus direitos.

Segundo Foucault (1977, p. 121):

Com o advento da era moderna, a saúde torna-se matéria de Estado, isto é, das políticas públicas. É justamente no grande movimento compreendido pelo processo histórico do século XV ao XIX, em que se estabelece a ordem capitalista na Europa, é que a saúde passa a ser objeto da intervenção estatal por meio de políticas públicas.

Neste modelo de Estado, o poder não está mais nas mãos do Monarca, tampouco, nos ditames de um estado controlador, e sim, na participação dos cidadãos quando da criação e efetivação dos direitos.

É mister destacar que a população atual é bastante exigente e tem se organizado de forma a cobrar mais dos seus representantes, pois não basta ter os direitos garantidos constitucionalmente há a necessidade de sua real efetivação.

Nesta Democracia Participativa, os cidadãos participam diretamente na vida política através de canais de discussão e decisão. Esta democracia preserva a realidade do Estado e a Democracia Representativa conforme o modelo no qual o poder é exercido de forma indireta, isto é, com representantes eleitos e que falam em nome da população. No entanto, ela busca superar a dicotomia entre representantes e representados recuperando o antigo ideal da Democracia Grega²: participação ativa e efetiva dos cidadãos na vida pública (SEEL, 2006, p.74).

Esta Democracia que se constitui por meio da participação social, revela-se como um método fortalecedor na conquista de direitos, no desenvolvimento das camadas populares da sociedade e no enfrentamento das dificuldades e desafios

² A democracia grega é o nascedouro da experiência democrática que ora se experimenta nela o cidadão participava das assembleias e reuniões comuns na Praça Pública com vistas a organizar e melhorar a realidade da *pólis*.

sociais. “A participação social [...] amplia e fortalece a democracia contribui para a cultura da paz, do diálogo e da coesão social e é a espinha dorsal do desenvolvimento social, da equidade e da justiça”. (LAMBERTUCCI, 2009, p. 71).

Na saúde se evidencia uma proximidade bastante intensa entre Estado e sociedade. É bilateral, assim como o Estado está para a sociedade, também a sociedade esta para o Estado. Há uma efetiva participação social nas políticas públicas de saúde, representados pelo Conselho de Saúde e Conferências de Saúde.

Neste interim, abre-se um parêntese para explicar estes dois órgãos que representa a população brasileira no cerne dos direitos a saúde Este Conselho é foi instituído bem antes da década de 1990, mas não tinha a representatividade que se tem hoje, pois a princípio as decisões do Conselho era função do Ministro da saúde, mas isso evoluiu e hoje se tem um Conselho realmente representativo em todas as esferas que compõem a saúde da população brasileira.

O CNS, nos anos que antecedem a década de 1990 foi um órgão consultivo do Ministério da Saúde que tinha seus membros indicados pelo Ministro de Estado. Com o advento da Lei nº 378 de 13 de janeiro de 1937 instituiu o CNS e reformulou o Ministro da Educação e Saúde Pública que debatiam apenas questões internas, sendo assim, o Estado não debatia a assistência médica, excetuando casos especiais, como tuberculose, hanseníase e doença mental. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

No dia 8 de abril de 1954, foi sancionado o Decreto Lei nº 34.347 que determinou a separação do Ministério da Saúde e da Educação Pública, com a finalidade tornar o Ministro de Estado responsável pela determinação das bases gerais dos programas de proteção à saúde. Tendo como composição, 17 membros. Posteriormente foi sancionado o Decreto nº 45.913, de 29 de abril de 1959, que aumentou o número de conselheiros para 24. Em 1962, tem-se um novo Decreto de nº847, de 5 de abril de 1962, que reafirmara finalidade do Conselho de assistir ao Ministro de Estado da Saúde. O número de conselheiros passou para 27. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Na década de 1970, amplia-se a atuação do Conselho, com o decreto nº 67.300 de 30 de setembro de 1970. Nessa fase o debate principal era relacionado à promoção, proteção e recuperação da saúde. A função do Conselho era examinar e emitir parecer sobre as dificuldades enfrentadas para assegurar os direitos

supracitados, que sejam submetidos à apreciação do Ministro do Estado, assim como, opinar sobre a matéria, por força de lei que venha a ser submetida a sua apreciação. Neste contexto, surgiu o movimento de reforma sanitária que contribuiu significativamente para o crescimento do controle social no Brasil. O movimento discutia os princípios da integralidade, descentralização e universalização da saúde. Era constituído por 13 membros indicados pelo governo, inclusive os sete representantes da sociedade civil – dotados de notória capacidade e comprovada experiência na área da saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

E por fim, Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, atualmente em vigor, determina que o Conselho passe a ser formado por 48 conselheiros titulares e seus respectivos primeiro e segundos suplentes, representantes de entidades e movimentos sociais de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), entidades de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica, entidades de prestadores de serviço, entidades empresariais da área da saúde e Governo Federal. Consagra a importância do Conselho Nacional de Saúde como fundamental para a conquista de direitos inerentes a saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

No tocante as Conferências de Saúde são de extrema importância para as conquistas, melhorias e avanços na saúde. Cite-se entre outros, a instituição do modelo atual de Conselho Nacional de Saúde e a garantia do direito a saúde na CRFB/88.

No ano de 1986 foi realizada a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo relatório final foi encaminhado para o Legislativo que recepcionou na constituinte de 1988, o artigo 196 que garante a saúde para todos e coloca o Estado como responsável por esta garantia. Por tanto, o Estado passou a desenvolver políticas públicas chegando a criação do atual Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 28 de dezembro de 1990, a Lei n.º 8.142 instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde, instâncias de Controle Social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Diante do delineamento dos modelos de Estado, quais sejam, o liberal, social e participativo percebe-se que mesmo o Brasil não adotando de maneira sequencial esses modelos, houve contribuições favoráveis que são refletivas na conquista do Direito a saúde no atual modelo Democrático/Participativo Estatal que se preocupa com a saúde universal e integral para os cidadãos brasileiros, independente de posição social ou financeira.

Não há mais nobres privilegiados, nem um Estado representativo sem participação dos sujeitos, há um direito de todos e uma sociedade de voz para efetivar esse direito essencial à vida.

3. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A EVOLUÇÃO DA SAÚDE COMO DIREITO GARANTIDO NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.

Leciona o constitucionalista português Canotilho (1991, p.80), que a “compreensão de uma lei constitucional só ganha sentido útil teórico e prático quando referida a uma situação constitucional concreta, historicamente existente num determinado país.” Neste sentido, uma constituição ganha sua real conotação quando garante em seu ‘coração constitucional’ um direito real da população.

Para entender como o direito a saúde ficou resguardado na Constituição Federal de 1988, esquematizar-se-á um breve histórico do acesso à saúde no Brasil.

No Brasil Colônia (1500- 1889) a saúde para a população em geral era voltada para a cura filantrópica realizada por curandeiros, padres, índios e africanos que usavam os conhecimentos de sua cultura para a cura das doenças, apenas uma pequena parte da população consideravelmente rica tinha acesso a medicina especializada, pois havia pouquíssimos médicos no país e tinham formação europeia.

Nesta época não existia se quer saneamento básico. Em 1º de fevereiro de 1897, foi instituído o Decreto Lei nº 2249 determinou a criação da Diretoria- Geral de saúde pública, subordinada ao Ministério Público da Justiça e Negócios Interiores (GAMA E GOVEIA, 2012).

No Período Republicano (1890-1930), sob o enfoque do positivismo, há uma reforma no pensamento do Estado e da Sociedade que começa a pensar na cura das doenças por meio da ciência. Assim, surgiram as primeiras campanhas de saúde, criadas por Oswaldo Cruz, que se destinavam ao controle de epidemias. Registra-se o nascimento da Política de Saúde Pública Brasileira (GAMA E GOVEIA, 2012).

Em 1923, com a promulgação da Lei 4.682 de 24 de janeiro, de autoria do deputado Eloy Chaves, pelo presidente Arthur Bernardes, foi consagrado o Sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs) que a princípio atendeu apenas aos trabalhadores ferroviários e posteriormente aos marítimos e estivadores. Eram financiadas pela União e custeadas pelas empresas empregadoras e seus empregados (GAMA E GOVEIA, 2012).

As CAPs eram entidades públicas com bastante autonomia em relação aos Estados, sendo constituídas como um contrato compulsório, organizadas por empresas, geridas através de representação direta de empregados e empregadores, com a finalidade unicamente assistencial: benefícios em pecúnia e prestação e serviços (COHN *et. al*, 2010).

Percebe-se um vestígio de saúde pública, todavia, apenas para os trabalhadores assalariados, aqueles que contribuíam com a União, as demais parcelas da população ainda não tinha direito a saúde pública.

Entre 1933 e 1945 as CAPs foram substituídas pelas IAPs (Instituto de Aposentadoria e Pensão) e passaram a contemplar no direito a saúde outros trabalhadores de outras categorias profissionais. No entanto, esses institutos não atendiam de forma homogênea todos os brasileiros, pois cada IAP tinha sua própria legislação e estabelecia de forma a assistência seria dada e as diversas categorias assistidas. Ressalte-se, neste período a política pública de saúde se dividia em: saúde pública e medicina previdenciária (GAMA E GOVEIA, 2012).

Neste período, as principais alternativas adotadas para a saúde pública, foram a ampliação das campanhas sanitárias; criação de combate a endemias, por exemplo: o Serviço Nacional de Febre Amarela (1937), Serviço de Malária no Nordeste (1939), Serviço de Malária da Baixada Fluminense (1939); interiorização do controle de endemias para as áreas rurais; e, organização do Departamento Nacional de Saúde (1941) que ficou responsável pelos serviços de combate às endemias, além do controle de formação técnica em saúde pública (GAMA E GOVEIA, 2012).

No ano de 1943, Brás Cubas fundou a Santa Casa de Misericórdia de Santos e na mesma época, criou o plano de pensão dos empregados, o que se abrangeu também as Santas Casas de Misericórdia do Rio de Janeiro e Salvador, com as Ordens Terceiras e, outras que sustentavam hospitais, asilos, orfanatos e casas de amparo a seus associados e aos abandonados (SINDESP/SP, 2016).

Observa-se que na Era Vargas (1931-1945), a saúde pública brasileira possuía a ideia de favor decorrente de vínculo empregatício. E para aqueles que não eram trabalhadores assalariados, pouco restava de direito à saúde, sendo a alternativa mais viável as famosas Santas Casas (ASENSI, 2014).

Entre 1946 a 1964 houve grandes avanços no serviço de assistência à saúde. Em 30 de dezembro 1949, o Decreto Lei Nº 27.664 determinou a criação do Serviço

de Atendimento Domiciliar e Urgência (SAMDU) que atendia a população sem emprego, que não se beneficiava dos IAPs. Todavia, o SAMDU e o IAP não conseguiam atender toda a população, ficando grande parte desta sem acesso a saúde médica/hospitalar. Destaque-se que neste contexto, nos anos 50, a iniciativa privada começa a fornecer assistência médica com fins lucrativos e a Criação do Código Nacional de Saúde em 1961 (GAMA E GOVEIA, 2012).

Em 1966, com o intuito de corrigir os inconvenientes e tornar o serviço de saúde mais eficiente, o Decreto Lei nº 72 unifica todos os IAPs em um Instituto Nacional de Previdência Social.

Em 1970, a Previdência Social estende o direito à saúde aquelas pessoas que ainda não tinham sido inclusas no serviço, quais sejam, os empregados domésticos (1972), os trabalhadores autônomos em caráter compulsório (1973), amparo previdenciário aos maiores de 70 anos e aos inválidos não segurados (1974) e extensão a benefícios previdenciários e assistenciais aos trabalhadores rurais e seus dependentes (GAMA E GOVEIA, 2012).

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco para a Reforma Sanitária do Brasil, implementando o Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde. O SUDS era um convênio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência, INAMPS e os governos estaduais, que serviu de base para a garantia constitucional “Da Saúde” tipificada do artigo 196-200 da CRFB/88 como direito de todos. Assim, a saúde deixava de ser apenas de um pequeno montante da população assalariada (GAMA E GOVEIA, 2012).

Para atender aos anseios constitucionais de uma saúde para todos, foi criado o Sistema Único de Saúde de forma gradual. Primeiramente o como mencionado anteriormente, SUDs em 1978; depois o INAMPS em 1990 e por fim o SUS com o Decreto Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, também denominado de Lei Orgânica da Saúde. Contudo, essa Lei recebeu alguns vetos do Presidente da República, na época, Fernando Collor de Melo, que retirou o repasse financeiro direto e a participação da comunidade no SUS.

Em 28 de dezembro de 1990 foi criada a Lei 8.142 que complementou a Lei 8.080/90 e regulamentou oficialmente o controle do SUS e a normatização dos repasses entre os governos Federal, Estadual, Municipal e Distrital (GAMA e GOVEIA, 2012).

As ponderações supracitadas no cerne da evolução histórica da saúde permite analisá-la antes e depois do SUS. Assim, a saúde como direito legal no Brasil, se destinava a assistência previdenciária apenas para os trabalhadores assalariados; sofria a influência direta do setor privado; a gestão era mista entre Ministério da Previdência e assistência social (Federal); tendo por tanto um acesso formal e não universal. A saúde era destinada a cura.

Com a implantação do SUS, a saúde passou a ser um direito de todos; há uma descentralização entre os governos; o setor é público e de controle social; e por fim o acesso é Universal e Integral, proporcionando a faculdade de todo cidadão brasileiro nato ou naturalizado, sem distinções de cor, raça, sexo, empregado ou não, ser atendido pelo SUS.

3.1 DIREITO À SAÚDE NO BRASIL: CURA E PREVENÇÃO

As análises acerca da contribuição estatal para o direito a saúde, dão suporte para afirmar que no Brasil esse direito social constitucionalmente afiançado e encontra-se na seguridade social, um importante meio para a sua efetivação. Assim, “a Seguridade Social objetiva assegurar o direito relativo à saúde, a previdência e a assistência social”, sendo regida pelo princípio de justiça, pelo qual todo homem tem direito contra os riscos da vida (OLIVEIRA, 2003, p.89).

Inquestionavelmente, a saúde é um bem essencial à vida. Conceitua-la é uma tarefa muito difícil, devido a sua abrangência, mas é possível afirmar que ela é individual, social, se efetiva por meio de políticas públicas e direito a participação social institucionalizada, isto é, os cidadãos podem e devem atuar em íntima aproximação com o Estado para elaborar e efetivar as políticas públicas em saúde.

Ressalte-se que a participação social aqui é constitucionalizada, pois existe e é obrigatória a presença do Conselho, Conferências e audiências públicas, nas esferas de poder Municipal, Estadual e Federal.

Embora as definições de saúde sejam divergentes e ocasionem polêmicas nos debates dentro e fora das academias, há que se distinguir o conceito de saúde a partir da contextualização histórica da civilização.

Entende-se a priori, que a saúde é um bem que como a maioria das coisas da vida humana, varia sua definição consoante o dado momento histórico, cultural e ideológico que vive a sociedade.

As pessoas trazem de seus antepassados ensinamentos de cura de doenças por meio de ervas e tantos outros ensinamentos, são construções socialmente adquiridas. E deste modo, vai se construindo conceitos de saúde ao longo dos tempos e conforme as civilizações.

Houve um tempo em que a saúde estava acoplada ao meio ambiente e as condições de vida do homem, em outro momento se relacionava unicamente a ausência de doenças (ROCHA, 1999).

Adiante, a saúde conota-se com a ideia de coletividade, de saúde pública não mais individual que encontra respaldo nos direitos sociais que não mais vigia apenas a cura das doenças, mas sim, meios preventivos para a plenitude da vida sem as mazelas das doenças causadoras do mal-estar nas pessoas.

Neste sentido, assinala Moraes (1996, p. 188):

A saúde não se restringe mais à busca individual e passa a ter uma afeição coletiva na medida em que a saúde pública passa a ser apropriada pelas coletividades, como direito social, como direito coletivo, bem como se alarga o seu conteúdo. Tem-se a prevenção da doença.

Sem a pretensão de restringir o conceito, apodera-se da ideia de que a saúde é um complexo em sua definição e por isso, deve-se pensá-la como em constante transformação e como pressuposto para propiciar a sociedade formas de efetivá-la a partir de uma concepção preventiva de moléstias e curativa quando não mais consegue prevenir.

A Organização Mundial de Saúde (OMS- 1946) define a saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades".

É preciso também enfatizar o contexto social, econômico e político que o cidadão esta inserido, com o propósito de mensurar a qualidade de vida. Sobre o processo de enfrentamento dos problemas de saúde, Buss (2000, p. 165) afirma:

Partindo de uma concepção ampla do processo de saúde–doença e de seus determinantes a promoção da saúde propõe a articulação de

saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução.

A saúde é amplamente divulgada como fator essencial ao desenvolvimento humano. Para tanto, deve ser promovida em obediência ao princípio da equidade, o qual propaga que deve haver igualdade na distribuição de renda e acesso aos bens e serviços para todas as pessoas em sociedade.

É certo que a CRFB/88 garante a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde. A sociedade civil reivindica estes direitos e o Estado tem obrigação de efetiva-los.

A princípio, a definição de promoção de saúde teve como precursores Inslow e Sigerist. Que dividiram em quatro tarefas essenciais da medicina, quais sejam, a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação e a reabilitação. Depois, Leavell e Clark, desenharam o modelo da história natural das doenças, que se divide em três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. Sendo que medidas para a promoção da saúde, concernente a primeira prevenção, não são voltadas para a cura de algumas doenças, mas para o aumento da saúde e o bem-estar das pessoas (BUSS, 2003).

A promoção de saúde no Brasil, não está mais associada somente à cura, mas também a prevenção. Esta promoção parte de uma política de saúde que prima pela segurança da população, por meio de métodos de prevenção como, por exemplo, as campanhas de vacinação que foi bastante difundida antes da entrada do SUS em vigor, mas principalmente por meio de programas assistenciais de promoção de saúde, cite-se: o Programa de Saúde da Família, no qual, a comunidade tem acompanhamento de médico, dentista, enfermeiro, etc. diariamente.

As ações preventivas, a seu turno, deliberam como intervenções com o objetivo de evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Por tanto, baseiam-se no conhecimento epidemiológico de doenças e de outros agravos específicos (CZERESNIA, 2003).

Neste tocante, observa-se a preocupação das políticas públicas em promover a saúde integral e regional à comunidade não apenas evitando as doenças, nem tampouco voltada apenas a defender o cidadão do contágio de doenças por meio de

vacinas, mas é nítida a intervenção estatal por intermédio de quem lhes presta serviços na promoção de saúde que propicie o bem-estar social.

Assim, a Resolução Normativa nº 264 de agosto de 2011 define que a promoção da saúde e prevenção de riscos de doenças se constitui em um conjunto de estratégias e ações programáticas integradas e transversais que buscam promover a saúde; a prevenção de riscos, agravos e doenças; a compressão da morbidade; a redução dos anos perdidos por incapacidade e o aumento da qualidade de vida dos cidadãos (BRASIL, 2011).

A promoção de saúde e a prevenção de doenças, certamente, ainda é a melhor forma de evitar as doenças e lançar o bem-estar dos sujeitos que participam ativamente da construção preventiva de saúde e/ou de seu próprio processo de tratamento da cura, o que tem reduzido os índices de doenças e proporcionado uma vida com qualidade.

Acerca do processo de tratamento para cura e as ações preventivas, Gaziano e Pagidipati (2013, p.146), trazem as seguintes constatações:

Calcula-se que aproximadamente 25 a 50% da redução da mortalidade por doença cardiovascular esteja relacionado às modalidades de tratamento e o restante seja decorrente do controle de fatores de risco. Com relação aos tratamentos, cerca de metade dos benefícios estão relacionados aos atendimentos emergenciais e intervenções invasivas nestas situações.

A promoção e prevenção da saúde carecem do envolvimento e comprometimento do Estado, da sociedade civil, iniciativa privada e órgãos regulamentadores como a Agência Nacional de Saúde Suplementar e outros órgãos como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, entre outros que compreendem a circunscrição municipal, estadual, distrital ou federal. A efetividade da saúde pressupõe pluralidade de sujeitos.

Entende-se que a saúde atualmente é cura e prevenção. Esta se dispõe a prevenir o sujeito de desagradáveis doenças futuras. Aquela pressupõe medicamentos para o combate de doença já instalada.

3.2. LEGISLAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

A Carta Política de 1988, como já se evidenciou nos itens anteriores, recepcionou o Sistema Único de Saúde que determina a saúde para todos e o dever do Estado em promovê-la.

No texto constitucional foram pensadas políticas públicas de saúde, com a necessidade de regulamentação através de normas que possibilitassem a efetiva promoção deste direito social.

Além da CRFB/88, compõe a Legislação da Saúde no Brasil, Lei Federal nº 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde que disciplina as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos Serviços de saúde, Lei nº 8.142/90 que consagra e regulamenta a participação formal com Conselhos e Conferências de Saúde; Lei nº 9.656/98 legisla sobre o sistema de saúde privado, os famosos planos de saúde; Lei nº 9.961/00 que regulamenta a Agência Nacional de Saúde; Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que altera a Lei nº 8.080/90, no que se refere a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde; além de Portarias do Ministério da Saúde.

Como delineado acima, há uma legislação vasta sobre saúde no Brasil, o que não permite o esgotamento do estudo da mesma no presente trabalho. Sendo assim, terço as concepções acerca dos institutos mais pertinentes à temática.

A Constituição Federal de 1988, nos seus artigos 196 a 200 dispõe sobre os principais temas da saúde universal e integral brasileira. A saúde como direito social de todos e obrigação de efetivo serviço em sua prestação encontra-se respaldado no artigo 196 da CRFB/88:

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.

Observa-se a abrangência do dispositivo mencionado, o que gera muitos debates em matéria de política de saúde. Evidencia-se o Princípio da Universalidade e a amplitude dos serviços que deve prover a prevenção, proteção, promoção e recuperação da saúde.

Em decorrência desta premissa, busca os Poderes Públicos uma nova ordem social com a finalidade de propiciar o bem-estar dos cidadãos e a justiça social.

Em virtude de saúde pública como direito de todos tem-se a responsabilidade solidária entre os Estados, Municípios e União, pois assim, proporciona maior chance de efetividade da norma, vez que o litigante pode demandar contra qualquer dos entes solidários, como comprova o entendimento do STJ:

INTERPRETAÇÃO DO STF – ART. 196 Saúde pública. Direitos fundamentais sociais. Art. 196 da Constituição. Audiência Pública. Sistema Único de Saúde SUS. Políticas públicas. Judicialização do direito à saúde. Separação de poderes. Parâmetros para solução judicial dos casos concretos que envolvem direito à saúde. Responsabilidade solidária dos entes da Federação em matéria de saúde. Fornecimento de medicamento: Zavesca (miglustat). Fármaco registrado na ANVISA. Não comprovação de grave lesão à ordem, à economia, à saúde e à segurança públicas. Possibilidade de ocorrência de dano inverso. (STA 175 AgR, Relator(a): Min. GILMAR MENDES, Tribunal Pleno, julgado em 17/03/2010, DJe-076 DIVULG 29-04-2010 PUBLIC 30-04-2010 EMENT VOL- 02399-01 PP-00070).

Neste ponto não há divergências entre o Supremo Tribunal Federal e o Superior Tribunal de Justiça. Estas Cortes concordam que a saúde é essencial à vida e que o Estado deve concretizar esse direito com base no artigo 196 CRFB/88, por isso a competência é concorrente e a responsabilidade solidária dos entes federativos.

Decisão neste sentido pode ser extraída do Informativo nº 579 do STF:

INTERPRETAÇÃO DO STF – ART. 196 A Súmula Vinculante 4 propõe tornar vinculante o entendimento jurisprudencial a respeito da responsabilidade solidária dos entes da Federação no atendimento das ações de saúde. Ressaltou-se que, apesar da responsabilidade dos entes da Federação em matéria de direito à saúde suscitar questões delicadas, a decisão impugnada pelo pedido de suspensão, ao determinar a responsabilidade da União no fornecimento do tratamento pretendido, estaria seguindo as normas constitucionais que fixaram a competência comum (CF, art. 23, II), a Lei federal 8.080/90 (art. 7º, XI) e a jurisprudência do Supremo. Concluiu-se, assim, que a determinação para que a União pagasse as despesas do tratamento não configuraria grave lesão à ordem pública.

O Direito à saúde é um direito de relevância pública. É o único direito social que tem o status de segurança pública, o que exige uma responsabilidade ainda maior do Estado, pois deve regulamentar, fiscalizar e controlar os serviços de saúde,

devendo sua execução ser feita diretamente (em hospitais público, postos de saúde, entre outros) ou através de terceiros, (pessoas físicas, jurídicas de direito privado, a exemplo dos planos de saúde, hospitais privados, etc.). Desta forma, expressa o artigo 197 da CRFB/88:

São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (Brasil, 2016).

Um direito de relevância pública requer um maior investimento do Estado, muito mais do que o direito a moradia, ao laser, dentre outros. Pode-se inferir que este dispositivo foi um divisor de águas entre o que se fazia em saúde antes de 1988 e depois com a promulgação da CF até os dias de hoje.

Destarte, que é uma norma de aplicabilidade imediata, em que o cidadão pode demandar em tanto na esfera administrativa quanto judicialmente.

No que tange as ações e serviços públicos, o artigo 198 da CRFB/88 determina que esses serviços devem pertencer a uma rede regionalizada, hierarquizada e universalizada.

Outro ponto importante diz respeito à colaboração da iniciativa privada no SUS, tratado no art. 199 da CRFB/88, que permite a livre à iniciativa privada a oferta de serviços de assistência à saúde. Porém, restringe essa participação, ao anunciar que será de forma complementar ao SUS, além do contrato ser de caráter público e a ordem de prevalência é primeiramente as entidades filantrópicas sem fins lucrativos. Há também a expressa vedação da destinação de recursos públicos para instituições com fins lucrativos.

3.3 DOS SISTEMAS DE SAÚDE

As demandas da população, principalmente no que se refere ao direito humano e fundamental à saúde, fazem com que os países adotem de acordo com as suas especificidades, um sistema que se torna responsável pelo desenvolvimento

das atividades e serviços para manutenção da vida das pessoas que nele residem, partindo da premissa de que sejam proporcionados com qualidade.

No esteio de Nunes (2015), os sistemas de saúde são compostos por elementos relacionados à gestão, ao financiamento e à execução, cada um dos quais se envolve em um conjunto de definições particulares e questões específicas que articuladas, são desencadeadoras fundamentais. Naqueles estão elencadas três dimensões, quais sejam, uma política – modelo de gestão; uma econômica – modelo de financiamento e outra médica – modelo assistencial. A partir da fusão dessas dimensões é possível favorecer a proteção e assistência.

Faz-se necessário um entrelaçamento de esforços para que se possa falar em um sistema eficiente e que dê aos componentes da população de um país segurança mínima neste direito que se mostra indispensável, sem saúde de qualidade, não há que se falar em pleno desenvolvimento das capacidades humanas, não adianta uma boa gestão política que fomente a construção de hospitais sem qualquer planejamento ou contratação de pessoal sem qualquer qualificação, somente com uma atuação sistêmica, por assim dizer, se torna viável falar em sadia qualidade de vida.

Sobre o modelo de gestão pode ser vislumbrada a gestão totalmente pública, na qual estarão presentes agentes públicos, sejam eles ocupantes de cargos de livre nomeação sejam decorrentes de concurso público, ou particular, com a atividade realizada essencialmente por clínicas e estabelecimentos privados e ainda uma gestão mista, figurando tanto atores dos Entes Públicos quanto representantes dos setores particulares.

Sabe-se, todavia, que a gestão da saúde modifica-se de acordo com os moldes de Governo adotados, por exemplo, no neoliberalismo é apregoada a intervenção mínima do Estado, cabendo aos particulares o desenvolvimento das várias atividades e fazendo o Poder Público apenas o que for indispensável, já nos novos ditames da justiça social e dos Estados promotores do bem-estar, são os entes públicos responsáveis por gerir e executar os serviços essenciais, cabendo ao particular à iniciativa própria, desde que o faça conforme o estabelecido na normatização geral.

O modelo de financiamento pode também ser totalmente público, totalmente privado ou misto, bem como no modelo de assistência podem figurar membros de ambas as classes.

Comungando os três caracteres, mas, com ênfase no financiamento, tem-se o modelo universalista no qual há financiamento público com recursos dos impostos e acesso universal aos serviços que são prestados por fornecedores públicos; a total dependência estatal dos profissionais e não profissionais; pode haver a utilização de outras fontes financiadoras pagamentos diretos de usuários e outros insumos, permanecendo a sua maior parte e a gestão como serviço público (NUNES, 2015).

No Sistema Universal toda e qualquer pessoa pode ser atendida pelo serviço gratuito de forma integral, o que certamente gera muitas responsabilidades para o País. O Brasil, percebendo que os modelos assistenciais de saúde são de suma importância para a população de um país, aderiu com a CRFB/88 à proposta de promoção da saúde pública para todos.

3.3.1 Sistema Único de Saúde no Brasil

O Sistema Único de Saúde se apresenta como uma das maiores conquistas sociais de todos os tempos para a nação brasileira, pois, conforme demonstrado, é fruto de um arcabouço protetivo dos direitos da pessoa humana.

Teve seu nascimento na década de oitenta, fruto da reivindicação social da sociedade civil pela reforma sanitária, sendo recepcionado e consagrado na CRFB/88.

O sistema público universal de saúde no Brasil ainda tem no acesso um desafio. É importante sublinhar o termo 'público'. Pois, a experiência internacional revela que nos países signatários deste sistema, há menor índice de desigualdade de acesso e utilização de serviços entre diferentes grupos sociais (SAÚDE EM DEBATE, 2010).

No que tange ao financiamento, o SUS, dar-se-á por meio de impostos gerais, contribuições sociais (impostos para programas sociais específicos), desembolso direto e gastos dos empregadores com saúde.

Têm-se como fontes as receitas estatais e de contribuições sociais dos orçamentos federal, estadual e municipal. As demais fontes de financiamento são privadas (PAIN, et.al, 2011).

Uma das principais características do SUS é a descentralização entre os poderes, vez que, a saúde é de competência das três esferas de poder, mas os recursos são centralizados na União (ASENSI, 2014). Também há a descentralização dos serviços para melhor atender as comunidades através de uma organização e estruturação dos serviços regionais.

A legislação sanitária em vigor motiva uma ação conjunta do setor saúde com outros setores, com o objetivo de reduzir o quadro de mortalidade, e conseqüentemente colabora para que as ações em saúde surta efetividade (OLIVEIRA; PALHA, 2004).

Os investimentos aplicados na saúde são uma junção da coparticipação entre o Governo Federal, Estadual e Municipal. Os recursos federais para o SUS é proveniente da Seguridade Social e de outros recursos da União, constantes da Lei de Diretrizes Orçamentárias, aprovada anualmente pelo Congresso Nacional.

O Ministério da Saúde é o responsável pelo gerenciamento destes recursos, dividindo-os em duas categorias: a primeira, para o investimento e custeio das ações federais; e a outra é repassada às secretarias de saúde, estaduais e municipais, obedecendo aos critérios estabelecidos em função da população, necessidades de saúde e rede assistencial (BRASIL, 2016).

Quanto aos Estados, há uma soma de recursos, entre aqueles repassados pelo Ministério da Saúde e os advindos do próprio orçamento, das receitas estaduais, sendo geridos pela secretaria de saúde do estado, através de um fundo estadual de saúde que também repassa uma quota parte aos municípios.

Por último, cabe ao próprio município, a destinação adequada de seu próprio orçamento para as ações e serviços de saúde de sua população. É de responsabilidade dos municípios a administração dos recursos para a saúde através de um fundo municipal de saúde.

Para que haja uma destinação correta dos recursos aplicados na saúde, se faz necessário, a criação dos fundos, posto que assegurem que os recursos da mesma sejam geridos pelo setor específico, e não pelas secretarias de fazenda, em caixa único, estadual ou municipal, sobre o qual a Saúde tem pouco acesso.

3.3.2. Princípios norteadores do Sistema Único de Saúde

Diante dos fundamentos da ordem social e dentro da questão da saúde pública no Brasil, o direito à saúde deve ser visto a partir dos seguintes princípios: universalidade, integralidade e equidade. E ainda, conforme a legislação que organiza o SUS, a regionalização, hierarquização, descentralização, resolubilidade, participação cidadã e complementariedade do setor privado.

O princípio da universalização consagra que a saúde é um direito de todos indistintamente e dever do Estado a sua manutenção e organização. Neste contexto, vale lembrar que vivemos num Estado Democrático, sendo assim, é dever também da comunidade organizada o cuidado com a saúde e ações que promova sua manutenção, prevenção e/ou reabilitação. Esta universalidade está tipificada ao teor do art. 196 da Constituição Federal de 1988.

Este princípio é de suma importância, pois é garantidor da atenção à saúde de todos os cidadãos brasileiros que passam a ter direito a todos os serviços públicos de saúde, como também dos serviços prestados pelo setor privado, contratados pelo poder público. Neste interim, sobre o dever do Estado, Asensi e Pinheiro (2008, p. 2.143) afirmam:

A ideia de direito de todos e dever do Estado' traz um potencial semântico que não se reduz ao seu texto, de forma que o direito à saúde potencializa uma gama de sentidos e impulsiona discussões sobre sua implementação.

A universalidade é também relevante para um Estado Democrático de Direito, pois, a partir dela, toda a população pode contar com os serviços da saúde, o que não era possível antes da criação deste sistema, tendo em vista, como anteriormente mencionado, só tinha direito aos serviços de saúde, pessoas com carteira assinada, ligadas à previdência. "A Universalidade pressupõe integração normativa, política, institucional" (ASENSI, 2014).

Outro princípio de grande relevância é o da integralidade, que busca a efetiva promoção e prevenção da saúde por meio de um modelo integral que dispõe de estabelecimentos, unidades de prestação de serviços, pessoal capacitado e recursos necessários, à produção de ações de saúde que servirão a todas as ações, desde as específicas de promoção da saúde em grupos populacionais definidos, às ações específicas de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica dirigidas ao

controle de riscos e danos, até ações de assistência e recuperação de indivíduos enfermos, sejam ações para a detecção precoce de doenças, sejam ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação (TEIXEIRA, 2011, p.189).

Este princípio também se consagra na ideia de que a saúde deve ser continua desde o nascimento ao deleite final, com ações de promoção e proteção do cidadão em todas as suas particularidades. Neste sentido, Vasconcelos e Pasche (2006, p. 535):

Esse princípio orientou a expansão e qualificação das ações e serviços do SUS que ofertam desde um elenco ampliado de imunizações até os serviços de reabilitação física e mental, além das ações de promoção da saúde de caráter nacional intersetorial.

A integralidade, ou seja, o atendimento integral ao lado da Universalidade é um principio extremamente importante que visa atender aos usuários do SUS como participes do seu tratamento quando da cura ou prevenção. Aqui, os gestores, instituições e profissionais da saúde devem adotar posturas que prime pelo atendimento a todos os usuários, sem distinções e valorando o principio da dignidade humana.

O princípio da equidade, disciplina que todo cidadão tem direito ao SUS e todos devem ser assistidos nas ações e serviços prestados pelo sistema sem privilégios. Sendo assim, pode-se afirmar que todos são iguais diante do SUS e, portanto, devem ser tratados de forma igualitária. O ser humano deve ser assistido no seu todo, cultural, econômico e social para que consiga uma saúde universal.

Frise-se que esta igualdade não significa o afastamento da lei e sim que a equidade enquanto principio da saúde deve ser sensível as carências e deficiências regionais que existentes no país. A equidade é um critério de distribuição do SUS.

O princípio da regionalização é de suma importância pela facilidade de descobrir com maior precisão os problemas de saúdes acometidos naquela região, pois trata de delimitar a área territorial, o que facilita a rede de serviços, além de favorecer ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, ações ambulatoriais e hospitalares.

No tocante a hierarquização é sabido que entre os poderes não há hierarquia. Todavia no contexto dos serviços prestados na saúde há sim hierarquia, a depender da complexidade e da responsabilidade.

A hierarquização dos serviços, por sua vez, diz respeito à possibilidade de organização das unidades segundo grau de complexidade tecnológica dos serviços, isto é, o estabelecimento de uma rede que articula as unidades mais simples às unidades mais complexas, através de um sistema de referência e contra-referência de usuários e de informações. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

Resolubilidade, aqui é importante falar de capacitação profissional, pois este princípio preleciona que quando um cidadão buscar o atendimento de saúde pelo SUS, a depender da complexidade, o sistema terá que resolver seu problema de saúde conforme sua competência.

No que tange a Descentralização, é a redistribuição de competência entre as esferas governamentais, União, Estados e Municípios, a cada qual, incumbindo a responsabilidade pela saúde em seu território de atuação. Todavia, é sabido que a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos é do poder público municipal (TEIXEIRA, 2011, P.193).

Destaque-se também que a descentralização parte da ideia de que a saúde deve estar sempre próxima do usuário, como por exemplo, o programa de saúde da família.

O princípio da Participação do Cidadão, a constituinte de 1988 garante a população, através de suas entidades representativas, a participação no processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis de Governo.

Por fim, o princípio da complementariedade do setor privado, que nada mais é do que a participação deste na saúde pública, quando o SUS, não dispuser de atendimento suficiente em determinada demanda. Mas só é cabível este serviço, quando não houver solução imediata pelo SUS, posto que a prevalência sempre será dos princípios da universalidade, equidade e integralidade na saúde pública.

Ressalte-se que estes princípios são ferramentas basilares e essenciais à um bom funcionamento do SUS. Posto isso, ainda faz-se necessário abordar concepções acerca da garantia da efetividade do direito à saúde.

4 A EFETIVIDADE DO DIREITO À SAÚDE

Pensar em efetividade do direito a saúde é rememorar os desafios que a esta incorpora. O Poder Executivo é baluarte que tem o dever de efetivar as diretrizes da saúde brasileira elencadas na legislação própria do SUS. A CRFB/88 garante a eficácia imediata dos direitos fundamentais, entre eles a saúde, todavia, devido a limitação dos recursos financeiros, o Executivo não consegue concretizar essa premissa. Assim, com a ânsia da efetivação desse direito, o usuário demanda no Poder Judiciário Brasileiro.

Muito se tem questionado a respeito da interferência do Judiciário no Executivo em matéria de saúde e advogam pelo princípio da Separação dos Poderes em que o judiciário não poderia intervir nas decisões do executivo, todavia, não se trata de uma separação absoluta, pois, neste sentido, predomina a ideia de colaboração entre os poderes em prol da garantia dos direitos mencionados. Entende-se que é uma invasão essencial, pois se trata de um direito ao bem maior-a vida. Nesse contexto, indica Rios (2013):

A invasão entre esferas do poder torna-se estritamente necessária, tendo em vista que, por diversas vezes, o descaso do Poder Executivo ou do Poder Legislativo e a ineficiência da máquina pública para a promoção de políticas que atendam a saúde da população são evidentes. Por tal motivo, atua o Judiciário tutelando direitos fundamentais da pessoa humana, garantindo-os, especialmente o da saúde, tentando promover, justamente, o bem-estar de pessoas doentes que, muitas vezes, não podem esperar indefinidamente por um tratamento ou um medicamento.

Neste sentido quando o Judiciário determina uma prestação de saúde incluída entre as políticas sociais e econômicas formuladas pelo Sistema Único de Saúde não está criando política pública, mas apenas determinando o seu cumprimento. A existência de um direito subjetivo público a determinada política pública parece ser evidente (FUX, 2011).

A maioria das demandas de intervenção do Poder Judiciário no Executivo é requerendo que sejam disponibilizados orçamentos públicos para as efetivas prestações de saúde como: compra de medicamentos, exames especializados, entre outros, que são essenciais à efetivação de direitos elencados no ordenamento

jurídico.

Com relação à efetivação do direito à saúde, observa-se frequentemente o Judiciário tomando decisões que normalmente são pertinentes ao Prefeito Municipal, do Governador, dentre outros. Essas discussões políticas que invadem o Judiciário brasileiro fazem com que o Juiz ao decidir sobre tais questões, acabe por causar o fenômeno da politização do jurídico (NASCIMENTO, 2012).

Quando se trata de direito à saúde pode-se demandar judicialmente requerendo a proteção individual ou coletiva. Para se evitar as inúmeras demandas judiciais sobre saúde é preciso vencer um dos maiores desafios, qual seja, a colaboração e responsabilidade entre as esferas do Poder Executivo; quando um litigante demandar contra o Município e este arcar com a sua responsabilidade e não usar de todos os meios judiciais para se esquivar do dever garantida de saúde municipal. Nesta acepção, leciona Mendes (1998):

A carta da república consagrou os direitos fundamentais com a “cláusula de imutabilidade” e a “garantia da eternidade”. Quanto à ação dos municípios, como expressão constitucional do Estado, (micro-ação), no setor da saúde pública, que pelo próprio conceito determina que deve ser ampla e para todos, entrosar-se-á, sempre que possível, com a da União e dos Estados, não só pelo interesse comum das três esferas, como pela importância da efetivação e concretização deste Direito e pelo alto custo dos processos preventivos e curativos a empregar.

Com a Constituinte de 1988, a saúde ganhou status de garantia constitucional e assim obrigou o Estado a efetivar por meio de políticas públicas a sua efetivação plena, mas para tanto, dever-se-á enfrentar desafios diversos e constantes.

4.1. OS PRINCIPAIS DESAFIOS PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

O presente tópico tem a finalidade de auxiliar na compreensão acerca dos desafios para a efetivação do direito à saúde com base no ordenamento jurídico brasileiro. Faz-se uma abordagem dos principais desafios, aprofundando-se na temática da ineficácia do Estado e suas políticas públicas frente ao sistema e ao direito à saúde.

4.1.1 A inexecução orçamentária dos recursos da União por Estados e Municípios

Partindo-se da premissa de que o Estado brasileiro adota a forma federativa, consoante art. 60º §4º, I da CRFB/88, todos os Entes- União, Distrito Federal, Estados e Municípios, respondem de maneira solidária para a efetivação da saúde.

O planejamento em políticas públicas é fundamental para que se alcance os resultados almejados. É necessário que os Estados apontem suas prioridades para a destinação dos recursos públicos.

Como bem enfatiza Rocha (2010, p.310):

Os recursos para atendimento às demandas são naturalmente coerentes por uma utilização planejada de sorte a propiciar que a maior quantidade possível de pessoas possa usufruir de um direito consagrado como de todos.

Para Nakamura (2015, p.321):

Ao avaliar o SIOPS (Sistema Integrado de Orçamento Público em Saúde) é possível visualizar que existe uma grande parcela de recurso Federal que é transferido para os demais entes federados e que não é executado.

Dividindo os compromissos de cada ente da Federação pode-se constatar que cabe a União, através do Ministério da Saúde, planejar e fiscalizar o SUS em todo país. Cabe ao Ministério da Saúde, responder pela metade dos recursos destinados à saúde, previstos anualmente no Orçamento Geral da União.

Além da União, compete aos Estados criar suas próprias políticas de saúde e auxiliar na execução de políticas nacionais destinando no mínimo 12% da sua receita, cabendo-lhe também o repasse de verbas aos municípios.

Os municípios devem criar políticas de saúde e colaborar com a aplicação de políticas nacionais e estaduais. Aplicando no mínimo 15% de sua receita e os repasses feitos pela União e Estados.

Com relação ao Distrito Federal, cabe a acumulação de competências estaduais e municipais, devendo aplicar no mínimo 12% da sua receita, além dos repasses feitos pela União.

Muito embora pareça clara a destinação de verbas pela União aos Estados e Municípios, é necessária uma fiscalização orçamentária das verbas transferidas, haja vista que conforme enfatiza Nakamura (2015, p.213):

De toda a receita transferida fundo a fundo da União para o Distrito Federal, para investir em ações e serviços públicos de saúde em 2012, apenas 52% deste valor foi executado.

Como meio de tornar efetiva a aplicação dos recursos destinados à saúde pela União, foi instituído a Lei Complementar nº 141 de 2012, que estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com a saúde.

Apesar da Lei Complementar 141/2012 exigir a ampla visualização e prestação de contas dos recursos destinados à saúde demonstrando as despesas com ações e serviços públicos de saúde, muitos Estados e municípios se negam a fazer as referidas prestações de contas.

Como aconteceu no Estado do Amazonas, em 2015, onde 17 municípios tiveram seus recursos destinados pelo Ministério da Saúde bloqueados, por não estarem regulares quanto às informações da produção de vigilância sanitária dos meses de Fevereiro à Junho de 2015.

O mesmo site constata que o estado da Paraíba também deixou de receber repasses por não fornecer informações ao banco de dados do SCNES de maneira regular nos últimos três meses do referido ano.

Portanto, não são raras as situações em que municípios e estados se negam a prestar informações mesmo na iminência de uma punição prevista na norma.

4.1.2 A grande demanda por saúde dificulta a sua atuação efetiva

No momento atual, a sociedade brasileira passa por uma significativa crise financeira que afeta todos os ramos de mercado, inclusive a administração pública. Deste modo, os gestores têm a missão de gerir os recursos a partir de cortes de gastos, mas sem inviabilizar o atendimento ao público.

Um dos maiores desafios para a efetividade da saúde é justamente o aumento da demanda populacional e os cortes com gastos públicos devido ao enfraquecimento do mercado financeiro que afeta diretamente a administração pública.

Deste modo, a distribuição dos recursos são sempre decisões complexas, pois envolve um direito à vida. Os médicos quando vão realizar uma cirurgia têm vários meios para procedê-la e assim devera fazer uma escolha fundada na qualidade – preço disponível naquele momento (...).(MOATL,1991).

Neste sentido, para se conseguir efetivar os direitos inerentes à saúde, não basta apenas requerer incrementos permanentes na oferta, se faz necessário também propiciar maior acesso aos serviços ao usuário.

Quando a saúde excede sua competência ao produzir serviços médicos-sanitário, tenta difundir nos indicadores de uma saúde da coletividade sem considerar a melhoria do nível de saúde de uma população que se torna permanente quando de medidas que superem as restrições impostas pelo contexto econômico e social (VIANA, ROMEU & CASTRO, 1982)

Quando há aumento da população que precisa do acesso à saúde pública e com a inflação em alta, aumenta os gastos diminui o orçamento e a consequência certamente é a na efetividade da saúde.

4.1.3 Normas programáticas

De uma leitura, superficial, do art. 196, da Constituição Federal, exsurge a impressão do caráter programático dos dispositivos atinentes ao tema, percebe-se que a própria redação do texto magno leva a inferência de que a efetivação do direito a saúde, depende da implementação de políticas públicas que o viabilizem.

Tendo isto em mente, o poder público vale-se deste argumento para afirmar que a responsabilidade pelo planejamento, estruturação e aplicação das políticas públicas foi conferida aos entes administrativos, estes são encarregados de, a partir de uma visão geral da coletividade, propiciar, por meio da alocação de recursos materiais e humanos, a consecução de fins sociais desejados, sejam os insculpidos no texto legal, sejam os fundados no supremo interesse público.

Sob este prisma, o poder judiciário teria sido excluído da incumbência de atuação na área da saúde, como definidor de diretrizes de investimentos, por meio das condenações judiciais, resguardado, por óbvio, os princípios da legalidade. Uma vez que, a normas constitucionais de cunho programático, se consubstanciariam, no desenvolvimento de planos de atuações, o que escaparia à circunstancialidade das decisões judiciais.

Ocorre que a definição do art. 196, da Constituição, como norma, exclusivamente programática, não é pacífica, tendo em vista que, contrariamente, reverbera a alegação de que, além do conteúdo público constante do texto magno, o aludido artigo também confere uma parcela individualizada de direitos que se colocaria à disposição de todos.

4.1.4. Da Reserva do Possível

Valendo-se deste princípio como supedâneo para defesa estatal, os entes federativos afirmam que os recursos estatais são escassos, o que implica dizer que o investimento maciço em uma área produzirá, invariavelmente, a diminuição dos recursos destinados às outras áreas, também, importantes ao interesse coletivo. Portanto, caberia ao gestor estabelecer prioridades que maximizem a efetividade dos gastos públicos.

Sob este prisma, ao administrador público é conferida esta árdua missão de escolher, diante das necessidades da coletividade, para quais setores os recursos públicos, que são limitados, serão destinados. O Estado-juiz, ao julgar procedentes tais pretensões, embaraçariam esse processo de gestão dos recursos públicos, o que acabaria, gerando grave ônus à coletividade que teria de suportar a diminuição de recursos destinados ao atendimento geral, para garantir o cumprimento das ordens judiciais que concederam, aos demandantes destas ações, o que se pleiteava.

É de se ressaltar, que a tese da reserva do possível reverberava com bastante facilidade entre a jurisprudência pátria, anteriormente, onde se negava as pretensões nestas ações de medicamentos. Todavia, ocorreu, ultimamente, uma

mudança de entendimento que tende a condenar o Estado nestas demandas, impondo-se, judicialmente, a obrigação de efetivação do direito à saúde.

4.2 A INTERVENÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO SOCIAL

Fica a cargo do Estado a tarefa de prover os medicamentos e tratamentos a quem deles necessite, dando cumprimento à sua missão de resguardar e resgatar a saúde dos cidadãos e deste modo, uma vez não cumprindo sua função garantidora de promover a saúde, o paciente recorre ao Poder Judiciário como meio de conseguir a tutela pretendida de seu direito.

Nesse sentido, os cidadãos precisam do amparo do Poder Judiciário, de ter acesso a este para que seja atribuída efetividade ao direito à saúde, direito humano antes de qualquer nomeação que possa ser colocada, bem como para promoção da sua qualidade de vida.

Ademais, a dignidade da pessoa humana precisa ser elevada ao nível de princípio fundante do Estado Democrático, não pode ser colocada como apenas mais um comando do legislador originário. Nesse ínterim, fala-se em dignidade quando o cidadão que precisa do serviço público é tratado com o mínimo de respeito, não somente por quem presta o serviço diretamente, mas pelo Estado, que estrutura a prestação desse serviço para atender a pessoa em todas as suas necessidades vitais.

Nessa perspectiva, o judiciário não pode permanecer preso às amarras do passado e se tornar obstáculo para efetivação do direito à saúde, sob pena de esquivar-se de sua obrigação. Nesse sentido, fala-se em postura ativa, atuação positiva por parte do magistrado, que consciente das violações, notadamente em matéria de direitos sociais, busca dá o provimento satisfatório à sua concretização.

Rememore-se o tratamento conferido ao direito de greve dos funcionários públicos civis da União. Na ausência de atuação por parte do legislador ordinário, o magistrado se viu diante da possibilidade de conferir eficácia à norma. O caminho adotado não foi outro senão o de optar por agir e estender os efeitos da lei de greve

aplicada ao setor privado ao setor público, suprimindo a omissão legislativa e tornando o direito efetivo.

A decisão possuiu elevado grau de importância e representou uma conquista histórica no direito brasileiro, pois assim como para a saúde, se está diante de um direito de segunda geração. Na inserção dos direitos ditos transindividuais, a saúde também é direito de terceira geração. Dos debates em volta do Biodireito e da Bioética surgem os direitos de quarta geração, com os quais o direito à saúde também se relaciona.

Assim, o direito à saúde deve ser efetivado através da superação dos obstáculos que o cidadão encontra para ter acesso aos bens e serviços que lhe deve ser proporcionado para cura e prevenção. A efetividade da norma constitucional deve suplantar o discurso de ausência de recursos ou de impossibilidade de a gestão cumprir com o mandamento evocado pelo legislador constituinte originário.

Partindo dessa premissa, cabe ao Poder Judiciário, um papel fundamental por meio de ação civil pública, para que o governo otimize e viabilize o acesso da população e a recurso de saúde. Pois, neste caso não se trata de falta de recursos financeiro, mas sim, dar má administrativa recursos destinados.

Segundo o entendimento do STF por meio de um acórdão, enseja ao Poder judiciário a função determinante de implementar pelo ao Estado, quando inadimplente, políticas públicas constitucionalmente previstas, sem que haja ingerência em questão que envolve o poder discricionário do Poder Executivo.

É mais uma questão política a defesa dos direitos sociais com ampla participação política da sociedade, não deveria ser uma função primordial dos tribunais garantir a efetivação dos direitos sociais já previstos no ordenamento jurídico. Corroborando com esse entendimento fundamenta Krell (2002, p. 70): “aumenta a responsabilidade dos integrantes do Poder Judiciário na concretização e no cumprimento das normas constitucionais, especialmente as que possuem uma alta carga valorativa e ideológica”.

Diante do exposto, conclui-se que passou a ser competência do judiciário, examinar se poder discricionário dado ao legislador, está de acordo com sua função implementar as garantias do estado social. Mesmo não competindo ao judiciário criar leis e políticas públicas, mas será responsável por garantir a execução das ei constitucionais ou ordinárias pré-estabelecidas. Portanto, instituiu

ao judiciário a função de intervir, para combater a ineficiência das prestações de serviços básicos e exigir dos poderes da administração pública a concretização de políticas sociais eficientes.

4.3 JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

Há 28 anos, no Brasil, a partir, principalmente, da forte pressão de grupos organizados da sociedade civil o direito à saúde, foi inserido no rol dos direitos sociais da Constituição Federal de 1988.

Os direitos sociais são classificados pela doutrina pátria como direitos de segunda dimensão e por isso exige atuação ativa do Poder Público em prol dos mais necessitados e dos setores da sociedade com maior dificuldade econômica (TAVARES, 2003). Assim, diante da prestação pouco eficiente do Estado em concretizar tal direito, legitima os cidadãos a reivindicarem por políticas públicas que tornem real o que está positivado na legislação.

Neste sentido, Canotilho (2008, p.97) conceitua:

Os direitos sociais a qualidade de direitos fundamentais, devem regressar ao espaço jurídico-constitucional, e ser considerados como elementos constitucionais essenciais de uma comunidade jurídica bem ordenada.

Os referidos direitos estão expressamente assegurados no artigo 6º da CRFB/88, objetivam a igualdade material, a partir de prestações positivas do Estado que deverá programá-los, mediante políticas públicas concretizadoras de determinadas prerrogativas individuais e/ou coletivas para diminuir as desigualdades sociais e garantir a existência de vida digna do cidadão (NOVELINO, 2009, p. 481).

A vida digna pressupõe o privilégio do mencionado direito fundamental, considerado pela doutrina e legislação como uma obrigação do Estado e direito de todo cidadão brasileiro.

Ensina a melhor doutrina que o direito à saúde comporta duas vertentes, quais sejam: uma negativa, que consiste no direito a exigir do Estado (ou de terceiros) que se abstenha de qualquer ato que prejudique a saúde; outra de natureza positiva, que significa o direito às medidas e prestações estaduais tendo

em vista à prevenção e/ou tratamento das doenças (CANOTILLHO e MOREIRA, 1984, *citado por* SILVA, 2007 p.309).

A expressão Judicialização do Direito à Saúde não é privilégio brasileiro. Seu estudo é difundido no mundo apesar de ter sua consolidação enquanto perspectiva teórica e analítica, sobretudo a partir da década de 90 no Brasil. A possibilidade de influenciar a efetivação de direitos e a implementação de políticas públicas e os estudos sistemáticos sobre a Judicialização remontam ao início do século XX.

No Brasil, tais estudos receberam ampla difusão a partir das pesquisas de Vianna et al. (1999), que buscaram, por meio de uma análise empírica, pensar as implicações deste processo no cenário de efetivação de direitos e implementação de políticas pública (ASENSI, 2010).

Os litígios de saúde no Brasil, segundo Daniel Wang tiveram início nos anos 1990 com as reivindicações em prol do fornecimento de drogas contra o HIV. O embasamento no princípio constitucional de que o direito a saúde é um direito fundamental de todos e que o Estado tinha obrigação de promovê-lo, motivou o ingresso das primeiras demandas judiciais tendentes a assegurar este direito.

A Judicialização comporta um leque das mais diversas demandas do direito à saúde, destaca em maior número as relacionadas a diversos serviços públicos e privadas, tais como: o fornecimento de medicamentos, a disponibilização de exames e a cobertura de tratamentos para doenças (ASENSI e PINHEIRO, 2015).

Uma pesquisa realizada pelo professor de direito Daniel Wang entre 2008-2009 constatou que nos dias atuais, as principais matérias referentes ao direito à saúde na justiça, variam entre aqueles exigidos para o tratamento de doenças muito raras (por exemplo, a doença de Gaucher, distrofia muscular de Duchenne, a epidermólise bolhosa) bem como no tratamento de doenças que afetam um grande setor de população.

A pesquisa mencionada também mostrou que atualmente a maioria dos processos judiciais exigem medicamentos para doenças crônicas, tais como a diabetes, o cancro, a artrite, a hepatite C e a hipertensão arterial, a par de outros problemas de saúde relacionada ao sistema digestivo e metabolismo, sistema cardiovascular e sistema nervoso central (WANG, 2009).

A cada dia mais se intensifica as ações judiciais que requerem esses direitos. Como resultado, aumenta o protagonismo do judiciário na efetivação da saúde, marcando presença cotidiana na gestão em saúde. Seja em uma pequena comarca

ou no plenário do STF, cada vez mais o Judiciário tem sido chamado a decidir sobre demandas de saúde.

Todavia, há muitas decisões judiciais pelo país que não são cumpridas no prazo estabelecido, o que acaba ocasionando a morte do paciente/autor. A exemplo, cite-se um caso que repercutiu recentemente a mídia no sertão brasileiro: uma agricultora Rozelita de Farias, 48 anos ingressou na justiça com pedido de medicamento contra o câncer em desfavor do município de Pombal. A justiça determinou por três vezes o direito a esses medicamentos, mas após três meses a prefeitura de Pombal-PB não havia cumprido a ordem judicial e a agricultora não resistiu e chegou a óbito (JORNAL DA PARAÍBA, 2016).

Doutrina Barroso, (2009) que existem três causas da Judicialização: redemocratização do País; Constitucionalização abrangente; e sistema brasileiro de Controle de constitucionalidade.

Com o advento da Constituinte de 1988 houve a irradiação dos seus princípios e normas por todo o ordenamento jurídico, sendo que este deve ser interpretado à luz daquela, tal acontecimento ficou conhecido como constitucionalização do direito.

Estes corroboraram para uma Judicialização das políticas públicas de saúde e que o Judiciário sempre interpreta a norma visando à efetivação dos valores constitucionais.

É fato que os Tribunais decidem em prol dos direitos e garantias constitucionais, isso se intensifica quando, em análise, o direito à saúde. O magistrado em matéria de saúde deve julgar objetivando analisar as peculiaridades sociológicas, filosóficas, geográficas e econômicas para assim garantir um direito igualitário à saúde.

A atual situação do país é muito delicada quanto a Judicialização, há uma nítida tensão entre o mínimo existencial e a reserva do possível. Ao pensar em Mínimo Existencial são as prestações materiais absolutamente necessárias para que o cidadão tenha condições dignas de vida. Logo a doutrina o concebe como núcleo do princípio da Dignidade da pessoa Humana estabelecido no artigo 1º, III da CRFB/88.

O princípio da Reserva do Possível, também denominado de “reserva do financeiramente possível” ou ainda “reserva da consistência”. Em linhas gerais, é a proporcionalidade dos recursos financeiros frente à efetivação de alguns direitos

sociais, como visto. É um misto entre a prestação do Estado e os recursos disponíveis.

A Jurisprudência Pátria, quando da arguição pelo Poder Executivo do Princípio da Reserva do Possível em matéria de direito à saúde tem-tomado decisões no sentido de que a saúde é um direito social, fundamental à vida, assim, a simples invocação do Executivo em não promover a saúde do cidadão por falta de recursos financeiros não pode suplantar esse direito precedente.

Entendem os Tribunais que o princípio da Reserva do Possível é de cunho econômico e por isso é de menor importância em comparação ao Princípio do Mínimo Existencial, que é corolário da Dignidade da Pessoa Humana. Neste sentido é mister invocar a decisão do Tribunal de Justiça.

RECURSO ESPECIAL – AÇÃO CIVIL PÚBLICA ARTIGOS 54 E 208 DO ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE- MATRÍCULA E FREQUÊNCIA DE MENORES DE ZERO A SEIS ANOS E CRECHE DA REDE PÚBLICA MUNICIPAL. 1. O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/90) e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei nº 9394/96, artigo 4º, IV) asseguram o atendimento de crianças de zero a seis anos em creches e pré-escolas da rede pública. 2. Compete à Administração Pública propiciar às crianças de zero a seis anos acesso ao atendimento público educacional e a frequência em creches, de forma que, estando jungida ao princípio da legalidade, é seu dever assegurar que tais serviços sejam prestados mediante rede própria. 3. “Consagrado por um lado o dever do Estado revela-se, pelo outro ângulo, o direito subjetivo da criança. Conseqüentemente, em função do princípio da inafastabilidade da jurisdição consagrado constitucionalmente, a todo direito corresponde uma ação que o assegura, sendo certo que todas as crianças, nas condições estipuladas pela lei, encartam-se na esfera desse direito e podem exigí-lo em juízo” (REsp. nº 575.280-SP, relator para o acórdão Ministro Luiz Fux, DJ de 25/10/2004).

Neste contexto é relevante destacar a atuação judicial (Judicialização) extrajudicial (juridicização) do Ministério Público e Defensoria Pública, como instrumentos de promoção do direito à saúde, como garantidor do princípio da dignidade da pessoa humana e, portanto, prevalente em relação às reservas financeira-orçamentárias do Estado.

Diante do exposto, invoca-se mais uma vez a Constituição de 1988 que no bojo do seu artigo 196 esquadriha o direito a saúde para todos indistintamente e com a atribuição do Estado em tornar real essa ordem constitucional.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da abordagem realizada, observou-se que os modelos de Estado influenciaram na concepção de saúde pública em determinados tempos da história. A saúde foi alçada à condição de obrigação dos entes estatais, não se restringindo apenas aos detentores de poder aquisitivo e às demais parcelas da população que se beneficiavam da cura filantrópica, o que gerava certamente desigualdades sociais profundas.

A saúde no Brasil ganhou caráter público com a Constituição de 1988, prescrevendo-a como direito subjetivo de todas as pessoas que estão no território nacional. A saúde deixa de ser tratada apenas e exclusivamente como meio de cura e passa a ser vista como um conjunto de ações de prevenção.

Neste contexto de evolução, é inegável que o SUS foi uma das maiores conquistas do âmbito dos direitos sociais constitucionalmente tutelados. Porém, sua efetividade ainda é bastante discutida, pois há uma demanda reprimida que não consegue acesso aos serviços de saúde mais elementares, não obstante a implementação de ações e a destinação de recursos para expansão dos serviços e ofertas de profissionais nos rincões do país.

Diante dos retrocessos e das dificuldades de implementação universal e consistente do SUS em todo o território nacional, diversos usuários buscam a tutela jurisdicional do Estado como alternativa para ser atendido, seja para realização de um tratamento, ou para aquisição de medicamentos não ofertados na rede pública de saúde.

O aumento dos processos judiciais de casos em que houve a negativa na prestação do serviço e/ou de acesso ao tratamento ou medicamento através da rede de saúde pública evidencia que o sistema ainda é frágil e que há necessidade de uma reformulação nos pontos que ainda representam um retrocesso ou obstáculo na implementação plena.

Em que pese se observar que a judicialização representa certo retrocesso, a demonstrar a omissão do Estado, essa alternativa pode representar um meio para efetivação do direito à saúde, desde que a tutela jurisdicional não extrapole os limites da razoabilidade e proporcionalidade, observadas as vicissitudes de cada caso concreto.

Por fim, conclui-se que o estudo atingiu seus objetivos, geral e específicos, pois foi possível verificar que não obstante os inegáveis avanços implementados com o SUS, o modelo brasileiro ainda necessita de modificações que acarretam uma maior e melhor oferta dos serviços, reduzindo a excessiva judicialização dos pleitos dos usuários, originadas de demandas negadas, que podem ser supridas por meio da intervenção do Estado-Juiz, que deve fazer prevalecer o direito fundamental à saúde.

REFERÊNCIA

ASENSI, Felipe Dutra. **Indo além da judicialização: O Ministério Público e a Saúde no Brasil**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2010.

BARBOSA, Rui. **Oração aos moços**. São Paulo: Martin Claret, 2003.

BONAVIDES, Paulo. **Do Estado Liberal ao Estado Social**. 7. ed. São Paulo : Malheiros, 2004.

BRASIL, **Constituição Federal de 1988**, de 5 de outubro de 1988. Brasília.

_____, Ministério da Saúde. Conselho nacional de saúde. **Historia do CNS**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/composicao.htm>> Acesso em: 29 de abril de 2016

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 264**, de 19 de agosto de 2011 da Diretoria de Normas e Habilitações de Produtos.

_____,Ministério da Saúde. **ABC do SUS- Doutrinas e Princípios**. Disponível em: http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf

Acesso em: 15 de maio de 2016.

BUSS, P.M. **Promoção da Saúde e Saúde Pública**. Rio de Janeiro: ENSP, 1998. 178 p. (Mimeo)

_____. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito Constitucional**. 4 ed. Coimbra: Almedina, 1991.

_____; MOREIRA, Vital. **Fundamentos da Constituição**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1984.

CZERESNIA, D. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Políticas de Estado e Políticas de governo: o caso da saúde pública. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org.). **Políticas Públicas reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Saraiva 2006.

DIÁRIO DO SERTÃO. **Depois de três ordens da Justiça, mulher morre no Sertão por falta de medicamento**. 22 de abril de 2016. Disponível em: <<http://www.diariodosertao.com.br/noticias/sertao/124149/depois-de-tres-ordens-da->

justica-mulher-morre-no-sertao-por-falta-de-medicamento-contra-cancer.html>
Acesso em: 02 mai. 2016.

DONABEDIAN, Avedis. **An introduction to quality assurance in health care.**
Oxford University Press, 2002. Disponível em:

<<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/15/4/357>> Acesso em 01 mai.2016.

ESPING ANDERSEN, Gosta. **As três economias políticas do welfare state.** 1991,
n.24, pp.85-116. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-64451991000200006>> Acesso em 12 abr. 2016.

FIORI, José Luís. **O Estado do bem-estar social: padrões e crises.** PHISYS. Ver.
Saúde coletiva, Rio de Janeiro, 1997.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária,
1977.

GAMA, Alessandra. S. da e GOUVEIA, Luciana. **SUS Esquematizado: Teoria e
Questões.** 3. ed.. São Paulo: Editora Ferreira, 2012.

GAZIANO, T.A., PAGIDIPATI, N. – Scaling Up Chronic Disease Prevention
Interventions in Lower and MiddleIncome Countries – Ann.Rev. Public Health 2013;
34:137-335.

HEYWOOD, Andrew. **Ideologias Políticas: do liberalismo ao fascismo.** vol. I. São
Paulo: Ática, 2010.

INSTITUTO DE ESTUDOS PREVIDENCIÁRIOS. **História da Previdência.**

Disponível em: <<http://www.ieprev.com.br/conteudo/id/559/t/historia-da-previdencia.-fonte:-sindepp-sP>>. Acesso em: 30 de abril de 2016

KRELL, Andreas Joachim. **Direitos sociais e controle judicial no Brasil e na
Alemanha.** Porto Alegre: Fabris Editores, 2002.

LAMBERTUCCI, Antonio Roberto. A participação social no governo Lula. In:
AVRITZER, Leonardo (org.). **Experiências nacionais de participação social.** São
Paulo: Cortez, 2009. (Coleção Democracia Participativa).

MENDES, Gilmar Ferreira. **Direitos fundamentais e controle de
constitucionalidade.** Estudos de Direito Constitucional. São Paulo: Celso Bastos.
Ed., 1998.

MENESES RIOS, Thiago. Separação dos poderes e a judicialização da saúde .
Revista Jus Navigandi, Teresina, ano 18, n. 3721, 8 set. 2013. Disponível em:
<<https://jus.com.br/artigos/25250>>. Acesso em: 2 maio 2016.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional Administrativo.** São Paulo: Atlas,
2002

MORAIS, Jose Luis Bolzan de. **Do direito social aos interesses transindividuais.**
Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1996.

NUNES, Eunice. **Principais sistemas de saúde no mundo** - slides informativos,. Biblioteca RETS, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://www.rets.epsvj.fiocruz.br>> Acesso em: 14 jul 2015.

PAIN, Jairnilson, et. Al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Revista Eletrônica The Lancet. 9 de maio de 2011 (Saúde no Brasil, 1); (DOI:10.1016/S0140-6736(11)60054-8. Disponível em: <<http://www.ammabarbacena.com.br/files/2e9d93b8abf8ae74b148b4f04fdb3701.pdf>> Acesso em: 02 mai. 2016.

OLIVEIRA, Aristeu. **Seguridade e previdência social**. Rio de Janeiro: Atlas, 2003. PRATA, P. R. **Desenvolvimento econômico, desigualdade e saúde**. Cad. Saúde Pública, v.10, n.3.

ROCHA, Júlio César de Sá da. **Direito da saúde: Direito sanitário na perspectiva dos interesses difusos e coletivos**. 2. ed. São Paulo: LTR Editora, 1999

SABER DIREITO. **Palestra com Filipe Aseni sobre Mínimo Existencial e saúde no Brasil**. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=OEMlbnIEI9U>> Acesso em: 10 abr. 2016.

SCHIERA, P. Estado Moderno. In: BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de política**. 11. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998.

SELL, Carlos Eduardo. **Introdução à Sociologia Política: política e sociedade na modernidade tardia**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006

SINDESP/SP. **Sindicato dos Servidores Municipais de Saúde de São Paulo**. Disponível em: <<http://sindesp-sp.org.br>> Acesso em: 10 abr. 2016.

SILVA, Afonso da. **Curso de direito Constitucional Positivo**. São Paulo: Malheiros, 2007.

TEIXEIRA, C. F. et all. **O processo de formulação da Política de Saúde da população negra em Salvador, 2005-2006**. Relatório de pesquisa. CNPq, ISC-UFBA, Salvador, 2009.

_____; SOLLA, J. (orgs). **Modelo de atenção à saúde: Promoção, Vigilância Saúde da Família, CEPS-ISC - EDUFBA, Salvador, Bahia, 2006.**

_____. **O SUS e a Vigilância da Saúde**. PROFORMAR. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003.

_____. **Equidade, Cidadania, Justiça e Saúde**. Paper elaborado para o Curso Internacional sobre Desarrollo de Sistemas de Salud, OPS-OMS/ASDI. Nicarágua, 17 de abril a 6 de maio de 2005.

TRONCHIN, D.M.R.; MELLEIRO, M.M.; TAKAHASHI, RT. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: KURCGANT, P. (org). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

VASCONCELOS, C. M.; PASHE, D. F. **O sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

VAUGHAN, R. **Evaluation and public health**. Am J Publ Health; v, 94, n. 3, 2004.