

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM
SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR

IGOR MACHADO RICARDO

A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PELO MINISTÉRIO PÚBLICO EM
UBERLÂNDIA: DIREITO INDIVIDUAL *VERSUS* DIREITO COLETIVO À SAÚDE

UBERLÂNDIA

2019

IGOR MACHADO RICARDO

**A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PELO MINISTÉRIO PÚBLICO EM
UBERLÂNDIA: DIREITO INDIVIDUAL *VERSUS* DIREITO COLETIVO À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Geografia (PPGAT), como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosuita Frattari Bonito.

UBERLÂNDIA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

R488j
2019 Ricardo, Igor Machado, 1982-
A judicialização da saúde pelo Ministério Público em Uberlândia
[recurso eletrônico] : direito individual versus direito coletivo à saúde /
Igor Machado Ricardo. - 2019.

Orientadora: Rosuita Frattari Bonito.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de
Uberlândia, Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde
do Trabalhador.

Modo de acesso: Internet.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2019.676>

Inclui bibliografia.

Inclui ilustrações.

1. Geografia médica. 2. Direito à saúde - Brasil. 3. Sistema Único de
Saúde (Brasil). 4. Judicialização da saúde. I. Bonito, Rosuita Frattari,
1957- (Orient.) II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de
Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. III. Título.

CDU: 910.1:61

Gerlaine Araújo Silva - CRB-6/1408

IGOR MACHADO RICARDO

**A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PELO MINISTÉRIO PÚBLICO EM
UBERLÂNDIA: DIREITO INDIVIDUAL *VERSUS* DIREITO COLETIVO À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia (PPGAT/UFU), como requisito para obtenção do Título de Mestre com a banca examinadora formada por:

Data: **28 de Março de 2019.**

Resultado: **Aprovado.**

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Rosuila Frattari Bonito - Orientadora
Faculdade de Medicina - Universidade Federal de Uberlândia

Prof. Dr. Nilton Pereira Júnior - Membro Interno
Faculdade de Medicina - Universidade Federal de Uberlândia

Prof^a. Dr^a. Elza Maria Alves Canuto - Membro Externo
Faculdade de Direito-Faculdade Politécnica de Uberlândia

*Dedico este trabalho a **DEUS**, que amorosamente me criou a tua imagem e semelhança, e como **PAI** zeloso, sempre guardou-medos perigos, amparou-me nos momentos difíceis, e deu-me ânimo para chegar até o fim.*

“Consagre ao Senhor tudo o que você faz, e os seus planos serão bem-sucedidos”.

Provérbio 16:3

AGRADECIMENTOS

A **DEUS**, por me iluminar e direcionar meus caminhos com sabedoria, possibilitando que este estudo fosse concretizado; minha **GRATIDÃO**.

Aos meus pais, **SEBASTIÃO ANTONIO RICARDO** e **MARIA ROSANIA MACHADO**, de quem recebi o dom mais precioso do universo: a **VIDA**. Mesmo estando ausentes, se fazem tão presente em meus pensamentos, fazendo de mim uma pessoa responsável e consciente, sempre incentivado a seguir em frente e nunca desistir. Hoje, diante de uma batalha vencida e de muitas que virão, só encontro uma simples e sincera palavra: **OBRIGADO POR TUDO**.

Em especial, aos meus filhos **ARTHUR MACHADO RICARDO** e **VALLETINA MACHADO RICARDO** e minha esposa **CLARISSA DE FÁTIMA MACHADO**, por incentivarem e apoiarem-me na realização dos meus sonhos. Grato pela paciência, dedicação e companheirismo. A vocês, o meu **AMOR ÁGAPE**.

À **Drª. ROSUITA FRATTARI BONITO**, professora e médica, dedicada à profissão com grande carisma, competência e responsabilidade com o ser humano, você contribuiu com meu crescimento pessoal e profissional, meu muito **OBRIGADO**.

A todos os professores do Mestrado que foram tão importantes na minha vida acadêmica e no desenvolvimento desta dissertação, um **FORTE ABRAÇO**.

Aos meus amigos e colegas de mestrado pela troca de experiências, gentilezas e incentivos no decorrer de todo o tempo que estivemos juntos, sentirei **SAUDADES**.

Agradeço ainda, ao **Dr. LÚCIO FLÁVIO FARIA E SILVA**, Promotor de Justiça no Ministério Público do Estado de Minas Gerais em Uberlândia, pois com competência e carisma me deu forças para terminar este estudo tão almejado por mim, a minha **ADMIRAÇÃO**.

Ninguém vence sozinho, vocês fizeram a diferença na minha vida.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes” (Marthin Luther King).

RESUMO

A Judicialização da Saúde é um fenômeno proeminente, tanto na conjuntura das políticas públicas, quanto no da garantia constitucional do direito à saúde. Considerando sua importância no cenário nacional e a relevância do tema para a gestão pública e para a sociedade, o objetivo deste estudo, de abordagem quantitativa, exploratória, transversal, descritiva e retrospectiva, foi analisar as demandas judiciais para a saúde, no Ministério Público Estadual em Uberlândia/MG. Neste sentido, a presente investigação realizou-se por meio da análise documental, os registros ou procedimentos para apuração de lesão a direitos individuais que ensejaram na judicialização, na Promotoria da Saúde do Ministério Público em Uberlândia/MG. Os dados foram produzidos por meio da aplicação de um instrumento semi-estruturado, para coleta de dados nos processos cadastrados no PJe do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. Foram analisados 615 processos, e pouco mais da metade das ações 335(54,5%), foram movidas por homens. A média de idade dos usuários foi de 59,25 anos. Observou-se em relação à etnia/raça e renda familiar, que são características não exigidas pelo Ministério Público aos usuários, quando ingressam com processos de judicialização. Os usuários estão distribuídos por toda a cidade, com maior número de processos o bairro Santa Monica 45(7,3%). Os principais tipos de agravos e/ou doenças apresentados foram relativos ao Sistema Esquelético 148(24,1%), seguidos do Sistema Cardiovascular com 145(23,6%) e Sistema Neurológico com 61(6,6%) processos. Dentre os principais diagnósticos médicos que geraram solicitações judiciais, estão as Doenças do Aparelho Circulatório 178(28,9%). Constatou-se que as principais demandas judicializadas foram por vagas de internações 285(46,3%), seguidas de Cirurgias 215(35,0%) e solicitações de realizações de exames 93(15,1%), e que as Unidades de Atendimento Integrado (UAI) do município foram as que geraram o maior número destas demandas, sendo responsável por 583(94,8%) do total de demandas judiciais dos usuários. O tempo médio de duração do processo de judicialização foi de 44,3 dias e cerca de 50(8,1%) das ações foram finalizadas devido a óbitos dos usuários. Identificou-se que 614(99,8%) das providências judiciais tomadas foram concernentes a Ação Civil Pública. Entre as ações que tiveram recurso, 10(1,6%) foram recurso de Agravo de Instrumento. Os resultados mostraram o fenômeno da judicialização da saúde no município de

Uberlândia/MG, evidenciando as necessidades não acolhidas pelo setor público, em garantir acesso a materiais, insumos, tecnologias, tratamentos de saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS; bem como poderá servir de subsídios para a Gestão Pública de Saúde do município na reorganização do acesso a programas e serviços de saúde, permitindo ajustes que contemplem as necessidades dos usuários à luz da garantia constitucional.

Palavras-Chave: Judicialização da Saúde. Sistema Único de Saúde. Direito à Saúde.

ABSTRACT

The Judicialization of Health is a prominent phenomenon, both in the conjuncture of public policies and in the constitutional guarantee of the right to health. Considering its importance in the national scenario and the relevance of the theme for public management and for society, the objective of this study, quantitative, exploratory, transversal, descriptive and retrospective, was to analyze the judicial demands for health in the State Public Ministry in Uberlândia / MG. In this sense, the present investigation was carried out through documentary analysis, having as primary source of research, secondary data, the records or procedures for investigation of injury to individual rights that resulted in the prosecution of the Public Prosecutor's Office in Uberlândia / MG. Therefore, the data were produced through the application of a semi-structured instrument, which allowed the collection of data in the cases registered in the Justice Court of the State of Minas Gerais. A total of 615 cases were analyzed, and slightly more than half of the 335 cases (54.5%) were filed by men. The mean age of the users was 59.25 years, with a minimum of 14 and a maximum of 96 years. Ethnic / race and family income were observed, which are characteristics that are not required by the Public Prosecutor's Office for users, when they enter into judicial processes. As far as the region of the municipality from which the proceedings were concerned, they were distributed throughout the city, and the neighborhood with the highest procedural concentration was Santa Monica 45 (7.3%). The main types of diseases and / or diseases presented were related to the Skeletal System 148 (24.1%), followed by the Cardiovascular System with 145 (23.6%) and Neurological System with 61 (6.6%) processes. Among the main medical diagnoses that generated judicial requests are the Diseases of the Circulatory System 178 (28.9%). It was verified that the main judicial demands were for 285 admissions (46.3%), followed by Surgeries 215 (35.0%) and requests for exams 93 (15.1%), and that the (IAU) of the municipality were the ones that generated the greatest number of these demands, being responsible for 583 (94.8%) of the total judicial demands of the users. As for the duration of the judicial process, the average was 44.3 days and about 50 (8.1%) of the actions were finalized due to users' deaths. It was identified that 614 (99.8%) of the judicial measures taken were related to Public Civil Action. Among the actions that have been appealed, 10 (1.6%) were appeals of the Instrument of Appeal. The results showed the phenomenon of

health judicialization in the city of Uberlândia / MG, evidencing the needs not accepted by the public sector, in guaranteeing access to materials, inputs, technologies, health treatments by the Unified Health System - SUS; as well as providing subsidies to assist the municipal public health management in reorganizing access to health programs and services, allowing adjustments that address users' needs in light of the constitutional guarantee.

Keywords: Health Judicialization. Single Health System. Right to Health.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIS - Ações Integradas de Saúde
APS - Atenção Primária em Saúde
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CID - Classificação Internacional de Doenças
CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas
CAPs - Caixa de Aposentadoria e Pensões
CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COAP - Contrato Organizativo da Ação Pública
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CIR - Comissão Intergestores Regionais
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CF/88 - Constituição Federal de 1988
CONASP - Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
DNERU - Departamento Nacional de Endemias Rurais
ESF - Estratégia Saúde da Família
IAP - Instituto de Aposentadoria e Pensões
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
NOB - Normas Operacionais Básicas
NOAS - Normas Operacionais de Assistência à Saúde
OMS - Organização Mundial da Saúde
PPA - Plano Plurianual
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR - Plano Diretor de Regionalização
PDI - Plano Diretor de Investimentos
PPI - Programação Pactuada Integrada
PRORURAL - Programa de Assistência ao Trabalhador Rural
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESP - Serviço Especial de Saúde Pública
SUCAM - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

STF - Supremo Tribunal Federal

STJ - Superior Tribunal de Justiça

SUS - Sistema Único de Saúde

UAI - Unidade de Atendimento Integrado

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Estrutura Institucional e Decisória do SUS. **65**
- Figura 2** - Ciclo Geral de Planejamento Regional Integrado no SUS. **68**
- Figura 3** - Planejamento do SUS com base no que estabelece o Decreto n.º 7.508/2011. **69**

LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS

Quadro 1- Cronologia de Implantação/Implementação do SUS.	61
Quadro 2 - Atribuições dos Gestores em cada Esfera do Governo.	63
Quadro 3 - Atribuições das Comissões Intergestores.	66
Quadro 4 - Instrumentos de Planejamento do Financiamento.	70
Gráfico 1- Distribuição dos usuários dos processos de judicialização, segundo a faixa etária, Uberlândia, 2018.	99

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos processos judiciais por região sanitária do município de procedência dos usuários, Uberlândia, 2018. **100**

Tabela 2: Distribuição dos processos judiciais por bairro de procedência dos usuários, Uberlândia, 2018. **101**

Tabela 3: Distribuição dos processos judiciais dos usuários, segundo os principais agravos conforme CID-10, Uberlândia, 2018. **101**

Tabela 4: Distribuição dos processos judiciais dos usuários, segundo as principais demandas, conforme CID-10, Uberlândia, 2018. **103**

Tabela 5: Distribuição dos processos judiciais por procedência segundo o tipo de Unidades de Saúde de procedência dos usuários, Uberlândia, 2018. **104**

Tabela 6: Distribuição dos processos segundo o tempo médio de duração no Ministério Público, Uberlândia, 2018. **105**

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
OBJETIVOS.....	20
METODOLOGIA	20
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	25
CAPÍTULO I.....	26
A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	26
CAPÍTULO II.....	45
O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL	45
CAPÍTULO III.....	73
A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL	73
CAPÍTULO IV.....	92
JUSTIÇA, IGUALDADE E EQUIDADE EM SAÚDE NO BRASIL	92
CAPÍTULO V.....	98
RESULTADOS, DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	98
REFERÊNCIAS.....	110
ANEXOS	136

INTRODUÇÃO

No Brasil, observa-se que a saúde e o direito são áreas com características políticas. As instituições de saúde e jurídicas têm sido testemunhas desse processo, que trazem uma influência decisiva na sociedade e no estabelecimento de estratégias de obtenção dos direitos pelos atores envolvidos. A relação entre saúde e direito tornou-se mais evidente a partir da Constituição de 1988, cuja concretização foi fruto de amplos debates com grupos de pressão, sociedade civil e Estado (PINHEIRO, 2015).

Ainda assim, a progressiva constitucionalização que os direitos sociais passaram na década de 1980, associada aos desafios de implementação efetiva por parte do Estado, fez com que tais direitos fossem cada vez mais submetidos ao crivo das instituições jurídicas para sua efetivação (BRASIL, 2014).

A judicialização do direito à saúde, mais especificamente, tem se direcionado a diversos serviços públicos e privados, tais como o fornecimento de medicamentos, a disponibilização de exames e a cobertura de tratamentos para doenças. Não é difícil observar em qualquer instância do governo no Brasil, a existência de ações judiciais que buscam o deferimento de pedidos sobre estes e outros assuntos.

Assim, o resultado deste processo é a intensificação do protagonismo do Poder Judiciário, na efetivação da saúde e uma presença cada vez mais constante deste Poder, no cotidiano da gestão em saúde. Seja em uma pequena comarca ou no plenário do Supremo Tribunal Federal, cada vez mais o poder judiciário tem sido chamado a decidir sobre demandas de saúde, o que o alçou a ator privilegiado e que deve ser considerado quando o assunto é política de saúde.

A judicialização da saúde é um fenômeno recente no Brasil. E por judicialização da saúde, deve-se entender um fenômeno amplo e diverso de reclame de bens e direitos nas cortes: são insumos, instalações, medicamentos, assistência em saúde, entre outras demandas protegidas pelo direito à saúde.

Segundo Asensi e Pinheiro (2015) a origem do fenômeno é ainda incerta, não apenas pela ausência de estudos empíricos sistemáticos e comparativos no país, mas principalmente pela magnitude da judicialização e seus diferentes níveis de expressão nas cortes. Em consequência, existem argumentos distintos para analisar as implicações do fenômeno da judicialização do direito à saúde no país: de

um lado, se anuncia a possibilidade de efetivação do direito, mas, por outro, há o risco do entendimento de a judicialização ser uma interferência indevida do Judiciário nas políticas públicas da saúde.

Saúde trata-se de um tema bastante amplo, não abrangendo somente o âmbito de doenças e tratamentos, sendo que, as implicações do tema saúde ocorrem no domínio social, legal e econômico. As políticas de saúde deveriam ser destaque em diversos governos no mundo, porém em sua maioria, os governos não conseguem oferecer o mínimo de condições aos seus cidadãos.

No Brasil, a relevância desse tema é cada vez maior, visto que o desenvolvimento da nação está atrelado a bons indicadores de desenvolvimento social, sendo os mais importantes, os ligados à saúde. Apesar das políticas de saúde terem melhorado substancialmente, cresceu nos últimos anos a busca de medicamentos e tratamentos especializados através do âmbito judicial.

A Constituição Federal Brasileira de 1988, em seu artigo 196, traz de forma expressa que é dever do Estado prover aos cidadãos o acesso à saúde.

Porém o que se vê, é que o governo já apresenta dificuldades em oferecer serviços de saúde de qualidade a seus cidadãos. E isso é um indicativo de que não poderá sustentar por muito mais tempo a crescente demanda de sentenças que vem lhe sendo impostas.

A constante busca do poder judiciário faz com que a Administração Pública sofra com os gastos provenientes de tais processos, necessitando por muitas vezes, desviar verbas de outras áreas, ou de determinados fins, para cobrir os desfalques deixados com o custeio de eventuais tratamentos, intervenções, medicamentos, dentre outros. Neste sentido, ao abordar tal tema, além de apresentar um estudo sobre um dos pontos mais comentados na atual conjuntura jurídica brasileira, que é a excessiva busca pelo poder judiciário, este trabalho trará as principais perspectivas de tal judicialização e sua influência na atividade estatal, quando realiza a inversão de recursos em prol de parte específica da população frente à coletividade.

A judicialização da saúde vem gerando enormes controvérsias na doutrina e na jurisprudência brasileira. Uns consideram-na como adequação das ações do Poder Público a fim de atingir os objetivos fundamentais do Estado. Outros, em contrapartida, entendem que essa interferência é constitucionalmente inadequada e que pode ser mais maléfica que benéfica, aumentando as desigualdades sociais já

existentes. Percebe-se, neste contexto, a necessidade de se compreender as suas causas e o seu desenvolvimento.

A judicialização da saúde é um fenômeno que pode prejudicar a execução de políticas de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que o cumprimento de determinações judiciais para fornecimento de medicamentos, insumos e serviços de saúde acarreta gastos elevados e não programados. Em 2015, o Governo Federal chegou a ter estimativas de gastos diretamente de mais de R\$ 2,5 milhões com os processos, via judicial (ASENSI; PINHEIRO, 2015).

Vale destacar ainda, que o Sistema Único de Saúde (SUS) criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, Leis Orgânicas da Saúde, torna obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto (BRASIL, 2009). Existe um grande abismo entre o que está regulamentado nas leis supracitadas como função do SUS, e o que a população espera quando busca por tratamentos médicos, sendo que este abismo pode ser o responsável pelo crescente número de ações que visam assegurar o direito à saúde.

A temática da judicialização do direito à saúde é extremamente atual, uma vez que cresce exponencialmente o número de demandas no Poder Judiciário que exigem a efetivação da saúde.

Ainda assim, sem pretender esgotar o tema, nas correlações e nuance que ele comporta, o presente trabalho se torna importante na medida em que vai analisar uma normativa contemporânea. Mais é necessário entender os meandros legais de uma questão subjetiva que envolve todo o processo, pois será possível afirmar que a judicialização do direito à saúde fere o princípio da equidade, uma vez que deixa de tratar os iguais de forma igual, bem como os desiguais, desigualmente, na medida em que se desigalam?

Faz-se necessário compreender o panorama evolutivo da saúde, uma vez que refletir sobre o passado é estreitar a conexão entre mudanças sociais e florescimento de novos direitos. Nesse contexto, analisar e estudar as constituições anteriores sobre as disposições legais que normatizavam a questão do direito à saúde, vislumbrando a história da formação do campo da saúde no Brasil progressivamente, acompanha o processo histórico de ampliação dos direitos do cidadão, além das novas demandas político-sociais e históricas.

Sem contar que a Constituição Federal de 1988 consagrou a saúde como um direito de todos e dever do Estado, erigindo o direito à saúde à condição de direito fundamental social.

Então, a hipótese que norteou essa pesquisa foi a de que o fenômeno da judicialização da saúde estaria ferindo o princípio da equidade consagrado pela Lei Orgânica da Saúde - Lei n.º 8.080/90, uma vez que, em tese, beneficiaria demandas individuais em detrimento das coletivas.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Analisar as demandas judiciais no Ministério Público Estadual em Uberlândia/MG.

Objetivos específicos

- Conhecer as demandas solicitadas contra a Gestão Pública de Saúde na Promotoria Especializada de Saúde do Ministério Público Estadual em Uberlândia/MG.
- Descrever o perfil sócio demográfico dos usuários residentes em Uberlândia/MG que pleiteiam seu direito à saúde na referida Promotoria;
- Investigar os agravos e doenças que acometiam esses usuários;
- Distinguir os serviços de saúde responsáveis pela solicitação das demandas.
- Identificar as providências jurídicas tomadas pela referida Promotoria.

METODOLOGIA

Localização e Caracterização da Área de Estudo.

A pesquisa foi realizada no município de Uberlândia, que se localiza na microrregião do Triângulo Mineiro, no oeste do Estado de Minas Gerais. Possui área de 4.040 quilômetros quadrados ocupada, por 604.013 habitantes, segundo o Censo 2010 (IBGE, 2010).

Neste cenário, o Ministério Público Estadual em Uberlândia/MG, conta com a Promotoria Especializada da Saúde, prestando serviço de orientação jurídica acerca dos assuntos que são de atribuição do Ministério Público Estadual na área da saúde pública, bem como o registro de representação acerca de demora no agendamento

de cirurgias, exames, consultas, liberação de medicamentos especiais e internações hospitalares entre outros, desde que o órgão responsável pelo atendimento da demanda, já tenha sido procurado e não tenha resolvido o problema. Realiza ainda, o encaminhamento de requisições à Gestão Municipal e/ou Estadual de Saúde, a respeito das demandas trazidas à Promotoria Especializada da Saúde pelo usuário do SUS. Atualmente, a referida Promotoria tem feito mensalmente cerca de 43 demandas Judiciais em média (MPE, 2017).

Trajetória da Investigação.

Primeiramente, a Promotoria Especializada da Saúde do Ministério Público Estadual em Uberlândia/MG foi previamente consultada e esclarecida pelos pesquisadores sobre as peculiaridades e formalidades da pesquisa acadêmica, e foi solicitada a este órgão público a autorização para coletas dos dados essenciais á pesquisa, que somente se iniciaram após o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Federal de Uberlândia-MG, em conformidade à Resolução CNS 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, seguindo todos os tramites éticos, o que lhes confere sigilo nas informações prestadas.

Neste lapso, para atingir os objetivos propostos seguiram-se os procedimentos metodológicos seguintes:

a) Revisão bibliográfica com levantamento de artigos científicos, revistas especializadas e livros nacionais que abordam a temática.

b) Levantamento de leis, normas, decretos, portarias e resoluções que regem o direito e o acesso à saúde frente à judicialização em saúde; também foi feita a identificação do número da amostra do estudo; elaboração para posterior aplicação de um instrumento semi-estruturado no local do estudo.

Tratou-se de um estudo retrospectivo, de natureza documental, exploratório, transversal e quantitativo, em que foram interpretados os resultados da pesquisa sobre as solicitações das demandas individuais na Promotoria Especializada da Saúde do Ministério Público Estadual em Uberlândia/MG. Segundo os fins, foi descritiva, pois foram reveladas, com a exatidão possível, as características da realidade, e quantitativa ao quando foram avaliados os dados obtidos conforme recursos estatísticos, baseando-se em evidências teóricas pesquisadas (TOBAR; YALOUR, 2001; TRIVIÑOS, 2010).

Neste contexto, para responder aos objetivos desta pesquisa, foi utilizada inicialmente a abordagem quantitativa, e os dados foram coletados conforme o instrumento em anexo (DESLANDES; ASSIS, 2002; TANAKA; MELO, 2004).

Foram analisadas por meio de amostragem, as demandas judiciais em saúde solicitadas no Ministério Público Estadual em Uberlândia/MG, no período de Maio de 2016 a Abril de 2017, cadastradas no Processo Judicial Eletrônico - PJe do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, perfazendo um total 12 meses e 860 judicializações (ações) e, portanto o universo de ações consideradas na pesquisa. Desta forma, o dimensionamento da amostra foi feito com base na metodologia que considera este tamanho populacional finito.

Sabe-se que a distribuição da proporção amostral é aproximadamente normal e que ainda, a proporção geralmente é estimada ou calculada em casos onde a variável assume duas categorias como sim ou não, ou ainda, sucesso e fracasso. Pode-se admitir que a ação se refere a uma espécie específica (cirurgia, por exemplo) ou outra e assim, ter-se-ia dados com duas categorias. Admitindo o exposto acima, o tamanho amostral (n) é determinado a partir da expressão a seguir,

$n = \frac{(z^2 \times p' \times (1 - p') \times N)}{(e^2 \times (N - 1) + z^2 \times p' \times (1 - p'))},$	(1)
--	-------

em que z é um quantil da distribuição normal e depende da confiança adota para que o erro máximo (e) não seja extrapolado na estimativa da proporção. O valor de p' é obtido de estudos prévios sobre o assunto ou, quando isto não for possível, adota-se $p' = 0,5$ o que remete à imparcialidade do pesquisador e ao mesmo tempo, fixado os outros componentes da expressão 1, é o valor que maximiza n .

Para o presente trabalho adotou-se 95% de confiança, erro de 2% e $p' = 0,5$. A partir de tais informações e $N = 860$, como mencionado anteriormente obteve-se $n = 634$, o que representa o número mínimo de indivíduos a serem considerados no estudo para que o erro de estimativa não seja extrapolado com 95% de confiança.

Com intuito de caracterizar a população (as ações) ao longo do período de Maio de 2016 a Abril de 2017, a amostragem foi realizada por mês. O tamanho da amostra em cada mês foi determinado de forma proporcional.

Em cada mês, a escolha das ações foi realizada de forma aleatória. Utilizou-se o software R (R Core Team, 2016) para realizar o sorteio das ações que integralizaram (compuseram) a amostra/mês. O procedimento no referido software consistiu em utilizar um conjunto de números inteiros de 1 até o total de ações daquele mês e posteriori escolher de forma aleatória a amostra ou quantidade conforme estabelecido de forma proporcional, por mês. Assim, para o mês de Maio, por exemplo, utilizou-se números inteiro de 1 a 105 e posteriormente foram selecionados de forma aleatória 77 ações dentre o total de 105.

Deste *n* de 634 ações escolhidas de forma aleatória e proporcional aos meses, somente 615 ações foram válidas ao estudo. Não se conseguindo acesso remoto pela rede global de computadores, as 19 ações supostamente cadastradas no PJe do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais pela referida Promotoria não foram utilizadas.

Conforme o instrumento anexo, coletou-se variáveis como: o perfil sócio-econômico do usuário (sexo, idade, etnia, renda familiar, região de procedência), os agravos e doenças apresentadas pelos usuários do SUS, a demanda solicitada (cirurgia, medicamentos, exames, consultas especializadas e internações hospitalares), o serviço de saúde responsável pela solicitação da demanda e as providências jurídicas tomadas pela Promotoria, diante das demandas dos usuários.

Lakatos (2010) afirma que é da relação que o homem tem com o mundo, em seu constante questionar e indagar, seja qual campo estiver, que surgem elementos importantes como a consciência e o conhecimento da realidade das experiências do seu grupo social.

Assim, o escopo desta pesquisa pode ser compreendido como sendo um procedimento sistemático de investigação feito para rever ou ampliar o conhecimento existente, descobrindo novos fatos, discutindo novas formas de pensar, retificando antigas conclusões e desenvolvendo novas perceptivas e tecnologias (VIEIRA, 2015).

Objeto do Estudo

Assinala-se, que este conjunto de dados, que configura o complexo quadro do processo da Judicialização da Saúde, teve como objeto de estudo as demandas judiciais em saúde solicitadas pelos cidadãos residentes no município de

Uberlândia/MG, na Promotoria Especializada da Saúde do Ministério Público desse município, no período de Maio de 2016 a Abril de 2017.

Coleta e Fonte de Dados

Devido à natureza do objeto, o presente estudo foi realizado em duas etapas descritas a seguir:

1ª etapa:

Análise documental tendo como fonte primária de pesquisa, dados secundários, os registros ou procedimentos para apuração de lesão a direitos individuais na Promotoria da Saúde do Ministério Público em Uberlândia/MG, no período de Maio de 2016 a Abril de 2017, com o fito de apurar o número total de demandas em saúde solicitadas a este órgão público e, posteriormente separar desse total registrado, as demandas que deram ensejo à judicialização em saúde, o que configurou o tamanho da amostra, e, portanto, o universo de ações consideradas na pesquisa.

Neste ponto, a análise documental compreendeu a identificação, verificação e apreciação dos registros acima mencionados para o determinado fim, e que foram utilizados na pesquisa quantitativa com a finalidade de levantamento dos dados essenciais a formação do banco de dados (MOREIRA, 2006).

2ª etapa:

Após o levantamento documental e apurados os elementos necessários a pesquisa na 1ª etapa, fez-se a coleta de dados por amostragem (aleatória), referente aos registros das solicitações das demandas judiciais em saúde, e a sua análise feita dentre outros objetivos do estudo, identificou-se a proporção de espécies de judicialização em saúde (cirurgias, exames, medicamentos, consultas especializadas e internações hospitalares), o perfil sócio-econômico do usuário (sexo, idade, etnia, renda familiar, região de procedência), os agravos e doenças que acometem o usuário, o serviço de saúde responsável pela solicitação da demanda e as providências jurídicas tomadas pela Promotoria, diante das demandas dos usuários. Tais dados foram produzidos por meio da aplicação de um instrumento semi-estruturado nos processos uio°, de forma a permitir a análise estatística dos dados coletados e aprofundar as reflexões acerca desses fatos (CRUZ NETO; MINAYO, 2010; MINAYO, 2008).

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Critérios de Inclusão

Foram incluídas todas as demandas judiciais de usuários residentes em Uberlândia/MG que pleitearam seu direito à saúde na Promotoria Especializada da Saúde do Ministério Público Estadual em Uberlândia/MG, e os serviços de saúde responsáveis pela solicitação das demandas no âmbito desta cidade, no período de Maio de 2016 a Abril de 2017, cadastradas no PJe do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais.

Critérios de Exclusão

Serão excluídas todas as demandas judiciais de usuários residentes fora do município de Uberlândia/MG, e os serviços de saúde de outras cidades responsáveis pela solicitação das demandas judiciais no período de Maio de 2016 a Abril de 2017.

CAPÍTULO I

A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

1.1 A Saúde Pública no Período Colonial

O Brasil colonial é marcado por desbravações pelos europeus em busca de vida fácil, terras férteis, poder e riqueza em abundância, assim, a Europa viveu uma apologia de que o novo continente era um jardim edílico, impulsionando grandes navegações do Velho Mundo em busca do Eldorado brasileiro (ROUQUAYROL, 2013).

De acordo com Ribeiro (1987), nessa época embarcaram para a colônia, militares, nobres e mendigos, presos, jesuítas; pessoas trazendo consigo uma diversidade de doenças antes inexistentes ao novo mundo.

Dentre as doenças trazidas pelos colonizadores, havia peste bubônica, cólera e varíola e, posteriormente, com a chegada dos africanos, a filariose e a febre amarela, existia ainda a malária (doença tropical), desconhecida pelos europeus, assim, o conhecimento acerca da transmissão, controle ou tratamento dessas novas doenças, demandavam diferentes intervenções no período (BAPTISTA, 2007).

Dessas afirmações, depreende-se, que os colonizadores enfrentaram austera realidade sanitária, sendo criados no século XVI, pelo Conselho Ultramarino português, os cargos de físico-mor e cirurgião-mor. Todavia, os métodos trazidos pelos poucos médicos que aqui estavam eram rejeitados pela população, por questões financeiras, medo de submeter aos tratamentos e preferência em utilizar remédios recomendados pelos curandeiros negros ou indígenas (BERTOLLI FILHO, 2011, p. 6).

Acrescenta Del Priore (2004), que existiam os regulamentos sanitários decretados pela coroa portuguesa, que vetavam aos leigos o exercício da medicina, mas no Brasil colonial foram totalmente inoperantes, visto a situação caótica enfrentada.

Desse modo, houve a proliferação dos chamados boticários (farmacêuticos práticos), cujo processo de habilitação na função consistia em acompanhar, durante algum tempo, as atividades de um botica já estabelecido, e posteriormente, prestar um exame de aptidão perante a fisicatura, e sendo aprovado, o candidato recebia uma “carta de habilitação” para instalar o seu próprio estabelecimento farmacêutico (BERTOLLI FILHO, 2011).

No período colonial, os tribunais portugueses expediram licenças, autorizando os físicos cirurgiões, boticários e outros agentes de cura sem formação acadêmica, que comprovassem experiência, a exercer suas funções em localidades específicas e por tempo determinado (ESCOREL et al., 2008, p. 336).

De acordo com Batistella (2007, p. 30), o uso disseminado de chás, o recurso às rezas, benzeduras, simpatias, oferendas e os ritos de purificação, presentes nas diversas crenças e religiões (católica, evangélica, espírita, candomblé entre outras), atestam a força de sua presença na cultura brasileira.

Diante da realidade, pouco contribuía os médicos para a contenção dos surtos, ficando os habitantes a mercê de infrutíferos isolamentos dos doentes (BERTOLLI FILHO, 2011).

Em meio a essa condição sanitária caótica, Ribeiro (1956), relata que há registros na literatura sobre dois evangelizadores que disseminaram o bacilo de Koch entre os nativos e colonos, os jesuítas Manuel da Nóbrega e José de Anchieta.

É de se considerar também, que a população nessa época acreditava que as doenças eram castigo de Deus, utilizando cotidianamente a prática do curandeirismo e o benzimento para a cura das enfermidades, e medicinalmente pouco sabia do corpo feminino (DEL PRIORE, 2004).

Rouquayrol (2013) relata que não havia hospitais no Brasil colônia, a não ser as Santas Casas de Misericórdia e as enfermarias Jesuítas, que somente começaram a atender aos colonos e marinheiros em 1539, sendo a primeira delas, instalada em Olinda, posteriormente Santos em 1543, Vitória em 1545, Salvador em 1549, São Paulo em 1560, Rio de Janeiro em 1582, João Pessoa em 1602, Belém em 1619 e São Luis em 1657.

Tais instituições acima antecederiam às atividades estatais de assistência à saúde pública, a teor dos serviços prestados (GERSCHMAN et al., 2006).

Na opinião de Baptista (2007) e Figueiredo et al., (2007) no período colonial, as ações de saúde pública se resumiam na proteção e saneamento das cidades portuárias, controle e observação dos produtos comercializados, das doenças e doentes, e da prática da quarentena, para conter a propagação das moléstias. Logo com o desenvolvimento da colonização, houve o desaparecimento da assistência médica jesuítica, suprida pelos físicos, como eram conhecidos os médicos da época, e pelos cirurgiões-barbeiros (BRASIL, 2013).

1.2 A Saúde Pública no Império

Em meados de 1808, toda a corte portuguesa juntamente com Dom João VI desembarcou em terras brasileiras, fugindo de Napoleão Bonaparte. Nesse período, não existia faculdade de medicina no Brasil, visto que Portugal proibia a implantação em suas colônias (ROUQUAYROL, 2013).

De igual modo, a organização política do império impunha um regime de governo unitário e centralizador, incapaz de dar prosseguimento e eficiência na transmissão e execução à distância das determinações emanadas dos comandos centrais (SALLES, 1971 apud POLIGNANO, 2001).

De acordo com Pôrto (2006), o primeiro passo da corte portuguesa frente à medicina tropical foi à criação de Faculdades de Medicina em Salvador e no Rio de Janeiro, cidades portuárias que recebiam o maior número de navios e de escravos.

Assim, a primeira faculdade de medicina foi inaugurada em 18 de fevereiro de 1808, denominada de Escola de Cirurgia da Bahia, anexa ao Hospital Real Militar, que ficava nas dependências do Colégio dos Jesuítas, posteriormente renomeada de Academia Médico Cirúrgica, ganhando a *status* de Faculdade de Medicina da Bahia em 1932 (ROUQUAYROL, 2013).

Polignano (2001) assinala que em 05 de novembro do mesmo ano, foi implantada Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, adjunta ao Hospital Real Militar, nomeado-a como Escola de Anatomia, Cirurgia e Medicina; alavancando o desenvolvimento da medicina e das ações sanitárias no império.

Salles (1971) comenta que a ausência de médicos no Brasil Colônia e no Brasil Império era espantosa, e para se ter noção, no Rio, em 1789, existia apenas quatro médicos desempenhando a profissão.

Por outro lado, Pita (1996, p. 445-446) acrescenta a preocupação da corte portuguesa com a questão da higiene pública e vacinação no Brasil ao citar que a família real portuguesa determinou em 1811 a criação da Junta Vacínica da Corte.

Nesse aspecto, Rouquayrol (2013) sinaliza que em 1820 foram difundidos os institutos vacínicos para o Estado de São Paulo, Minas Gerais, e Rio Grande do Sul, passando a se chamar em 1831, de Junta de Vacinação.

Dessa forma, a corte também visando à redução de doenças infectocontagiosas instituiu a Inspetoria de Saúde dos Portos em 1828, cuja função

era colocar em quarentena os navios que transportassem pessoas (BERTOLLI FILHO, 2011).

Nesse ponto, Rosemberg (2008) aponta haver interesses políticos e econômicos em abordar as epidemias virais, mais do que a tuberculose, visto que os europeus morriam mais em relação aos negros. O mesmo autor ressalta ainda, que a Academia Imperial de Medicina em 1835, recebeu inúmeras denúncias sobre os casos de tuberculose, porém, escassas atuações foram realizadas para a contenção dessa enfermidade, de tal modo, que o tratamento desses tísidicos em 1839 foi realizado pelas Santas Casas de Misericórdia do Rio de Janeiro, inclusive, dos negros africanos que apresentavam baixa resistência contra o bacilo de Koch. Intitularam-na popularmente como peste branca, doença lenta, polimorfa e insidiosa que levava inúmeros ao túmulo (RIBEIRO, 1956).

No período de 1828 a 1849 na cidade do Rio de Janeiro, surgiram epidemias de febre amarela, febre tifóide, varíola, sarampo, sendo instituindo em 1850, a chamada Polícia Médica, para conter os avanços dessas epidemias, principalmente de febre amarela (DIOGO, 2010; ROUQUAYROL, 2013).

Bertolli Filho (2011); Pinto, (2012) e Carvalho (2013), relataram que após a corte ter controlado a surto de febre amarela em 1850, criou-se a Junta de Higiene Pública, voltada ao controle de doenças (varíola, febre amarela e cólera) em navios, portos e em delegar atribuições sanitárias aos Municípios.

Posteriormente em 1851, a mencionada Junta foi convertida em Junta Central de Higiene Pública, com o viés de controlar o exercício da medicina e fiscalizar a vacinação, alimentos, açougues, farmácias entre outros (MACHADO et al., 1978).

Em 1851, por meio do decreto de nº 858, a Junta teve acrescentado em seu nome o termo “Central”, devido à incorporação dos serviços de Inspeção de Saúde do Porto do Rio de Janeiro e o Instituto Vacínico (RIBEIRO, 1992, p. 91).

De acordo com Brasil (2010) e Rouquayrol (2013), ainda no século XIX, as doenças infectocontagiosas foram retratadas sob o prisma da teoria miasmática, cujas causas acreditavam, originariam-se dos vapores, eflúvios, venenos, que emanavam dos solos, pântanos, esgotos, lixões em putrefação e etc., sendo desconhecida a etiologia infecciosa.

Medidas sanitárias inspiradas nas velhas idéias sobre os miasmas, implantadas durante o século XVIII e início do XIX, proporcionaram grande melhoria da saúde pública (MARTINS, 1997, p. 109).

Rosen (1994, p.89) complementa que “a influência da concepção atmosférico-miasmática perduraria muito longamente, e esse conceito desempenharia um importante papel no avanço da Saúde Pública no século XIX”.

Nesse cenário, Costa (2003, p. 86) pontua que os médicos e os reformadores do Século XIX, entendiam que os males provinham das exalações fétidas das matérias orgânicas em decomposição, provenientes dos pântanos, casas insalubres e cortiços. Por outro lado, havia ainda a discussão sobre a teoria do contágio pautada na propagação das enfermidades por contato direto, ou por meio de fômites do doente para os indivíduos hígidos (ROUQUAYROL, 2013).

Dessa forma, a comprovação científica por meio do microscópio fez à concepção contagionista ampliar a microbiologia no final do século XIX. Nesse sentido, Ávila-Pires (2000, p. 27), diz que “o aperfeiçoamento do microscópio, no século XVII, permitiu resolver a antiga disputa entre os defensores das teorias dos miasmas e do contágio”.

Martins (1997, p.171) enfatiza que “no final do século XIX, após o sucesso da teoria microbiana das doenças, pareceria que, depois de milênios, a medicina havia encontrado finalmente um caminho seguro, científico, para o seu desenvolvimento”.

Dessa maneira, a transferência da família Real para o Brasil, em 1808, ocorreu em um momento em que o mundo científico evoluía, inclusive a medicina, com importantes avanços no estudo da anatomia e da descoberta do microscópio, propiciando progressos no controle e combate as epidemias no país (SCLIAR, 2007).

1.3 A Saúde Pública na República Velha

Salienta Rouquayrol (2013), que o feito da abolição da escravatura no Brasil em 13 de maio de 1888, e a implantação do novo regime republicano em 1889, desencadeou uma série de debates e projetos sobre saúde pública, visando controlar as doenças pestilenciais e proteger os imigrantes europeus.

Assim, esse período de 1889 a 1930 ficou conhecido como a República Velha, e permaneceu governado pelas ricas oligarquias dos Estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, cuja principal base econômica vinculava-se a cafeicultura (BAPTISTA, 2007).

Afirmam Bertolli Filho (2011) e Pinto (2012), que no início do século XX, o Governo Federal foi pressionado pelos cafeicultores, a combater o avanço da febre amarela, varíola, febre tifóide (entre outras), e graças ao trabalho desempenhado por institutos soroterápicos como o Oswaldo Cruz (em 1899/1900), no Rio de Janeiro e, Emílio Ribas (em 1901) e Instituto Butantã (em 1901), na cidade de São Paulo, foram obtidos êxito no controle das doenças transmissíveis e pestilenciais, exceto da tuberculose, que embora fosse de maior prevalência na época, não foi contemplada no plano contingente nacional.

Nesse cenário, Rouquayrol (2013) enfatiza a criação no Rio de Janeiro, da Liga Brasileira contra Tuberculose em meados de 1900, sendo Clemente Ferreira, o pioneiro ao criar a Liga Paulista contra a Tuberculose, por meio de uma associação filantrópica.

Segundo o mesmo autor, diversas ligas foram criadas pelo Brasil afora, e o grande mérito dessas ligas, foram o diálogo com o Estado em promover intervenção e medidas de controle contra a tuberculose.

Nesse seguimento de intervenções e de movimentos sanitaristas, refere Batista (2007), que Oswaldo Cruz foi nomeado ao cargo de Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) ficando à frente, no governo de Rodrigues Alves (1902 a 1906), sendo tomada uma série de medidas concentradas nos perímetros urbanos e nos portos, que incluíam a reurbanização, o saneamento, o combate e controle de epidemias, a reforma de portos, a desinfecção domiciliar, o arrasamento de edificações consideradas nocivas à saúde pública, a notificação permanente dos casos de febre amarela, varíola e peste bubônica, e a atuação da Polícia Sanitária.

Sobre o mencionado, Oliveira (2000) entende que vigorou o modelo campanhista de combate as epidemias, cujas práticas de saúde eram extremamente autoritárias (COSTA et al., 2010).

Bertolli Filho (2011) relata que a intervenção campanhista de Oswaldo Cruz tornou compulsiva e obrigatória a vacinação contra varíola no Brasil, desencadeando a rigor contra a Lei nº 1.261, de 31 de outubro em 1904 (Lei Federal), um movimento

de oposição e descontentamento popular, apelidado como Revolta da Vacina, que posteriormente revogada tal lei, e tornou-se opcional a vacinação.

Nas décadas seguintes, Batista (2007) comenta que as crises epidêmicas foram contidas pelo governo de Rodrigues Alves, iniciando-se a segunda fase do movimento sanitaria de Oswaldo Cruz (1910 a 1920), com foco voltado a profilaxia rural, cujas preocupações se resumiam no saneamento e no combate a três endemias: a malária, mal de Chagas, ancilostomíase.

Já em 1920, Oswaldo Cruz saiu do comando das ações sanitarias, tomando frente seu sucessor, Carlos Chagas (médico) para organizar o Departamento Nacional de Saúde, dessa forma as dificuldades sanitarias deixaram de ser um caso de polícia para adquirir um caráter de questão social (CAMPOS, 2006. p.213 apud POLIGNANO, 2001).

Ainda na República Velha, Costa et al., (2010) assinalam dois marcos importantes em 1923, a chamada Reforma Sanitária Brasileira, ancorada pela criação do Departamento Nacional de Saúde, ligado ao Ministério da Justiça, e o Decreto-Legislativo nº. 4.682, de 14 de janeiro de 1923, popularmente conhecido como Lei Elói Chaves, elaborado pelo Congresso Nacional, em resposta as duas greves operárias que requisitavam melhorias nas condições de trabalho, pela qual foram instituídas as Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAP) primórdios da Previdência Oficial (BERTOLLI FILHO, 2008).

A respeito do primeiro marco, ROUQUAYROL (2013. p. 6) salienta que em 1926, a DNSP foi transferida para o Ministério da Educação e Saúde, sendo criado neste período, de República Velha, a Superintendência de Campanhas (SUCAM), o Serviço de Saúde Pública (SESP), o Instituto Evandro Chagas (IEC), o Centro Nacional de Primatas, e a Escola de Enfermagem de Manaus.

Em respeito ao segundo marco, Longo (2003) destaca que os festejos oficiais que situaram na Lei Elói Chaves (1923) e o nascimento da Previdência Brasileira tiveram caráter ideológico que deve ser desvendado.

Assim, esse período ficou conhecido como República Velha, ancorado num modelo neoliberal privado tradicionalista, com assistência médica individual oferecida pelas santas casas e instituições de caridade a quem não podia pagar, ou por médicos tipicamente liberais, mediante remuneração direta (VIANA et al., 2011).

1.4 A Saúde Pública na Era Vargas (1930-1945 e 1951-1954)

Segundo Neto (2017), o período entre 1930 a 1945 e 1951 a 1954, é conhecido como Era Vargas, arena do importante processo de industrialização do Brasil, permeado com o surgimento de indústrias e da criação de leis trabalhistas para regular os direitos dos operários, inclusive o direito a saúde e a previdência.

Nesse cenário em 1930, Getúlio Vargas assumiu a presidência da República Federativa do Brasil em meio à grande tribulação da Revolução de 30, rompendo estreitos laços entre o Estado e as oligarquias regionais, promovendo amplas reformas sanitárias e educacionais, por meio de um ministério compartilhado, criado em novembro do mesmo ano, denominado de Ministério da Educação e Saúde Pública (BERTOLLI FILHO, 2011).

Nesse contexto de reformas, chama a atenção à criação, no primeiro ano do mandato de Vargas, do Instituto de Aposentadorias e Pensões – IAP, através do financiamento tripartite, entre Estado, empregador e empregado, ligados às classes trabalhadoras (Junior, 2003, p. 124).

Noutro enfoque, com a edição da Carta Magna de 1934 e da Consolidação das Leis Trabalhista (Decreto-Lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943), apelidada de CLT, ampliou-se o rol de garantias necessárias ao desenvolvimento do país, como a jornada laboral de oito horas diárias, salário mínimo, direito a férias remuneradas, descanso semanal aos domingos, licença remunerada a gestante, assistência médica ao proletariado e seus dependentes etc., ganhando apoio dos brasileiros (BRASIL, 1937).

Sobre esse fato, Couto (2004, p. 95) menciona que, toda a legislação trabalhista criada na época, embasava-se na idéia do pensamento liberal brasileiro, onde a intervenção estatal buscava a harmonia entre empregadores e empregados.

Ainda no intuito de resolver os conflitos sociais, o governo getulista, iniciou um período ditatorial, compreendido entre 1937 a 1945, alcunhado de Estado Novo (ROUQUAYROL, 2013).

Para Couto (2004, p.104) o período de 1937 a 1945 foi marcado pelos traços de autoritarismo e centralização técnico-burocrático e também composto por traços paternalistas, criando um aparato institucional e estimulando o corporativismo na classe trabalhadora.

Cohn et al., (2005) mostram que durante o período do autoritarismo, houve centralização técnico-burocrático, com a ampliação da Previdência Social às diversas categorias organizadas de trabalhadores urbanos, sendo substituída a Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAPs) pelo Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAP), que abrangia categorias de trabalhadores como os marítimos, os bancários, os industriários e os servidores do estado etc.

Carvalho et al., (2010), comenta que nesses institutos previdenciários, os operários eram organizados por categoria profissional, e só gozavam do benefício aqueles com ocupações definidas em lei, e que contribuíssem para a Previdência Social.

Nesse aspecto previdenciário, o governo getulista manipulou o uso das reservas acumuladas pelas IAPs no regime de capitalização para áreas estratégicas da economia brasileira (OLIVEIRA E TEIXEIRA, 1985, p.142).

Noutro lado, Campos (2014, p. 222 apud POLIGNANO, 2001, p. 2), chamam a atenção ao articular que, a legislação trabalhista criada para garantir direitos sociais aos trabalhadores e suas famílias pareciam ser mais uma dívida do governo do que a conquista dos trabalhadores, obtida por meio de um longo período de luta.

Nesse sentido, Campos (2008) e Finkelman (2002) comentam que em 1942 foi estabelecido o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), através de convênio binacional entre os governos brasileiro e norte-americano, tendo como papel primordial a promoção da assistência médica, o treinamento de profissionais de saúde, e o saneamento de regiões produtoras de matérias-primas estratégicas aos interesses militares dos Estados Unidos (COSTA et al. 2010). Complementa Cunha (1998), que o Serviço Especial de Saúde Pública, instituído em 1942, atuou nas áreas descobertas pelos serviços tradicionais.

Nesse avanço cronológico, em 1946 foi promulgada a nova Constituição Federal do Brasil, e a saúde pública passou a ter a estrutura centralizada, com programas e serviços pautados em campanhas e ações sanitárias, seguidos pela criação do Ministério da Saúde no dia 25 de julho de 1953, com a Lei nº 1.920 (Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953); e sequencialmente a reorganização dos serviços nacionais no Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), em 1956; e a implementação da campanha nacional contra a lepra e malária, de 1958 a 1964, sendo realizado da 3ª Conferência Nacional de Saúde, em 1963 (CONASS, 2011).

Bertolli Filho (2011) fala da importância do segundo mandato presidencial de Getúlio que em 1953, faz o desmembramento do Ministério da Saúde do antigo Ministério da Educação e Saúde Pública, através da Lei nº 1920.

Carvalho et al., (2010) recordam que no ano de 1960, a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social, padronizou os serviços de saúde aos segurados, garantindo igualdade de direitos, independente do instituto que fossem afiliados.

Contudo, Polignano (2001) expõe que os rurícolas, os empregados domésticos, os servidores públicos e de autarquias com regimes próprios de previdência, foram excluídos e, somente com a criação do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) por meio da Lei 4.214/1963, é que esses trabalhadores foram unificados ao sistema.

Por fim, na Era Vargas, a industrialização do parque nacional gerou uma grande massa de operários para serem atendidos pelo sistema de saúde (MENDES, 1993), o que resultou numa maior procura desses serviços. Impossibilitado em suprir tais demandas, o Estado abriu espaço para os convênios com empresas, tornando a assistência cara e hospitalocêntrica (BAPTISTA, 2007).

1.5 A Saúde Pública no Autoritarismo (1964 -1984)

Costa et al., (2010) comentam que o golpe militar e a implantação do regime autoritário de administração, em 1964, culminaram com o agravamento da saúde pública, e da prestação de serviços à população mais carente.

Nesse período, a política pública de saúde voltou-se para a expansão do modelo hospitalocêntrico privado, comprando os seus serviços especializados (PAIM, 2003).

Diante do modelo de assistencial médico, foram unificados os IAPs, incorporando ao sistema previdenciário, categorias profissionais, como os rurícolas, os empregados domésticos e autônomos (BAPTISTA, 2007), sendo então criado em 1966, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (MAIA, 2009).

Frisa-se ainda, o desempenho da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) criada em 1970, com o fito de erradicar e controlar as endemias insurgentes, e do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (PRORURAL) instituído em 1971, com o propósito de tratar da aposentadoria dos

produtores rurais que somente em 1972, tiveram direito aos benefícios da Previdência Social (ROUQUAYROL, 2013).

A unificação do sistema previdenciário levou o governo militar a ser obrigado a incorporar os benefícios já instituídos fora das aposentadorias e pensões, dentre eles a assistência médica, que era oferecido pelos vários IAPs, sendo que alguns destes já possuíam serviços e hospitais próprios (POLIGNANO, 2001, p. 15).

Baptista (2007), explica que esse sistema previdenciário, tornou-se uma estrutura administrativa complexa, gerando insatisfação popular, sendo posteriormente criado em 1978, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que passou a coordenar todas as ações de saúde no nível médico-assistencial da Previdência Social.

O INAMPS adotou várias medidas no intuito de racionalizar suas despesas, dentre elas a “compra” de serviços do setor público (redes de unidades das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde), inicialmente por meio de convênios. A assistência à saúde prestada pela rede pública, apesar do financiamento do INAMPS apenas para os seus beneficiários, preservou o seu caráter de universalidade da clientela (BRASIL, 2002, p. 13).

Por outro lado, o Ministério da Saúde sofreu com os impactos negativos do Golpe Militar de 1964, reduziram as verbas destinadas à saúde pública. Dessa forma enfermidades, como a dengue, a meningites e a malária, ganharam destaque, e mesmo com a retomada de programas sanitários estabelecidos no II Plano Nacional de Desenvolvimento em 1975, poucos foram os avanços na saúde do país (ROUQUAYROL, 2013).

As consequências dessa política logo apareceram, pois de um lado estava a baixa capacidade de controle sobre os prestadores de serviço contratados ou conveniados, e de outro, a dificuldade de realização de um planejamento racional, já que os credenciamentos não obedeciam a critérios técnicos, e sim a exigências políticas (CARVALHO et al., 2010, p.18).

Todo esse desconforto na assistência pública da saúde durante o autoritarismo fez surgir nas décadas de 70 e 80, uma diversidade de movimentos sociais de grupos e associações políticas em prol de direitos sociais e de cidadania, sendo estes movimentos canalizados e intitulado de Reforma Sanitária, se concentraram na defesa da saúde como um direito de todos, atuando de forma decisiva em prol da universalização e preconizando que as ações em saúde

deveriam ser formuladas pelo estado em conjunto com espaços públicos de participação social (PINHEIRO, 2010, p. 16).

Dessa forma, a saúde passou a ter um caráter amplo, englobando as condições de alimentação, habitação, educação, meio ambiente, acesso à saúde, entre outros direitos que foram discutidos na VII Conferência Nacional de Saúde (7ª CNS) em 1980, como propostas à reformulação da política de saúde e a formulação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (BAPTISTA, 2007).

Albuquerque (2011) descreve que a 7ª CNS pautou-se nas recomendações da Conferência Internacional de Alma Ata, realizada em 1978, onde houve a formalização da Atenção Primária em Saúde (APS) como doutrina.

Nesse histórico, Rouquayrol (2013) realça a criação de mecanismo de combate à fraude e contenção de custos implantados pelo governo em 1981, quando se estabeleceu o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), órgão diretamente vinculado ao INAMPS.

Nesse sentido, “[...] a criação do CONASP se deu no ano de 1983 com a criação do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), que visava a universalização do atendimento e acesso da população aos serviços de diferentes níveis [...]” (MATOS; SANTOS, 2007, p. 8).

Nesse aspecto, foi criado em 1983, no intuito de integrar ações curativas, preventivas e educativas, as conhecidas Ações Integradas de Saúde (AIS), meio pelo qual a Previdência comprava e pagava por serviços prestados por hospitais filantrópico-universitários ou entidades públicas de saúde nas diversas esferas do governo (PAIM, 1986).

Polignano (2006) aponta que o subsistema de Atenção Médica Supletiva na década de 80, acendeu-se, e foi composto pelas seguintes modalidades assistenciais: cooperativas médicas, auto-gestão, medicina de grupo, seguro-saúde e plano de administração.

A doutrina identifica a primeira metade da década de 80, como perdida, por causa do período recessivo, permeado por grave crise econômica, declínio na atividade industrial, baixos salários praticados e o índice de desemprego, vivenciado em 1981 a 1983 (RIZOTTI, 2001).

Oliveira (2000) enfatiza que na segunda metade da década de 80, a crise era de caráter político, social e econômico, repercutindo na saúde da população, nas

condições de vida e desnutrição, no desemprego e na mobilidade de classes sociais hipossuficientes.

1.6 A Saúde Pública na Nova República (1985 – 1988)

Para Paim (2003) e Baptista (2007), no governo da Nova República em 1985, diferentes atores sociais clamaram pela democratização (universalização) da saúde, por meio de uma reforma sanitária. Realizada pelo Ministério da Saúde, entre os dias 17 a 20 de março de 1986, a denominada de VIII Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), onde gestores, técnicos e usuários do sistema debateram a temática, sendo considerado um marco histórico para a saúde no país, porém suas propostas não foram concretizadas de imediato (ALBUQUERQUE, 2011; FINKELMAN, 2002; BRASIL, 2012).

Em junho de 1987, foi instituído o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), dotado dos princípios básicos da universalização, da equidade, da descentralização, a regionalização, da hierarquização e da participação comunitária, constituindo ponte para a construção do atual sistema de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; CONASS, 2011).

Cronologicamente, no período entre fevereiro/1987 e setembro/1988, houve a Assembléia Nacional Constituinte, que tomou como base de debate, o relatório da citada 8ª CNS, para a reforma sanitária, sendo promulgada no final da década de 80, a nova Carta Magna, que incumbiu ao Estado, o dever e a obrigação de garantir saúde a todos os usuários, fato que tornou inadiável a aprovação de um Sistema Único de Saúde no final dessa década (FINKELMAN, 2002).

1.7 A Saúde Pública no Período Pós-Constituinte e o nascimento do Sistema Único de Saúde (SUS)

Após a promulgação da Constituição federal de 1988 (CF/88), o governo de Fernando Collor de Mello em 1990, sancionou a Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8080/90) e a Lei Complementar (Lei n.º 8142/90), no intuito de regulamentar o Sistema Único de Saúde, popularmente conhecido como SUS (PAIM, 2011).

Sobre esse discurso, a literatura ensina que,

[...] o projeto do SUS é uma política de construção da democracia que visa à ampliação da esfera pública, a inclusão social e a redução das desigualdades. Todas as propostas devem ter como principal objetivo a melhoria das condições de saúde da população brasileira, a garantia dos direitos do cidadão, o respeito aos pacientes e a humanização da prestação de serviços (CARTA DE BRASILIA, 2005, p. 12-13).

Segundo Schwartz (2001) o SUS foi constitucionalmente definido, bem como tem os seus objetivos, os ditames previstos na pela novel Carta Magna de 1988 (AITH, 2007), a saber:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Nesse seguimento, Brasil (2007), reforça que o SUS foi fruto de uma política social universalista, com base jurídica solidificada na Constituição Federal, na Lei nº 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e na Lei n.º 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde (CONASS, 2011).

Seguindo esta linha, o “SUS tem como função realizar ações de promoção de saúde, vigilância em saúde, controle de vetores e educação sanitária, além de assegurar a continuidade do cuidado nos níveis primário, ambulatorial especializado e hospitalar” (PAIM, 2012, p. 20).

Nesse norte, Polignano (2001, p. 23) sustenta que o SUS compreende um “conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”.

Nas palavras de Aith (2007, p.340), fica claro que, o SUS representa a mais importante instituição jurídica do Direito Sanitário brasileiro na medida em que integra e organiza diversas outras.

Nesse contexto, Figueiredo (2007, p. 96-97) enfatiza que o SUS contempla um conjunto de unidades, serviços e ações que interagem para um fim comum, em que o adjetivo único determina que as diretrizes e princípios estabelecidos

constitucionalmente devam ser seguidos de forma unívoca nos três níveis da federação.

A esse respeito, Pinto (2012) completa que o SUS reuniu todas as ações e serviços de saúde sob responsabilidade da União, dos Estados, Distrito Federal e dos Municípios, de forma integrada e gratuita à população, estimado em um dos amplos sistemas públicos de saúde do mundo.

Nesses termos, “as ações e serviços de saúde são de relevância pública, integrantes de uma rede regionalizada e hierarquizada, segundo o critério da subsidiariedade, e constituem um sistema único” (MENDES et al., 2009, p.833).

Nesse passo, é importante destacar que como sistema único, o SUS assenta-se constitucionalmente sobre princípios doutrinários que expressam as ideias filosóficas de criação e implementação do SUS, personificam o conceito ampliado de saúde e o princípio do direito à saúde; e de princípios organizativos que orientam o funcionamento do sistema, de modo a contemplar seus princípios doutrinários (RONCALI, 2003, p. 34).

Para Aguiar (2011, p.49-50), os princípios doutrinários do SUS são três: universalidade, equidade e integralidade da atenção. Os princípios organizativos incluem: a descentralização, a regionalização e hierarquização do sistema, e a participação e o controle social.

Sobre os princípios da universalidade e equidade, as ações e serviços públicos de saúde, devem estar acessíveis a todos os que deles necessitem e devem ser fornecidos de forma igual e equitativa, sendo prestados sem discriminações de qualquer natureza e gratuitamente, para que o acesso seja efetivamente universal (AITH, 2007, p. 354).

Por integralidade na saúde, a doutrina explica duas dimensões, sendo a dimensão horizontal que se refere à ação de saúde em todos os campos, exigindo organização de todos os níveis de atenção, articulando-se a referência e contra-referência entre os serviços de pequena, média e alta complexidade de forma efetiva e resoluta; e a dimensão vertical que inclui a visão que se tem do ser humano como um todo, único e indivisível, o que extrapola uma atenção fundamentada apenas no aspecto biológico (CARVALHO, 2006, p.49).

Por consequência, o princípio da regionalização do SUS representa uma forma avançada de descentralização das ações e serviços de saúde na medida em que organiza as ações do Estado, não só puramente através da descentralização

política, mas também através de uma organização fundada na cooperação entre esses diversos entes federativos para que se organizem e juntem esforços rumo à consolidação de um sistema eficiente de prestação de ações e serviços públicos de saúde (AITH, 2007, p.354-355).

O princípio da hierarquização diz que o sistema de saúde deve organizar-se por níveis de atenção de complexidade crescente com fluxos assistenciais estabelecidos entre os serviços, de modo a garantir assistência integral e resolutiva à população (AGUIAR, 2007, p.54).

A descentralização política ocorre quando o ente descentralizado exerce atribuições próprias que não decorrem do ente central; é a situação dos Estados-membros da federação e, no Brasil, também dos Municípios. Cada um desses entes locais detém competência legislativa própria que não decorre da União nem a ela se subordina, mas encontra seu fundamento na própria Constituição Federal (DI PIETRO, 2002, p. 50-51).

Para administrar essa política descentralizada, os mecanismos de tomada de decisão foram ampliados no sistema, com participação social e construção de alianças entre os principais atores envolvidos, que estabeleceu conselhos de saúde e comitês intergestores nos níveis estadual (bipartite) e federal (tripartite) nos quais as decisões são tomadas por consenso (PAIM, 2012, p. 19).

No que tange a participação popular e o controle social do SUS, os conselhos de saúde e as conferências de saúde constituem espaços institucionais importantes para o exercício do controle social, possibilitando à população participar das decisões, propor ações e programas para a resolução dos problemas de saúde, fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros e avaliar a qualidade da assistência oferecida pelos serviços do SUS (AGUIAR, 2011, p.57).

Acerca das competências do SUS, o Texto Magno, no art. 200, inc. I ao VIII enfatizam:

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

- V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (BRASIL, 1988)

Segundo Rouquayrol (2013), o Sistema Único de Saúde foi idealizado por um conjunto de ações e serviços, prestados por órgãos ou entidades públicas federais, estaduais e municipais, da administração pública direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público (*cf.* arts. 197 a 198 da CF/88), cabendo à iniciativa privada participar do SUS em caráter complementar, segundo *mandamus* do art. 199 do mesmo Códex.

Noutro ângulo, Vizeu (2006, p. 117), afirma que o sistema de serviços de saúde brasileiro está formado por uma rede complexa de provedores e financiadores, que abarca o segmento público e privado.

Nessa linha de pensamento, Figueiredo (2007, p. 97), atesta que o SUS compreende a rede pública e privada de saúde, esta última utilizada por meio de contratação ou convênio firmado com o Poder Público.

Diante desta realidade, um hospital particular ao celebrar contrato de prestação de serviços com o SUS deverá prestar assistência, integral e gratuita, a todas as pessoas que para lá se encaminharem, sendo remunerado posteriormente pelo Poder Público. Essa participação das entidades privadas no SUS só ocorrerá quando o sistema público não possuir meios para suprir as necessidades da população, conforme previsão contida no art. 24 da Lei de Organização da Saúde (VIZEU, 2006, p. 119).

A partir das assertivas acima, Carneiro (2016) conclui que o SUS é um sistema complexo, e marco para a saúde no Brasil, produto de inúmeras mobilizações sociais (PINHEIRO, 2010), e de avanços no campo legislativo, necessários à redefinição das políticas sanitárias (BRASIL, 2007), e da garantia das ações e serviços de saúde em um sistema universal e igualitário, que ainda se encontra em constante aprimoramento, desde sua gênese à contemporaneidade (CONASS, 2011; BERTOLLI FILHO, 2011; ROUQUAYROL, 2013).

A seguir, no próximo capítulo, será abordada a construção do Direito à Saúde no Brasil, e todo o arcabouço que ampara o SUS dentro do ordenamento jurídico brasileiro.

CAPÍTULO II

O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

2.1A Saúde como Direito Fundamental.

Antes de adentrar na análise da historicidade dos Direitos Fundamentais, e sem a intenção de exaurir o tema, cabe delinear a sua gênese e as várias transformações sociais, ocorridas em detrimento da proteção da dignidade humana, desde o início século XVIII, até consolidar-se como direito social à saúde, consagrado em nossa atual Carta Constitucional, no século XX (KELBERT, 2011).

Sob tal ambulação, Duarte (2012) discorre que nos séculos XVIII e XIX, os direitos fundamentais começaram a ser discutidos e apreciados pelas Constituições, sendo permeados por um ambiente hostil, onde a Revolução francesa rompeu com o absolutismo monárquico, prevalecendo o espírito de liberdade, se antepondo ao intervencionismo estatal.

Os direitos fundamentais conceituam-se como a categoria jurídica instituída com a finalidade de proteger a dignidade humana em todas as dimensões. Por isso, tal qual o ser humano, tem natureza polifacética, buscando resguardar o homem nos seus direitos individuais, nos seus direitos sociais, econômicos e culturais e nos direitos relacionados à fraternidade e à solidariedade (ARAUJO, 2005, p. 109-110).

Com sapiência, Sarlet (2007, p. 35-36) assevera a distinção entre direitos humanos e direitos fundamentais, sendo que o termo “direitos fundamentais” se aplica para aqueles direitos do ser humano reconhecido e positivado na esfera do direito constitucional positivo de determinado Estado, enquanto que a expressão “direitos humanos” guardaria relação com os documentos de direito internacional, por referir-se àquelas posições jurídicas que se reconhecem ao ser humano como tal.

Nessa esteira, Sarmiento (2002, p. 59-60) defende a dignidade humana como o epicentro axiológico a ser protegida, irradiando efeitos sobre todo o ordenamento jurídico.

Segundo Comparato (2008), a vigência dos direitos humanos independe de sua declaração em constituições, leis e tratados internacionais, justamente porque se está diante de exigências de respeito à dignidade humana, exercida contra todos os poderes estabelecidos, oficiais ou não.

A luz dessas informações, os direitos fundamentais são conhecidos como alicerces basilares de qualquer Constituição e, portanto, independem da legislação estatal para terem efetividade no plano das normas jurídicas (GORCZEWSKI, 2009).

Nessa perspectiva, Leite (2017, p. 23) esclarece que “os direitos fundamentais são aqueles direitos, do ponto de vista do Direito Constitucional, de posição tão relevante, que o seu reconhecimento não pode ser deixado à livre disposição do legislador ordinário”.

Logo, a formação dos direitos fundamentais passou por várias classificações, fruto de conquistas e de uma construção doutrinária constitucional progressiva, convalidada em dimensões ou gerações a depender da literatura, conforme aclara Bedin (2002, p. 40):

Com efeito, os direitos fundamentais individuais ou primeira dimensão (geração), são marcados por uma “prestação negativa do Estado Liberal” (FIGUEIREDO, 2007. p. 88), que se afasta, na medida em que concede as liberdades e inviolabilidades dos cidadãos. Abrangem o direito à liberdade política, de expressão, religiosa, comercial, o direito à vida, à propriedade, à intimidade entre outros, e se desenvolveu a partir dos enunciados na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, fruto da Revolução Francesa e, desempenharam sua função na fundação da civilização moderna (ALMEIDA, 2003; BAHIA, 2004).

Neste contexto, evidencia-se a intervenção mínima do Estado frente aos desígnios individuais, onde os direitos fundamentais concebidos como limites para a atuação dos governantes, em prol da liberdade dos governados, sendo demarcado um campo no qual era vedada a interferência estatal, estabelecendo, dessa forma, uma rígida fronteira entre o espaço da sociedade civil e do Estado, entre a esfera privada e a pública (SARMENTO, 2006, p. 12-13).

A historicidade demonstra que a concepção absenteísta do Estado liberal, não respondia satisfatoriamente as novas exigências sociais daquela sociedade em evolução (BONAVIDES, 2007; MOREIRA, 2008).

Surgem, assim, os direitos fundamentais de segunda dimensão (geração) ou simplesmente direitos sociais, com nascedouro nos enunciados no Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e na Revolução Industrial, produtos dos conflitos entre proletariados e os detentores dos meios de produção (CANOTILHO, 1993; GUERRA, 2005).

Essa segunda geração também chamada de direitos sociais coletivos norteou o Estado Social à prestação positiva de serviços públicos essenciais (LEITE, 2017; FIGUEIREDO, 2007), com viés à igualdade material, considerando os direitos

econômicos e culturais, igualdade, educação, moradia, saúde, trabalho, assistência social, entre outros (ALEXY, 2008; CUNHA, 2012).

Meireles (2008, p. 88) entende que os direitos de segunda geração podem ser definidos como aqueles direitos advindos com a função de compensar as desigualdades sociais e econômicas surgidas no seio de sociedade e que têm por escopo garantir que a liberdade e a igualdade formais se convertam em reais, permitindo que o homem possa exercitar por completo a sua personalidade de acordo com o princípio da dignidade humana.

De acordo com Sarlet e Figueiredo (2007, p. 4), os direitos sociais confluem em duas dimensões, sendo ações positivas ou negativas e abrangem tanto direitos (posições ou poderes) a prestações (positivos) quanto direitos de defesa (direitos negativos ou a ações negativas), ao passo que os direitos a prestação (positivos) fundamentam-se também em posições subjetivas “negativas”.

Para Mendes (2004, p. 2) os direitos fundamentais são a um só tempo, direitos subjetivos quando outorgam aos titulares a possibilidade de impor os seus interesses em face de órgãos obrigados, e elementos fundamentais da ordem constitucional objetiva, quando formam a base do ordenamento jurídico de um Estado de Direito democrático.

Nesse norte, Cléve (2006, p. 30) afirma que os direitos fundamentais sociais devem ser compreendidos por uma dogmática constitucional singular, emancipatória, marcada pelo compromisso com a dignidade da pessoa humana, e com a plena efetividade dos comandos constitucionais.

Segundo Meireles (2008, p. 88), os direitos fundamentais sociais são aqueles direitos advindos com a função de compensar as desigualdades sociais e econômicas surgidas no seio de sociedade e que têm por escopo garantir que a liberdade e a igualdade formais se convertam em reais.

Por sua vez, dentre o rol de direitos sociais, merece destaque o direito à saúde, que é um desdobramento do direito à vida. Nos dizeres de Figueiredo (2007, p. 219), o direito fundamental social à saúde deve ser entendido no seguinte formato, “a proteção do ser humano tornou-se objeto e objetivo do constitucionalismo, primeiro sob a forma de direitos do homem, depois como direitos humanos e, finalmente, como direitos fundamentais”.

Portanto, deve ser protegido pela Carta Constitucional, conforme argumenta Cury (2005, p. 17) ao expressar que “[...] o direito a saúde é o principal direito

fundamental social encontrado na Lei Maior brasileira, diretamente ligado ao princípio maior que rege todo o ordenamento jurídico pátrio: o princípio da dignidade da pessoa humana, razão pela qual tal direito merece tratamento especial”.

Para Duarte (2012) os direitos fundamentais de terceira dimensão surgem na última década, tutelando os direitos humanos coletivos e difusos e metaindividuais, englobando o direito do consumidor, de comunicação, desenvolvimento, ao meio ambiente, ao patrimônio histórico e cultural, etc., logo, não guarnecem os direitos individuais, exigindo um empenho coletivo, inclusive no âmbito internacional por meio de tratados internacionais (DUARTE, 2012).

A esse respeito, Bonavides (2011) complementa que os direitos fundamentais nas suas três dimensões se autocomplementam, e não substituem uma geração pela outra, e pela doutrina contemporânea, existe uma quarta dimensão dos direitos fundamentais que abarcam o direito à informação, ao pluralismo, à democracia, entre outros, sendo direitos que legitimam a crível globalização política dos povos.

Enquanto direito de quarta dimensão, o doutrinador Novelino (2008, p. 229) ressalta que eles compendiam o futuro da cidadania e correspondem à derradeira fase da institucionalização do Estado social sendo imprescindíveis para a realização e legitimidade da globalização política.

A doutrina aponta que os direitos fundamentais, possuem natureza normativa de princípios e sua materialização pode se comportar em diversos níveis, enquanto as regras fixam direitos sólidos definitivos (DUARTE, 2012).

A luz das informações acima percebe-se que, “[...] à riqueza de formas da constituição corresponde à multiplicidade das normas constitucionais, divididas em regras e normas” (CANOTILHO, 1993, p.166).

Desse modo, os direitos fundamentais, atuando como princípios, suportam restrições quanto a sua aplicabilidade, face ao princípio da proporcionalidade, possuindo em alguns casos à primazia sobre as demais, sem que isso provoque a perda da validade do direito que teve sua aplicação mitigada (ALEXY, 2008).

Nesse ideário, na extensão do princípio da proporcionalidade aplicado aos direitos fundamentais, observa-se que “[...] o Estado não deve agir com demasia, tampouco de modo insuficiente na execução dos seus objetivos. Exageros, para mais (excessos) ou para menos (deficiência) configuram irretorquíveis violação ao princípio” (SARLET, 2003, p. 111).

De igual forma, os direitos fundamentais possuem um conteúdo essencial, que restringe tanto as ações legislativas quanto judiciais. Nesse aspecto, o núcleo essencial atuaria como delimitador dos limites desses direitos (CAVALCANTE FILHO, 2013).

Sobre esse discurso, Silva (2006) enfatiza que existem duas teorias aplicativas do núcleo essencial, sendo a teoria absoluta (possui natureza absoluta e, portanto jamais poderá ser violada) e a teoria relativa (aplica-se a ponderação ao caso concreto).

Desartes, o mínimo essencial dos direitos fundamentais possui o condão de restringir o Poder Público ao mitigar direitos dotados de fundamentalidade, bem como atrelar a Administração positivamente quanto ao cumprimento daquele direito, ainda que permita a esta, utilizar-se do princípio da reserva do possível, justificando, portanto, possível intervenção do Poder Judiciário, quando, por exemplo, o núcleo essencial do direito social à saúde, for desrespeitado por aquela instituição, uma vez, que o direito à saúde é um desdobramento da segunda dimensão do direito à vida (DUARTE, 2012).

Segundo Sarlet (2011) pode-se dizer que, como direito fundamental, o direito à saúde esta imbuído de uma fundamentalidade formal e material. A esse respeito, Leite (2017, p. 16) enfatiza que, a fundamentalidade formal implica três atributos: a) parte integrante da Constituição; b) norma constitucional e c) norma diretamente aplicável, vinculando de forma imediata as entidades públicas e privadas.

Nessa discussão, cumpre pontuar quanto à questão da eficácia (eficácia plena, eficácia contida, eficácia limitada de princípio programático e de princípio institutivo) e aplicabilidade dos direitos fundamentais, não há consenso doutrinário (SARLET, 2011).

Desta feita, Dutra (2014. p. 46), comenta que as normas constitucionais de eficácia plena, eficácia contida, desde seu início produzem, todos os efeitos visados pelo constituinte (originário ou derivado), sendo, portanto, autoaplicáveis.

Na opinião de Barroso (2010. p. 251), a norma constitucional de eficácia limitada, pode ser entendida como, as que não receberam do constituinte normatividade suficiente para sua aplicação, o qual deixou ao legislador ordinário a tarefa de completar a regulamentação das matérias nelas traçadas em princípio ou esquema.

Nesse seguimento, Dutra (2016. p. 48) define que as normas constitucionais de eficácia limitada de princípio programático são as que estabelecem programas, metas, objetivos a serem desenvolvidos pelo Estado, e as de princípio institutivo são aquelas que dependem de lei posterior para dar corpo a institutos jurídicos e aos órgãos ou entidades do Estado previstos na Constituição.

A partir dessas afirmações, Silva (2013. p. 182) defende que a eficácia e aplicabilidade das normas que contêm os direitos fundamentais dependem muito de seu enunciado, pois se trata de assunto do Direito Positivado.

Barroso (2010. p. 250) acrescenta que, as normas constitucionais, no tocante à sua eficácia e aplicabilidade, comportam uma classificação tricotômica e dependentes de integração infraconstitucional para operarem na plenitude de seus efeitos.

Diante da realidade, Moraes et al., (2003, p. 635) esclarece o imediatismo na aplicabilidade do direito social à saúde, que, na condição de “direito fundamental do homem, tem-se que as normas constitucionais referentes à saúde são normas de aplicabilidade imediata e de eficácia plena”.

Canotilho (2010, p. 49) afirma que, o direito à saúde é direito fundamental, dotado de eficácia e aplicabilidade imediatas, apto a produzir direitos e deveres nas relações dos poderes públicos entre si e diante dos cidadãos.

Por sua vez, Neto (2017, p. 41) complementa que “as normas de eficácia plena possuem aplicabilidade imediata e, portanto, independem de legislação posterior para sua pela execução, [...] conforme dispõe o § 1º, do art. 5º, da CF/1988”.

Seguindo esse raciocínio, o poder constituinte brasileiro foi astuto ao abordar os direitos fundamentais na CF/88, trazendo consigo um “conjunto heterogêneo e abrangente de direitos sociais” (SARLET; FIGUEIREDO, 2007, p. 4).

Posto isso, predomina a admissibilidade de que todos os direitos sociais, encontrados na CF/88, não somente aqueles dispostos no seu Título II, são guarnecidos de fundamentalidade e, conseqüentemente são protegidos de eventuais supressões do Texto Magno, conforme ditames do art. 60, § 4º, inc. IV, da CF/88, possuindo eficácia plena; portanto, com aplicabilidade direta e não programática, merecendo destaque, o direito social à saúde, estatuído no art. 196, da CF/88 (BRASIL, 2000; ALEXY, 2008).

2.2 A Saúde no Ordenamento Jurídico Brasileiro

Para identificar os contornos e as características do direito à saúde no Ordenamento Jurídico Brasileiro, é imprescindível compreender o conceito atual de saúde, na medida em que este conceito vai compor o núcleo normativo daquele direito, influenciando diretamente o alcance de seu âmbito protetivo (CARNEIRO, 2016).

Como se pôde notar pela retrospectiva do capítulo I, o conceito de saúde foi construído ao longo do tempo, ajustando-se às condições materiais de vida, grau de desenvolvimento da sociedade e, conseqüentemente tornou-se mutável, e adaptável. Conforme leciona Resende (2010, p. 222), a saúde tem sido conceituada através de diversas visões de mundo numa construção social e histórica.

Nesse seguimento, Silva (2015) menciona que a Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como o completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de enfermidade. Entretanto, esse conceito encontra-se na atualidade, intangível, utópico, ultrapassado e unilateral (VILAS-BÔAS, 2014).

Na apreciação de Estominho (2014, p. 20), “[...] a busca por esse completo estado de bem estar, poderia ser a busca por um insustentável e inoperável bem [...] em que se confunde a saúde com um estado de felicidade, transformando o direito à saúde em ciência oculta”.

Nessa discussão, Resende (2010, p. 230) demonstra cautela ao conceituar saúde como “integridade anatômica e funcional ou ausência de doenças”, pois, segundo Carneiro (2016, p. 31), “[...] existem pessoas com alteração anatômica ou funcional que levam uma vida perfeitamente normal, apenas sofrendo pequenas limitações para o desempenho de específicos tipos de atividade”.

Dessa maneira, cuida-se de um conceito negativo do termo saúde, pelo qual baseiam pressupostos organicistas, formulando duas teses de atuação da medicina e das ciências, no intuito de conceituar aquele termo, conforme instrui Bianchi (2012, p. 85), sendo uma a tese curativa onde a medicina age após a instalação da doença e a outra é a preventiva, onde há uma antecipação do agir, de modo a se evitar a instalação da doença no corpo do indivíduo.

Existe o conceito positivo de saúde, que defende não apenas a ausência de enfermidade, mas um estado de bem-estar físico e mental. Esse conceito amplo

engloba a plenitude da capacidade física e psicológica, inclusive no que se toca às suas relações interpessoais, conforme defendido pela OMS (CARNEIRO, 2016).

Porém esse conceito positivo sofre críticas por parte da doutrina, devido ao seu grau de subjetividade. Nesse sentido, aduz Schwartz (2001, p. 36), que “a expressão bem-estar envolve um componente subjetivo dificilmente quantificável. É antes uma imagem no horizonte do que um objeto concreto. Ora, o que é perfeito bem-estar para um indivíduo pode não ser para outro”.

Bianchi (2012, p. 86) infere que o problema, é que esse conceito não se mostra funcional ou operacional, porque é dotado de alta carga de subjetivismo. Outra crítica que se faz ao conceito positivista proposto pela OMS é a inacessível qualificação do completo estado de bem-estar físico, mental e social, uma vez que, qualquer alteração, mesmo de ordem psíquica, será capaz de perturbar o normal funcionamento do organismo, e deve ser considerada enfermidade (VILAS-BÔAS, 2014; CARNEIRO, 2016).

Podemos averiguar na literatura outras vertentes, que defendem um conceito dinâmico de saúde, versátil, resultado da constante interação do homem com o meio que o cerca, seu desenvolvimento, sua relação de equilíbrio existente entre os elementos do organismo, o qual nunca se encontra em um estado de completa estabilidade (CARNEIRO, 2016).

A esse respeito, Mendes (2013, p. 45) afirma que, o indivíduo equilibrado e em harmonia com o meio está constantemente sendo agredido pelo próprio meio, bloqueando e exonerando os agentes agressores.

Vinculado a esse conceito positivista, pode-se discorrer ainda, sobre um conceito subjetivo de saúde, cuja mensuração para determinar se a pessoa está ou não doente, dependerá da avaliação subjetiva que o próprio indivíduo faz, em relação ao seu estado de bem-estar (CARNEIRO, 2016).

Nesse norte, Mendes (2013, p. 46) manifesta “[...] que a dinâmica saúde-doença envolve a percepção subjetiva daquele que se sente acometido por alguma moléstia”.

Contrapondo esse entendimento subjetivo de saúde, Carneiro (2016) comenta sobre o conceito objetivo ou científico da saúde, analisado objetivamente, sob a ótica do conhecimento médico-científico, tendo como parâmetros aqueles fornecidos pelo estado da técnica, para a avaliação do indivíduo enfermo, seu grau de subjetividade, e o tratamento apropriado.

Bianchi (2012, p. 86) comenta que é somente a partir de uma natureza objetiva do bem jurídico que se permitirá criar um consenso social necessário para definir aquilo que poderia ser exigido do Estado.

Outra linha de discussão sobre o conceito de saúde, esta pautada na construção de um conceito essencialmente pragmático e consequencialista, em razão de um estado, um indivíduo postula no Poder Judiciário a pretensão de tutela jurisdicional tendente a efetivar algum direito à saúde (CARNEIRO, 2016).

Porquanto, temos que nessa corrente, o conceito de saúde compreende a uma condição do indivíduo não acometido por doença, anomalia, lesão ou algum outro estado mórbido que represente redução de sua qualidade de vida, seja por dor, perda ou diminuição da capacidade física ou cognitiva, instabilidade emocional, morte prematura, ou desvio da qualidade de vida que não seja processo decorrente da senilidade corporal, reconhecido pela ciência médica (CARNEIRO, 2016).

Nesse raciocínio, descreve Andrade (2010, p. 35) que “[...] o consequencialismo é uma corrente interpretativa que atribui às consequências o peso determinante da decisão judicial nas hipóteses em que estiverem presentes, um leque de interpretações justificáveis e logicamente possíveis”.

Em outras palavras temos, “[...] uma participação mais ampla do Poder Judiciário com maior interferência em espaços de atuação dos outros dois Poderes, para concretização dos valores e fins constitucionais, buscando extrair deles o máximo de efetividade” (BARROSO, 2010, p. 10).

Carneiro (2016, p. 38) afirma ainda que, à consensualidade científica de maior respaldo na atualidade, o diagnóstico da eventual enfermidade deve necessariamente ater-se à lista de doenças constantes da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, mais conhecida como Classificação Internacional de Doenças – CID.

Nesse cenário, Vilas-Bôas (2014) aponta o ideal de vida saudável como decorrente da justiça social e da promoção dos demais direitos, como forma de assegurar a consecução do pleno bem-estar buscado, a ser procurado e promovido mediante duas principais e interligadas: a medicina clínica, como cuidado individual, e da saúde pública ou medicina social, a tratar da saúde dos usuários, no âmbito coletivo.

Como consignado, existem diferentes conceitos de saúde, sendo salutar a proteção desse direito social em nosso ordenamento jurídico brasileiro, e

consequentemente, a garantia da preservação do mínimo da dignidade da pessoa humana (LEITE, 2017).

Sob tal escólio, é razoável ao Poder Executivo dar cumprimento às políticas públicas necessárias à concretização do direito à saúde. Nesse aspecto, a Constituição Federal de 1988, foi um marco histórico no que diz respeito ao modelo de saúde assistencial no Brasil (CARNEIRO, 2016), fruto de inúmeras mobilizações sociais na década de 70 e 80 (PINHEIRO, 2010), representando um grande avanço no campo legislativo, necessário à redefinição das políticas sanitárias, quanto à garantia das ações e serviços de saúde em um sistema universal e igualitário.

Desse modo, a partir do conceito contemporâneo de saúde, compreende-se que o direito à saúde constitui a garantia elementar no plano da realidade jurídico-social (LEANDRO, 2005).

Sobre esse discurso, comenta Neto (2017) que alguns artigos do texto Magno, são de extrema relevância para a consolidação do direito à saúde e da formação do sistema atual de saúde, consoante dispõem o Título II, que cuida dos Direitos e Garantias Fundamentais, dentro do seu Capítulo II, o art. 6º, elenca a saúde como direito social, e, portanto fundamental a construção do Estado Democrático de Direito, veja:

Art.6º. São direitos sociais, a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (BRASIL, 1988).

Nessa seara, Silva (2001) pontuou ser a saúde responsabilidade de todos os níveis de governo (da União, dos Estados e Municípios), conforme amparo no

Art.23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito federal e dos Municípios:
[...];
II – cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas [...]. (BRASIL, 1988).

Reforça essa previsão, o art. 30, inc. VII, da CF/88, ao outorgar ao Município competência “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviço de atendimento à saúde da população” (BRASIL, 1988).

Mantendo coerência com o aludido dispositivo, Carneiro (2016) enfatiza que o art. 24, inc. XII, da Carta Maior, também previu a competência à União, aos

Estados e ao Distrito Federal ao legislar concorrentemente sobre a defesa da saúde, permitindo o art. 30, inc. II, do mesmo diploma, que os Municípios suplementem essa legislação federal ou estadual no que couber, de modo que não reste nenhum espaço, no que se refere à prestação dos serviços públicos de saúde.

Art. 24. Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre:

[...];

XII - previdência social, proteção e defesa da saúde.

Art. 30. Compete aos Municípios:

[...];

II - suplementar a legislação federal e a estadual no que couber. (BRASIL, 1988)

Noutra parte, o Título VIII, da Lex Magna, que dispõem sobre a chamada Ordem Social, criada sobre o primado do trabalho e tendo como objetivo o bem-estar e a justiça social, descreve o art. 193, e dentro do Capítulo II, que trata da Seguridade Social, o art. 194 que preconiza,

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. (BRASIL, 1988)

Nessa sistemática constitucional, a saúde, no que se refere aos serviços públicos prestados pelo Estado no sentido de materializar direito fundamental, insere-se dentro do sistema de Seguridade Social, que também abarca a Previdência e a Assistência Social (CARNEIRO, 2016).

A esse respeito, Ibrahim (2005, p. 7) descreve que, a saúde é segmento autônomo da seguridade social, com organização distinta e é mais amplo de todos os ramos protetivos, já que não possui restrição à sua clientela protegida, e não necessita de comprovação de contribuição do benefício direto.

A propósito o texto constitucional, aduz que a Seguridade Social, deverá ser organizada pelo Poder Público de acordo com o convencionado no parágrafo único, e respectivo incisos do art. 194, que enfatizam,

Art. 194. [...].

Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

I - universalidade da cobertura e do atendimento;

II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
 III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
 IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;
 V - equidade na forma de participação no custeio;
 VI - diversidade da base de financiamento;
 VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados. (BRASIL, 1988)

Por seu turno, Bianchi (2012) observa que a saúde é direito de todos e dever do Estado, sendo este o responsável pela sua aplicabilidade e desenvolvimento de políticas públicas, preconizando a saúde integral, acesso universal e a igualdade para todos, conforme estatui a Lex Magna em seu

Art.196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

O texto constitucional deu relevância pública às ações e serviços de saúde, sendo regulamentados, fiscalizados e controlados pelo Poder Público, conforme disposto no

Art.197. 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, 1988)

Dessa forma, as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada por meio do SUS, sendo integral, com participação da comunidade nas ações de saúde e o financiamento que compete a todas as esferas de governo (CARNEIRO, 2016).

Sobre esse discurso, Andrade et al., (2001) sustenta que a CF/88, delineia no capítulo de Seguridade Social, todo o sistema oficial de saúde no país, de maneira especial no

Art.198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema, único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
 I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
 II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade;

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art.195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (BRASIL, 1988)

Nota-se também, que a Carta Magna facultou a iniciativa privada participar do SUS em caráter complementar, segundo ditame do

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização. (BRASIL, 1988)

De acordo com Moura (2013), a Lei Maior atribuiu ao SUS a coordenação e a execução das políticas para proteção e promoção da saúde no Brasil, estatuída no

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (BRASIL, 1988)

Notoriamente, o texto constitucional determina como sendo os princípios básicos do SUS, um direito do cidadão e dever do Estado de garantir e proporcionar o acesso aos serviços de saúde (BIANCHI, 2012; PINTO, 2012; CONASS, 2015).

Assim, o SUS é orientado por princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, tutelando o direito à saúde e o dever do Estado no cumprimento desse direito e para tanto, incorporou à sua estrutura institucional e decisória, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde (NORONHA et al., 2008).

Na opinião de Andrade et al., (2001), esses princípios e diretrizes do SUS estão elencados na Carta Magna, conferindo cinco princípios constitucionais, sendo a universalidade e equidade (art. 196), a descentralização (art. 198, inc. I), a integralidade (art. 198, inc. II), a participação social (art. 198, inc. III), e treze princípios/diretrizes infraconstitucionais, regulamentados no capítulo II, art. 7º, da Lei n.º 8.080/1990.

Nessa concepção, Brasil (1990), descreve os princípios e diretrizes infraconstitucionais do SUS, evocados na Lei n.º 8.080/1990,

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre

outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. (BRASIL, 1990).

Na apreciação de Aguiar (2011), o SUS dispõe de princípios doutrinários e organizativos dispostos no capítulo II, art. 7º, da Lei n.º 8.080/1990, sendo que os doutrinários - universalidade, integralidade e equidade, expressam as ideias filosóficas da concepção e implementação do SUS, e o conceito amplo de saúde, enquanto os organizativos - regionalização e hierarquização, participação da comunidade, descentralização político-administrativa, são conhecidos como as diretrizes do SUS, portanto, norteiam o funcionamento do sistema.

Sobre a participação da comunidade, Aith (2007, p.357-358) afirma que a terceira diretriz determinada pela Constituição Federal de 1988, para o Sistema Único de Saúde é a da participação da comunidade e que a mesma determina aos administradores públicos, que criem instrumentos de participação da sociedade na formulação de gestão e execução das ações e serviços públicos de saúde.

Mantendo coerência, ensina Aguiar (2011, p.57) que os conselhos de saúde e as conferências de saúde constituem espaços institucionais importantes para o exercício do controle social, possibilitando à população participar das decisões, propor ações e programas para a resolução dos problemas de saúde, fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros e avaliar a qualidade da assistência oferecida pelos serviços do SUS.

Diante dessa realidade, comenta Rouquayrol (2013) que para o fortalecimento desse arcabouço decisório e institucional do SUS, diversas normas e pactos foram editados com a finalidade de operacionalizar, normatizar e organizar as ações e serviços de forma descentralizada, regionalizada e em complexidades crescente.

Nessa ótica, Souza (2001) aduz que inicialmente, a implantação do SUS concentrava-se na descentralização e municipalização dos serviços, amparada pelas Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB 93 e 96), havendo progressos no âmbito da descentralização político-administrativa, com fortalecimento dos gestores locais e mudanças na organização da atenção básica.

Segundo o mesmo autor, esse progresso exigiu maior articulação entre os sistemas municipais e as secretarias estaduais de saúde, na sua função reguladora

para assegurar a organização de redes assistenciais regionalizadas, hierarquizadas e resolutivas, a fim de atingirem resultados positivos para a saúde.

Cronologicamente, no intuito de preencher quaisquer lacunas da NOB 01/96, foram editadas, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) em 2001 e 2002. Nessa ocasião, a regionalização ganhou proeminência na normatização do SUS (MINISTÉRIO, 2006).

A partir das NOAS/2002, oportunizou-se a implantação do Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e Programação Pactuada Integrada (PPI) como instrumentos de planejamento da Regionalização e organização do sistema (PINTO, 2012).

Descreve Machado et al., (2006) que essas Normas Operacionais editadas, tornaram-se as regras de organização político-administrativa do SUS, no período de 1991 a 2006, sendo moderadas pelo financiamento e não pelas necessidades de saúde da população, ou por metas qualitativas a serem almejadas. Corrobora com o entendimento o quadro abaixo,

Quadro 1 - Cronologia de Implantação/Implementação do SUS.

1991	1992	1993	1996	2001/02	2006	2011
NOB 91	NOB 92	NOB 93	NOB 96	NOAS 01/02	Pacto pela Saúde	Decreto 7.508
Operacionalização do SUS						Regulamenta a Lei 8.080/90
A municipalização foi o caminho				Foco na regionalização	Radicaliza na regionalização	

Fonte: CONASS (2011)

Nesse cenário de operacionalização do SUS, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) e Carvalho (2010), comentam sobre a criação do Pacto pela Saúde, em 2006, alicerçados em três diretrizes operacionais - Pacto Pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, mantendo a regionalização como eixo central, reafirmando os instrumentos de planejamento pelas NOAS 01/2001 e NOAS 01/2002.

O Pacto pela Vida compreendeu um conjunto de compromissos sanitários prioritários, expressos em objetivos de processos e resultados que exibem impacto sobre a situação de saúde. Consequentemente, o Pacto em Defesa do SUS apregoa os compromissos entre os gestores do sistema, de repolitizar a saúde consoante a Reforma Sanitária Brasileira. Por fim, o Pacto de Gestão que estabeleceu diretrizes para o sistema, fortalecendo a gestão solidária e compartilhada (BRASIL, 2006, MACHADO, 2011).

Seguindo a historicidade, duas décadas depois da operacionalização do SUS, foi publicado o Decreto n.º 7.508 em 2011 (BRASIL, 2011), regulamentando a Lei n.º 8.080/90, concernente à organização do SUS, ao planejamento da saúde, à assistência à saúde e à articulação interfederativa, abalizando desafios na gestão e instituindo o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

Nesse seguimento, Machado et al., (2011) explica que para o funcionamento do SUS, dois aspectos são essenciais; sendo o primeiro a definição de quem são os gestores do SUS e a atribuição destes; o segundo, a forma como se processam as decisões sobre as políticas de saúde, visto que englobam uma infinidade de serviços especializados e recursos humanos.

A partir dessas assertivas, os gestores são os representantes diretos do Executivo na saúde, no âmbito nacional, o Ministro da Saúde; no âmbito estadual, o Secretário de Estado da Saúde, e no municipal, o Secretário Municipal de Saúde, atuando solidariamente no exercício das funções gestoras do SUS (GOIÁS, 2017).

De acordo com Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), as funções gestoras nos SUS exercem papel de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação, auditoria, administração e gerenciam as prestadoras de serviços do SUS como ambulatorios, institutos, fundações entre outros (CONASS, 2011).

Quadro 2 - Atribuições dos Gestores em cada Esfera do Governo.

Esfera de governo	Formulação de políticas e planejamento	Financiamento	Regulação, coordenação, controle e avaliação	Execução direta de serviços
Federal	• Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito nacional. • Papel estratégico e normativo. • Manutenção da unicidade, respeitando a diversidade. • Busca da equidade. • Apoio e incentivo para o fortalecimento institucional e de práticas inovadoras de gestão estadual e municipal. • Planejamento e desenvolvimento de políticas estratégicas nos campos de tecnologias, insumos e recursos humanos.	• Garantia de recursos estáveis e suficientes para o setor saúde. • Peso importante dos recursos federais. • Papel redistributivo. • Definição de prioridades nacionais e critérios de investimentos e alocação entre áreas da política e entre regiões/estados. • Realização de investimentos para redução de desigualdades. • Busca da equidade na alocação de recursos.	• Regulação de sistemas estaduais. • Coordenação de redes de referência de caráter interestadual/nacional. • Apoio à articulação interestadual. • Regulação da incorporação e uso de tecnologias em saúde. • Normas de regulação sanitária no plano nacional. • Regulação de mercados em saúde (planos privados, insumos). • Regulação das políticas de recursos humanos em saúde. • Coordenação dos sistemas nacionais de informações em saúde. • Avaliação dos resultados das políticas nacionais e do desempenho dos sistemas estaduais.	• Em caráter de exceção. • Em áreas/ações estratégicas.

Cont.

Esfera de governo	Formulação de políticas e planejamento	Financiamento	Regulação, coordenação, controle e avaliação	Execução direta de serviços
Estadual	• Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito estadual. • Promoção da regionalização. • Estímulo à programação integrada. • Apoio e incentivo ao fortalecimento institucional das secretarias municipais de saúde.	• Definição de prioridades estaduais. • Garantia de alocação de recursos próprios. • Definição de critérios claros de alocação de recursos federais e estaduais entre áreas da política e entre municípios. • Realização de investimentos para redução de desigualdades. • Busca da equidade na alocação de recursos.	• Regulação de sistemas municipais. • Coordenação de redes de referência de caráter intermunicipal. • Apoio à articulação intermunicipal. • Coordenação da PPI no estado. • Implantação de mecanismos de regulação da assistência (ex.: centrais, protocolos). • Regulação sanitária (nos casos pertinentes). • Avaliação dos resultados das políticas estaduais. • Avaliação do desempenho dos sistemas municipais.	• Em caráter de exceção. • Em áreas estratégicas: serviços assistenciais de referência estadual/ regional, ações de maior complexidade de vigilância epidemiológica ou sanitária. • Em situações de carência de serviços e de omissão do gestor municipal.

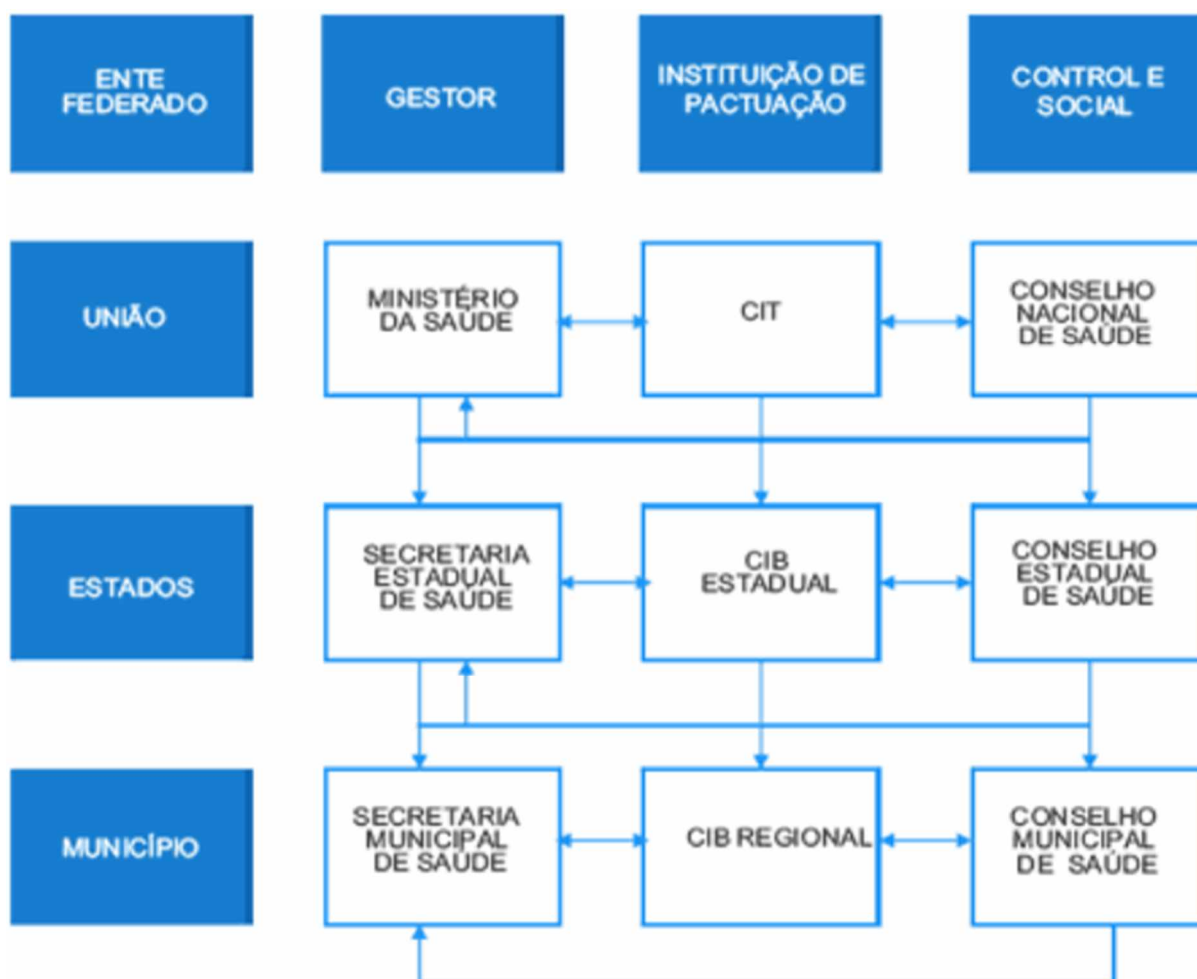
Cont.

Esfera de governo	Formulação de políticas e planejamento	Financiamento	Regulação, coordenação, controle e avaliação	Execução direta de serviços
Municipal	• Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito municipal. • Planejamento de ações e serviços necessários nos diversos campos. • Organização da oferta de ações e serviços públicos e contratação de privados (caso necessário).	• Garantia de aplicação de recursos próprios. • Critérios claros de aplicação de recursos federais, estaduais e municipais. • Realização de investimentos no âmbito municipal.	• Organização das portas de entrada do sistema. • Estabelecimento de fluxos de referência. • Integração da rede de serviços. • Articulação com outros municípios para referências. • Regulação e avaliação dos prestadores públicos e privados. • Regulação sanitária (nos casos pertinentes). • Avaliação dos resultados das políticas municipais.	• Peso importante na execução de ações/ prestação direta de serviços assistenciais, de vigilância epidemiológica e sanitária. • Gerência de unidades de saúde. • Contratação, administração e capacitação de profissionais de saúde.

Fonte: GOIÁS (2017)

Conforme aclara Goiás (2017, p. 15), a forma como se processam as decisões sobre as políticas de saúde no SUS ancoram-se num arcabouço decisório e institucional, respeitando às especificidades do ente federativo e as diretrizes de participação social, com articulação entre a atuação de: Gestores do sistema em cada esfera de governo; Instâncias de negociação e decisão envolvendo a participação dos gestores das diferentes esferas; Conselhos de representação dos secretários de saúde no âmbito nacional e Conselhos de saúde de caráter participativo no âmbito nacional, estadual e municipal.

Figura 1 - Estrutura Institucional e Decisória do SUS.



Fonte: CONASS (2006)

Outra benesse do Decreto n.º 7.508/2011 foi à organização do SUS em Regiões de Saúde (VIANA et al., 2011), propiciando um ambiente de articulação do Estado com os seus municípios, definindo os elementos em relação às Regiões de Saúde (limites geográficos, população usuária das ações e dos serviços (BRASIL, 2011).

Assim descreve o,

Art. 2º Para efeito deste Decreto, considera-se:

I - Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2011)

Nessa conjuntura, o rol de ações, as respectivas responsabilidades, os critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços, se concretizam através da gestão compartilhada da rede de ações e serviços de saúde, garantindo o acesso resolutivo e de qualidade. Esse processo descentralizado e compartilhado favorece a ação solidária e cooperativa entre os entes federados, reduzindo as desigualdades loco-regionais, através da conjugação interfederativa de recursos, consoante dispõem a Resolução/CIT n. 1 de 29 de setembro de 2011 (BRASIL, 2011; MACHADO, 2011).

Outro benefício foi a Rede de Atenção à Saúde, definida na Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010 e no Decreto n.º 7.508/2011, art. 2º, inc. VI, configurada como o “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, garantindo à integralidade da assistência à saúde”, compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores (MENDES, 2011; CONASS, 2015). O quadro abaixo legitima esse entendimento.

Quadro 3 - Atribuições das Comissões Intergestores.

PRINCIPAIS ATRIBUIÇÕES DAS COMISSÕES INTERGESTORES	
Comissões Intergestores Regionais	• Efetivar o planejamento regional de acordo com o Plano de Saúde de cada ente federado, aprovado no respectivo Conselho de Saúde; • Organizar a rede de atenção à saúde, definindo as suas portas de entrada; • Definir as responsabilidades individuais e solidárias de cada ente federativo na Região de Saúde.
Comissões Intergestores Bipartite	• Definir as regras de continuidade do acesso às ações e serviços de saúde, atendendo ao princípio da integralidade, mediante o referenciamento do cidadão a serviços localizados em outras regiões de saúde do Estado.
Comissões Intergestores Tripartite	• Definir as regras de continuidade do acesso do cidadão às ações e serviços de saúde, atendendo ao princípio da integralidade, mediante referenciamento a serviços localizados em regiões de saúde de outro Estado.

Fonte: GOIÁS (2017)

Dessa forma, a integralidade da assistência, se origina na Rede de Atenção à Saúde (LIMA, 2012), via portas de entrada do SUS (atenção primária, atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial e, especiais de acesso aberto), e finda na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço, consoante dispõem o art. 20 do Decreto n.º 7.508/2011 (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, diz o,

Art. 9º São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:
I - de atenção primária;
II - de atenção de urgência e emergência;
III - de atenção psicossocial; e
IV - especiais de acesso aberto. (BRASIL, 2011)

Sobre o prisma da complexidade do serviço, Nora et al., (2013) comentam que a assistência prestada do SUS pode ser diferenciada ainda, em três níveis; em Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Secundária e Atenção Terciária. Nessa seara, à APS, popularmente conhecida como Estratégia Saúde da Família (ESF), nasceu a partir do Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS) em 1994 (MENDES, 2011).

Esclarece Mota et al., (2013), que a ESF engloba inúmeros programas integrados como a imunização, a saúde bucal, da mulher, do idoso, da criança e adolescente; programa de controle da hanseníase e tuberculose e HiperDia (para os hipertensos e diabéticos), visando à promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação dos usuários que procuram a Atenção Primária à Saúde.

Notoriamente, a atenção à saúde compreende ainda os programas de Urgências e Emergências (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU e Unidade de Pronto Atendimento - UPA); Política Nacional de Alimentação e Nutrição; Farmácia Popular; Programa de Controle do Câncer; Programa de Controle do Tabagismo; Programa Nacional de Humanização; Mais Médicos; dentre outros (SILVA et al., 2014).

Nesse contexto, assegura-se o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde pública, cabendo aos entes federativos, através das Comissões Intergestores (PINTO, 2012), garantirem à transparência, à integralidade e à equidade no acesso à população, orientando e ordenando seus fluxos, monitorando e ofertando regionalmente as ações e os serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Figura 2 - Ciclo Geral de Planejamento Regional Integrado no SUS.



Fonte: BRASIL (2015)

Com base no que estabelece o Decreto n.º 7.508/2011 cumulada com a Lei Complementar n.º 141/2012, a Portaria n. 2.135 de 25 de setembro de 2013 concebeu as diretrizes para o processo de planejamento da saúde como indispensável aos entes federados e indutor de políticas para a iniciativa privada, na forma ascendente e integrada, pautado pelas necessidades dos usuários, ajustando as políticas de saúde de acordo com os recursos financeiros (FLEURY, 2012), incumbindo os Conselhos de Saúde de deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades (CONASS, 2015).

Essa é a direção impressa no Decreto n.º 7.508/2011,

Art. 15. O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de

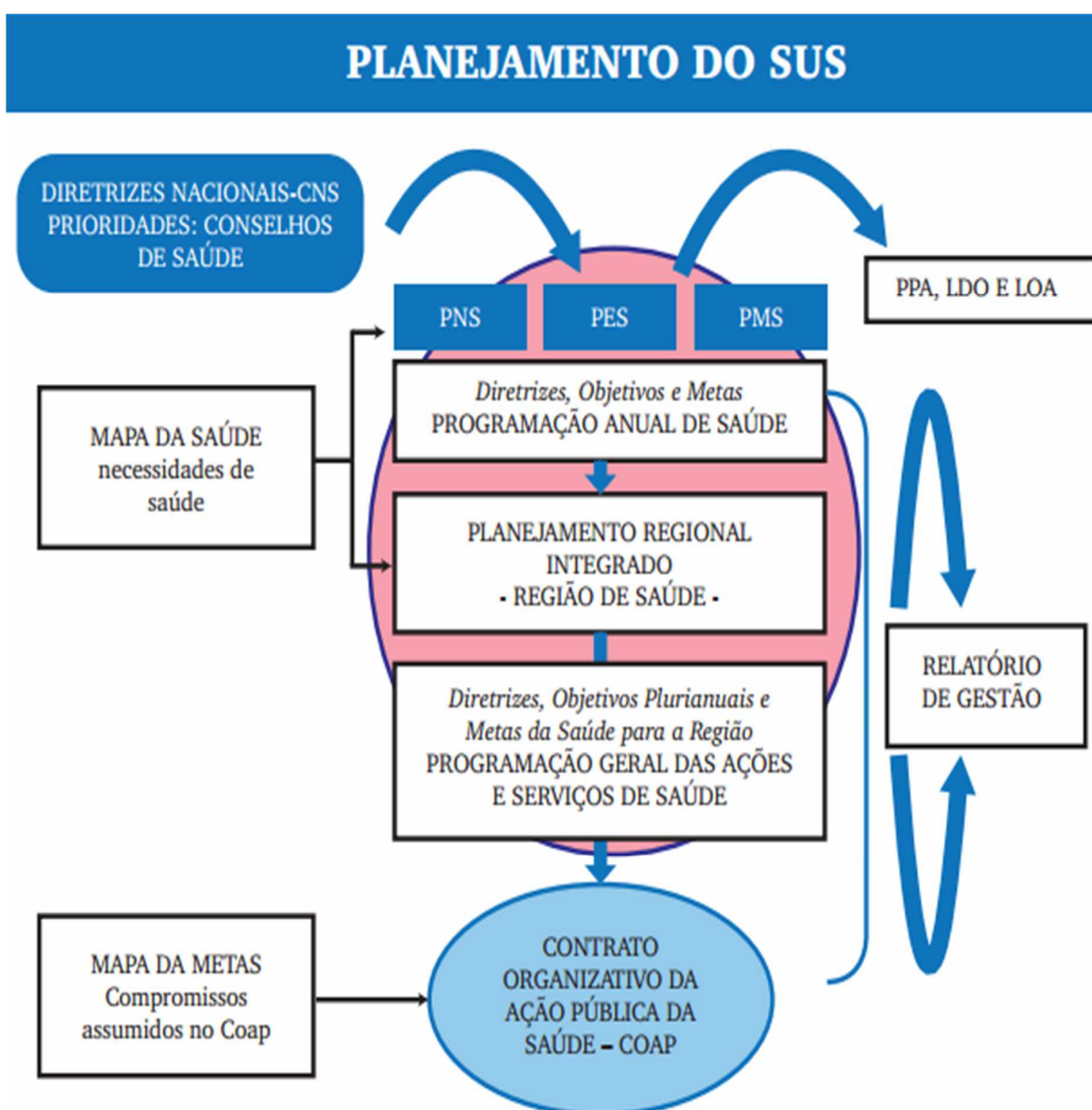
Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

§ 1º O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada.

§ 2º A compatibilização de que trata o caput será efetuada no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos, e deverão conter metas de saúde.

§ 3º O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde. (BRASIL, 2011)

Figura 3 - Planejamento do SUS com base no que estabelece o Decreto n.º 7.508/2011.



Fonte: CONASS (2015)

Quadro 4 - Instrumentos de Planejamento do Financiamento.

Instrumento	Periodicidade	Observações
Plano de Saúde e Plano Diretor de Regionalização	A cada quatro anos	Elaboração durante o exercício do primeiro ano da gestão em curso. Execução a partir do segundo ano da gestão em curso até o primeiro ano da gestão subsequente.
Plano Plurianual	A cada quatro anos	Elaboração durante o exercício do primeiro ano da gestão em curso, observados os prazos previstos na legislação vigente. Execução a partir do segundo ano da gestão em curso até o primeiro ano da gestão subsequente.
Lei de Diretrizes Orçamentárias	Anual	O projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias deve ser encaminhado ao Legislativo conforme prazos previstos na legislação vigente.
Lei Orçamentária Anual	Anual	O Projeto de Lei Orçamentária Anual será encaminhado ao Legislativo conforme prazos previstos na legislação vigente.
Programação Anual de Saúde	Anual	Elaboração durante o ano para execução no ano subsequente.
Relatório de Gestão	Anual	Envio da resolução de aprovação do relatório de gestão municipal, relativo ao ano anterior, pelo CMS (Conselho Municipal de Saúde), à CIB (Comissão Intergestores Bipartite), até 31 de maio do ano em curso. Envio da resolução de aprovação do Relatório de Gestão Estadual, relativo ao ano anterior, pelo Conselho Estadual de Saúde, à CIT (Comissão Intergestores Tripartite), até 31 de maio do ano em curso. Envio da resolução de aprovação do Relatório de Gestão Federal, relativo ao ano anterior, pelo CNS (Conselho Nacional de Saúde), à CIT, até 31 de maio do ano em curso.

Fonte: CONASS (2011)

Conforme ressaltado por Goiás (2017, p.19 apud BRASIL, 2011) “para que todo o Plano de Saúde do SUS possa ser executado, é necessário que esteja alinhado com o Plano Plurianual (PPA), que é o instrumento que materializa as políticas públicas traduzindo-as em Diretrizes, Programas”.

Nesse apanágio, o referido decreto em seu § 2º, inc. V, constituiu o Mapa da Saúde, considerada uma ferramenta eletrônica que o Ministério da Saúde disponibilizou aos gestores do SUS (LIMA, 2012), para ser utilizada na identificação

das necessidades de saúde e orientam o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o alcance de metas de saúde (CONASS, 2015).

Podemos averiguar a assertiva no,

Art. 2º Para efeito deste Decreto, considera-se:

[...]

V - Mapa da Saúde - descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema. (BRASIL, 2011)

Noutro ponto, Goiás (2017, p. 20) ressalta a importância do COAP instituído pelo Decreto 7.508/2011 como um instrumento que traduz os acordos de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde, em cada região de saúde.

Nesse sentido, o COAP legalmente permite diante do art. 33 do estatuído decreto “o acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde” (BRASIL, 2011).

Na apreciação de Fleury (2012); Pinto (2012) e Brasil (2011), o COAP dão concretude aos compromissos de cada ente federado frente a objetivos comuns, discutidos e pactuados em cada região de saúde, respeitando a diversidade federativa e resguardando a segurança jurídica necessária a todos (GOIÁS, 2017), conforme disposto no inc. II, do art. 2º, do Decreto n.º 7.508/2011,

Art. 2º Para efeito deste Decreto, considera-se:

I – [...];

II - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2011)

Corroborando o entendimento, o CONASS (2015) ao discorrer sobre o COAP, o define como instrumento que traduz os acordos de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde, em

cada região de saúde, proporcionado um instrumento de gestão estratégica, compromissada com a transparência e a ética da gestão pública.

Desta feita, para garantir que o COAP resulte numa gestão participativa, é necessário estabelecer estratégias que agrupem a avaliação do usuário, das ações e dos serviços, para sua melhoria; com apuração constante das necessidades e interesses, privilegiando a publicidade aos direitos e deveres do usuário, em todas as unidades de saúde do SUS, inclusive nas unidades privadas, que participam de forma complementar, conforme estatuído no art. 37, incisos I, II e III, do Decreto 7.508/2011 (BRASIL, 2011).

À luz das informações discutidas, observa-se que o SUS é um sistema complexo e essencial à saúde no Brasil, fruto de várias conquistas e lutas sociais (CARNEIRO, 2016; PINHEIRO, 2010), e de avanços no palco legislativo, necessários à redefinição das políticas sanitárias (BRASIL, 2007), e da garantia das ações e serviços de saúde em um sistema universal e igualitário, que ainda se encontra em constante aprimoramento, desde sua gênese à contemporaneidade (CONASS, 2011; BERTOLLI FILHO, 2011; ROUQUAYROL, 2013).

CAPÍTULO III

A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

3.1 Breve contextualização da Judicialização do Direito à Saúde e o Ativismo Judicial no Brasil

Antes de adentrar nas pormenoridades que envolvem os princípios norteadores da Judicialização, como o princípio da separação dos poderes *versus* a proibição do retrocesso, da reserva do possível *versus* o mínimo existencial, da razoabilidade *versus* proporcionalidade, da igualdade *versus* a equidade na garantia assistência à saúde e, sem a pretensão de exaurir os temas e sim compreendê-lo, nota-se a importância do Poder Judiciário como órgão de tomada de decisões sociais, especialmente das minorias, que vêm neste a única possibilidade de acesso à Justiça (LEITE, 2017), como forma de consolidar um direito consagrado no Texto Constitucional (KELBERT, 2011).

Sob tal ambulação temos que a judicialização corresponde ao ato de se transferir para o Poder Judiciário decisões que deveriam ser tomadas pelos demais Poderes do Estado (Executivo e Legislativo). Trata-se de colocar sob análise do Poder Judiciário questões que envolvem o reconhecimento e a concretização de direitos (GANDINI; BARIONE; SANTOS, 2010, p. 258).

No mesmo sentido, Nobre (2011, p. 356) esclarece que, Judicialização significa que questões relevantes do ponto de vista político, social ou moral estão sendo decididas, em caráter final, pelo Poder Judiciário.

De igual forma, Paula (2013, p. 15) ensina que judicializar é provocar o Poder Judiciário para que decida sobre uma pretensão resistida, isto é, não satisfeita na esfera das relações privadas ou públicas.

Por sua vez, Moretto (2002) resume o fenômeno da judicialização como à busca pela concretização de um direito legalmente previsto, por ação ou omissão do Poder Público não devidamente efetivado.

Nesse cenário de busca pela concretização de um direito não efetivado pelo Poder Público, Sarlet (2010, p.13) discorre que a judicialização crescente das mais diversas demandas, notadamente no que diz a concretização do direito (fundamental social) à saúde, vem cobrando uma ação cada vez mais arrojada por parte dos aplicadores do Direito, em especial ao Estado-juiz.

Dessa forma, compreende-se por judicialização, a possibilidade de um indivíduo que é titular de um determinado direito, reclamar perante um juiz ou tribunal, o cumprimento das obrigações que advém desse direito (QUEIROZ, 2006).

Assim, a judicialização englobaria quaisquer meios alternativos ao judicial, todavia abrangidos pelo direito, como mediação, termos de ajuste de conduta, convênios e consórcios, havendo na gestão pública, grandes avanços na utilização destes instrumentos na resolução dos conflitos (NOBRE, 2011).

A partir dessas assertivas, Leite (2017, p. 157) considera que “[...] é certo que os indivíduos destituídos de recursos, que necessitam de tratamento e medicamento que não lhes são concedidos pelo Poder Público, podem recorrer juridicamente, sobre o fulcro dos artigos 5º, inc. XXXV; 6º; 196 e 197, da Constituição”.

Nesse cenário, Mendes (2010, p. 835) explica que não se cogita no problema da interferência judicial em âmbitos de livre apreciação ou de ampla discricionariedade de outros poderes, quanto à formulação de políticas públicas.

Desse modo, possuindo o Brasil um sistema de saúde que busca uma prestação sob o aspecto comunitário de caráter social, visando alcançar a saúde como um todo, mas podendo a mesma ser exigida na sua integralidade de maneira individual através do Poder Judiciário, os conflitos serão incontáveis, não havendo solução aparente para conter o ímpeto da judicialização da saúde, visto que o próprio Estado cria os conflitos, cujas obrigações posteriormente, se voltam contra ele (WATANABE, 2006).

Na visão de Davies (2012), a saúde não deveria ser vista como um direito absoluto do indivíduo contra o Estado, uma vez que se trata de um direito de cunho social. Todavia, não se pode impedir que o direito à saúde seja buscado junto ao Poder Judiciário para se torne efetivo, sob pena de se limitar o acesso à justiça, o que significaria um retrocesso em relação às conquistas sociais emanadas da CF/1988.

A partir do entendimento de que a saúde é um direito que pode ser exercido individualmente, obrigando os entes públicos a financiar a saúde casuisticamente em detrimento da idéia estabelecida nas políticas públicas de saúde, o acesso verdadeiramente pleno fica restrito somente aos litigantes, ficando neste caso, infelizmente, o acesso à justiça relegado apenas aos que alcançam o Poder Judiciário (LOPES, 2006).

Nas palavras Fleury (2012, p.15), não há dúvidas que a judicialização decorre do aumento da democracia e da inclusão social, representados pela

positivação dos direitos sociais e pela difusão da informação e da consciência cidadã.

Diante dessa realidade, Schwartz (2001, p. 162) enfatiza que “ao Poder Judiciário caberá à função de corrigir as eventuais desigualdades ocorridas no campo sanitário, desde que provocado”.

Nessa ótica, há um dilema entre o Direito e a Saúde que se expressa no fenômeno contemporâneo da judicialização, norteando como os Poderes Executivos, Legislativos ou Judiciários devem promover bem-estar das pessoas, de forma igualitária e sem discriminação de qualquer natureza, garantindo o acesso universal e igualitário aos avanços biotecnocientíficos (VENTURA, 2010).

Marques (2008, p. 68) questiona que ao garantir a disponibilização de um serviço, de um medicamento ou produto de saúde padronizado pelo Estado, não estaríamos frente a uma verdadeira garantia de direitos fundamentais pelo Poder Judiciário? Será que ao tratarmos de forma ampla toda e qualquer manifestação judicial acerca do exercício do direito à saúde como “judicialização”, não corremos o risco de generalizar e desqualificar a atuação judicial, pressupondo que o Judiciário vem agindo além de seus limites estruturais e interferindo, de forma indevida, na atuação de outro poder, no caso o Poder Executivo?

Diante do contexto, há discussões e posicionamentos divergentes na doutrina que possibilitam duas linhas de argumentos: favoráveis ou contrários à judicialização do direito à saúde (LEITE, 2017).

Nos dizeres de Oliveira (2016, p. 10) os argumentos favoráveis a discussão consubstanciam, que no tocante ao caso do direito à saúde, o descaso com a saúde pública afronta muitas vezes a dignidade humana, o que, legitima o Judiciário a não ser apenas um intérprete das leis, mas a atuar de maneira mais ativa.

Acrescenta Oliveira (2016 apud BARROSO, 2012, p. 27) que, no âmbito do Legislativo, há uma “crise de representatividade, legitimidade e funcionalidade”, tal crise vem fomentando a expansão da atuação do Judiciário na tentativa de suprir as omissões dos outros Poderes.

Segundo Bucci (2006, p. 31), “é inquestionável a possibilidade de uma política pública ser submetida a controle jurisdicional porque a garantia constante do art. 5º, XXXV da Constituição é ampla e ampara tal pretensão”.

No mesmo entendimento, Silva et al. (2015, p. 6) abalizam que, na área do direito à saúde, em muitas situações o indivíduo constata a impossibilidade de

exercer o seu direito, a qual decorre da omissão do Poder Público em relação à suas obrigações.

Neste raciocínio, [...] o direito à saúde, pressupõe uma prestação positiva do Estado, que deve ser cumprida por meio de políticas públicas. Se tais políticas, de responsabilidade do Poder Executivo não são eficientes, cabe a intervenção do Poder Judiciário (GANDINI; BARIONE; SANTOS, 2010, p. 259).

Na lição de Grau (2004, p. 335), “[...] o Poder Judiciário é o aplicador último do direito. Isso significa que, se a Administração Pública ou um particular, ou mesmo o Legislativo, de quem se reclama a correta aplicação do direito, nega-se a fazê-lo, o Poder Judiciário poderá ser acionado para o fim de aplicá-lo”.

A guisa dos fatos, a omissão estatal não pode vir a prejudicar o direito à saúde e havendo ofensa a esse direito, o Judiciário legitima-se a impor que se cumpram as medidas necessárias à efetivação do mesmo (FURTADO et al. 2009; PAULA, 2013).

Nessa concepção, o Supremo Tribunal Federal (STF) já se pronunciou sobre a legitimidade do Judiciário na decisão da Suspensão de Liminar nº 228 que segue:

[...] o fato é que o denominado problema da judicialização do direito à saúde ganhou tamanha importância teórica e prática que envolve não apenas os operadores do direito, mas também os gestores públicos, os profissionais da área de saúde e a sociedade civil como um todo. Se, por um lado, a atuação do Poder Judiciário é fundamental para o exercício efetivo da cidadania, por outro lado, as decisões judiciais têm significado um forte ponto de tensão perante os elaboradores e executores das políticas públicas, que se vêem compelidos a garantir prestações de direitos sociais das mais diversas, muitas vezes contrastantes com a política estabelecida pelos governos para a área de saúde e além das possibilidades orçamentárias. (STF, 2018)

Nesse prisma, Paula (2013, p. 20) informa que cabe, ao Ministério da Saúde, Secretarias estaduais e municipais de saúde, órgãos dos Poderes Executivo nas respectivas esferas, não só organizar e elaborar planos e políticas públicas voltadas para a promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros como também zelar pela efetividade de suas políticas.

Nota-se que a judicialização da saúde se mostra uma opção válida para conter as omissões do Estado (FIGUEIREDO, 2007; PAULA, 2013), não se tratando de uma justaposição do Judiciário em relação ao Executivo e o Legislativo, mas apenas uma proteção aos fundamentos e princípios da própria Constituição da República (MORAIS, 2008; NUNES, 2011; VILLAS-BÔAS, 2014).

Ademais, menciona Leite (2017, p. 131) que, o Judiciário tutela políticas públicas, na medida em que elas expressam e buscam concretizar direitos, mais especificamente, os direitos fundamentais.

Noutro lado, sustentam os discursos contrários à judicialização da saúde, aqueles que defendem que a jurisprudência pátria converge no sentido inverso, restringindo-se a uma abordagem individualista dos problemas sociais (BARROSO, 2007), possuindo o julgador uma visão diminuta do fenômeno, comprometendo o orçamento com as medidas curativas individuais, e consequentemente prejudicando o atendimento universalista do SUS (ALVES, 2016).

Nesse sentido, Marques (2008, p. 75) ressalta que, tal fato tem sido problematizado pelos gestores públicos de saúde, que acusam o Poder Judiciário de interferir no âmbito de atuação da administração pública, desviando os recursos estabelecidos pela política de saúde para o atendimento coletivo, em favor dos seletos cidadãos que acessam a justiça.

De acordo com Cambi (2011), a categoria dos magistrados tradicionalmente demonstrou ser mais contida em relação às demais, inclusive às mudanças decorrentes do Estado Social e da complexidade tecnológica, iniciadas em meados do século XX, fomentando dessa forma, a aparente saída desse poder do cenário protecionista.

Diante dessa realidade, o Conselho Nacional de Justiça (2015, p. 43), definiu as medidas curativas individuais como,

“[...] a proporção entre ações coletivas e ações individuais é ainda grande, de modo que a maioria radical de demandas judiciais de saúde versem sobre ações individuais. Isso reforça a ideia de que a microlitigação é um dado em saúde e o acúmulo de ações individuais gera desafios para as partes, o Judiciário e a própria gestão em saúde.

Leite (2017, p. 131) acrescenta ainda que, dentre os argumentos contrários à postura do Judiciário no controle de políticas públicas, destacam-se o princípio da separação dos poderes, a ausência de legitimidade dos juízes, a intervenção no âmbito da discricionariedade própria ao poder Legislativo e Executivo e, por fim, a questão orçamentária.

Sobre o embate orçamentário e as medidas curativas individuais, Paula (2013, p. 25) infere que, a crescente judicialização da saúde provoca um efeito desorganizador no orçamento destinado à saúde nos três entes federados,

tornando-se um grande desafio financeiro e implementar os serviços de saúde universal e gratuito nos 27 (vinte e sete) estados e mais de cinco mil e quinhentos municípios brasileiros.

A respeito da crescente judicialização da saúde, Scaff (2008, p. 160-161) esclarece que é a pior fórmula que existe, pois destrói a possibilidade de planejamento financeiro público, e solapa a capacidade organizacional de qualquer governo.

No mesmo sentido, Lopes (2008, p. 198) deduz que engana-se quem acha que o Judiciário deve dar a um cidadão aquilo que este não conseguiu da Administração porque ela não teria como dar a mesma coisa a todos.

Neste cenário, Leite (2017, p. 138), “acrescenta mais um limite a esse controle: a reserva de consistência, a qual esta relacionada à matéria de prova, ou seja, o Judiciário somente poderá intervir quando comprovada a violação dos direitos sociais fundamentais [...]”.

À luz dessas informações, não caberia, em tese, ao Poder Judiciário, no exercício da função jurisdicional, intervir no mérito das decisões e oportunidades de seus atos, próprios da Administração Pública, sob pena de afronta ao princípio da separação dos poderes previsto no art. 2º, da CF/88 (BARCELLOS, 2008; PAULA, 2013), visto a ilegitimidade dos juízes, e da intervenção no âmbito da discricionariedade própria ao poder Legislativo e Executivo, dando respaldo no princípio da reserva do possível (CAMBI, 2011; LEITE, 2017).

Com efeito, incumbiria ao Judiciário tão somente o controle de legalidade e da formalidade dos atos de administração, consoante se nota nas palavras de Leite (2017, p. 137), “[...] por mais que esteja diante de uma violação de direitos, o Judiciário deve observar as conseqüências de suas decisões, para não ocasionar o benefício de poucos, em detrimento do prejuízo de milhões”.

Contudo, aduz a autora mencionada que essa corrente doutrinária mostra-se superada, uma vez que, o entendimento de que o Judiciário deve autoconter-se frente ao mérito administrativo, esse mandamento, sobre o fulcro da separação dos poderes, já não é absoluto, diante da mudança de paradigma na Administração Pública, que se vincula a uma nova técnica de legitimação de sua atuação (LEITE, 2017, p. 135).

Por sua vez, o STF assentou seu entendimento de que a Lei Maior assegura condições materiais mínimas para a existência digna, essas adquirem prioridades na

destinação do orçamento público, de forma que a inércia estatal injustificada ou conduta abusiva que impeça essa garantia constitucional permite a intervenção do Judiciário. Tal interferência mostra-se cabível, pois o mínimo existencial, associado ao estabelecimento de prioridades orçamentárias, pode conviver com a reserva do possível (BRASIL, 2004a).

Da análise dos argumentos favoráveis e contrários, extrai-se “a possibilidade de um equilíbrio, desde que nenhum âmbito estatal (político-jurídico) ignore a limitação de recursos” (LEITE, 2017, p. 136).

Nesse sentido, Barcellos (2002, p. 245-246) argumenta que o interprete deverá levá-la em conta ao afirmar que algum bem pode ser exigido judicialmente, assim como o magistrado, ao determinar seu fornecimento pelo Estado.

Outra solução para o fenômeno da judicialização seria o ingresso de ações coletivas, diminuindo assim o abarrotamento de processos no judiciário, conforme pontua Timm (2008, p. 67).

Outra proposta, seria a oportunidade de participação popular no processo decisório e na implementação da decisão. A esse respeito Lima (2005, p. 191) explana que, a participação da sociedade civil é extremamente importante nesse processo de efetivação dos direitos socioeconômicos.

Diante dos argumentos, Marques (2008, p.67), afirma que para resolver o problema da judicialização da saúde é fundamental que os juízes, promotores de justiça, gestores públicos, sociedade civil, operadores do direito, sanitaristas, membros da academia, entre outros envolvidos na temática, discutam de forma ampla o tema em debate, e proponham soluções conjuntas para minimizar o conflito social-político evidenciado.

Assim, ante aos inúmeros posicionamentos doutrinários abalizados, tem-se que o ordenamento jurídico brasileiro possui instrumentos apropriados para conduzir o controle do fenômeno da judicialização do direito à saúde de forma ponderada (SILVA, 2015; MARMELESTEIN, 2016), superando os efeitos negativos alegados decorrentes de uma intervenção judicial demasiada em busca da efetivação dos direitos fundamentais sociais (LIMA, 2015; LEITE, 2017).

3.2 Princípios norteadores da Judicialização do Direito à Saúde no Brasil

Nesse cenário de discussões, é salutar discorrer sobre as defesas utilizadas pelo Poder Público perante a Judicialização das políticas públicas de saúde, entendidas jusdoutrinariamente como princípios norteadores e limitadores desse fenômeno (MORETTO, 2002; SARLET, 2010), dentre eles os princípios: da separação dos poderes *versus* a proibição do retrocesso, da reserva do possível *versus* o mínimo existencial, proporcionalidade *versus* reserva de consistência, da igualdade *versus* a equidade na garantia assistência à saúde, e a importância do Poder Judiciário como órgão essencial à Justiça (TIMM, 2008; MARMELSTEIN, 2016; LEITE, 2017).

3.2.1 O princípio da Reserva do (Financeiramente) Possível *versus* o Mínimo (Social) Existencial nas decisões judiciais.

O princípio da reserva do possível é empregado pelo Poder Público como tese defensiva em decorrência da Judicialização do direito constitucional à saúde, sendo considerado um desdobramento do princípio da eficiência, positivado no caput, do artigo 37, da Lei Maior (APPIO, 2007; CUNHA JUNIOR, 2012), limitando a atuação Estatal em efetivar suas obrigações de acordo com suas previsibilidades orçamentárias (BARROSO, 2008; MORAES, 2008; MENDES, 2012).

Sarlet (2010, p. 180) define a teoria da reserva do possível como “limite ao poder do Estado de concretizar efetivamente direitos fundamentais a prestação”. Esclarece Krell (2002, p. 52) que a reserva do possível passou a significar que os direitos sociais a prestações materiais dependem da efetiva disponibilidade de recursos financeiros por parte do Estado.

Nessa acepção, “a expressão reserva do possível procura identificar o fenômeno econômico da limitação dos recursos disponíveis diante das necessidades quase sempre infinitas a serem por eles supridas” (BARCELLOS, 2008, p. 261).

Diante dessa escassez financeira, e da obrigatoriedade em garantir os direitos fundamentais sociais, incumbe ao Estado fazer escolhas, estabelecendo as prioridades e critérios a serem cumpridos, mediante implementação de políticas públicas (FIGUEIREDO, 2007; JACOB, 2013).

Conforme afirma Oliveira (2006. p. 251) essas “políticas públicas são providências para que os direitos se realizem, para que as satisfações sejam atendidas, para que as determinações constitucionais e legais saiam do papel e se transformem em utilidades aos governados”.

Desartes, as prestações materiais na área da saúde sob o prisma da reserva do financeiramente possível, inicialmente se submeteriam a disponibilidade dos recursos econômicos dentro do orçamento estatal, conforme menciona Sarlet (2005, p. 288-289).

Por sua vez, a efetividade dos direitos fundamentais sociais depende da concretização de políticas públicas que garantam o mínimo existencial e, conseqüentemente, a dignidade da pessoa humana, sendo primordial ao Estado estabelecer metas, objetivos e programas a serem cumpridos, desde que previsto nas receitas e no orçamento dos gastos públicos (JACOB, 2013).

Nesse seguimento, Figueiredo (2007, p.133-134) discorre que, a reserva do possível, no que se refere ao orçamento público, impõe restrições em dois sentidos: por um lado, trata da escassez dos recursos financeiros existentes, e de outro ângulo, a reserva do possível traz a lume a discussão acerca dos limites da intervenção judicial na efetivação dos direitos sociais a prestações materiais.

De igual forma Ribeiro (2011, p. 1-2) afirma que o orçamento é o palco no qual devem estar explicitadas as políticas públicas de um Estado em um determinado momento, e, nele, o Estado, conjuntamente as funções Executiva e Legislativa devem se fazer presentes via processo orçamentário, desde a elaboração do plano plurianual, passando pela lei de diretrizes orçamentárias, e com a lei orçamentária anual.

Defende Nunes et al., (2011, p. 97), que “a reserva do possível é um conceito econômico que expressa à escassez de recursos, e impõe que sejam eleitas prioridades a partir da disponibilidade financeira, sejam nas escolhas feitas pelo Estado, sejam nas escolhas feitas pelo indivíduo em sua vida privada”.

A esse respeito, Salazar et al., (2009, p. 93-94) enfatiza que o condicionamento da efetivação dos direitos sociais, econômicos e culturais à dependência de recursos econômicos é que recebe a denominação de Reserva do Possível.

Mendes (2012. p. 465) nos ensina, em razão da inexistência de suportes financeiros suficientes para a satisfação de todas as necessidades sociais, enfatiza-

se que a formulação das políticas sociais econômicas voltadas à implementação dos direitos sociais implicaria, invariavelmente, em escolhas alocativas.

Dessa forma, a teoria da reserva do financeiramente possível molda-se como um contraponto arguido, seja em decisões no âmbito administrativo, tanto quanto no judicial, servindo como suporte defensivo ao Poder Público na omissão social, conforme esclarece Lima (2008, p. 3).

Entretanto, a jurisprudência pátria assenta posicionamento diverso, da qual a reserva do possível não pode ser invocada pelo Poder Público com a aspiração de impedir a implementação de políticas públicas definidas na Lei Magna, conforme se extrai do entendimento do Superior Tribunal de Justiça (STJ):

A reserva do possível não configura carta de alforria para o administrador incompetente, relapso ou insensível à degradação da dignidade da pessoa humana, já que é impensável que possa legitimar ou justificar a omissão estatal capaz de matar o cidadão de fome ou por negação de apoio médico-hospitalar. A escusa da "limitação de recursos orçamentários" frequentemente não passa de biombo para esconder a opção do administrador pelas suas prioridades particulares em vez daquelas estatuídas na Constituição e nas leis, sobrepondo o interesse pessoal às necessidades mais urgentes da coletividade. O absurdo e a aberração orçamentários, por ultrapassarem e vilipendiarem os limites do razoável, as fronteiras do bom-senso e até políticas públicas legisladas, são plenamente sindicáveis pelo Judiciário, não compondo, em absoluto, a esfera da discricionariedade do Administrador, nem indicando rompimento do princípio da separação dos Poderes. (STJ, 2018)

Comunga dessa visão o STF, em julgado importante sobre o direito à saúde *versus* reserva do possível, ao ponderar que:

Não se mostrará lícito, no entanto, ao Poder Público, em tal hipótese – mediante indevida manipulação de sua atividade financeira e/ou político-administrativa – criar obstáculo artificial que revele o ilegítimo, arbitrário e censurável propósito de fraudar, de frustrar e de inviabilizar o estabelecimento e a preservação, em favor da pessoa e dos cidadãos, de condições materiais mínimas de existência. Cumpre advertir, desse modo, que a cláusula da "reserva do possível" – ressalvada a ocorrência de justo motivo objetivamente aferível – não pode ser invocada, pelo Estado, com a finalidade de exonerar-se do cumprimento de suas obrigações constitucionais, notadamente quando, dessa conduta governamental negativa, puder resultar nulificação ou, até mesmo, aniquilação de direitos constitucionais. (STF, 2018)

Nessa perspectiva, manifesta-se Rigo (2007, p. 179) que, condicionar a efetivação do direito à saúde à cláusula da 'reserva do possível', pura e simplesmente, sem a comprovação efetiva de indisponibilidade total ou parcial de

recursos e do não-desperdício dos recursos existentes, é permitir que se construa uma barreira intransponível para o alcance de direitos fundamentais.

Em contraposição ao princípio da reserva do possível, sobressai o princípio do mínimo existencial, que não tem dicção explícita na Constituição Federal de 1988, mas esta prevista em lei esparsa, no art. 1º, da Lei Federal nº 8742/93, como:

A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

A esse respeito, Nascimento (2013), esclarece que o mínimo existencial pode ser conceituado “[...] como a base e o alicerce da vida humana. Trata-se de um direito fundamental e essencial, vinculado à Constituição Federal, e não necessita de Lei para sua obtenção, tendo em vista que é inerente a todo ser humano”.

De forma semelhante, Leivas (2006, p. 135) em seu magistério pontua que o mínimo existencial é a parte do consumo corrente de cada ser humano, seja criança ou adulto, que é necessário para a conservação de uma vida humana digna.

Por sua vez, Torres (2005, p. 375) discorre que o mínimo existencial é “um direito às condições mínimas de existência humana digna, que não pode ser objeto de intervenção do Estado e que ainda exige prestações estatais positivas”.

Nessa ótica, ensina Figueiredo (2007, p. 189) que além de derivar da noção de dignidade da pessoa humana, o mínimo existencial também se fundamenta no princípio da liberdade; em princípios constitucionais como a igualdade, o devido processo jurídico e a livre iniciativa; nos direitos humanos; e nas imunidades e privilégios do cidadão.

Segundo atesta Barcellos (2002, p. 278.) “o chamado mínimo existencial, formado pelas condições materiais básicas para a existência, corresponde a uma fração nuclear da dignidade da pessoa humana à qual se deve reconhecer a eficácia jurídica positiva ou simétrica.”

Nesse sentido, o conteúdo do mínimo existencial abrange o conjunto de garantias materiais para uma vida digna, de forma que o Estado não pode subtrair ao indivíduo (dimensão negativa) e, ao mesmo tempo, compete assegurar, mediante prestações de natureza material (dimensão positiva) (SARLE T; MARIONINI; MITIDIE RO, 2012, p. 574).

Nesse entendimento, ao apurar os elementos fundamentais dessa dignidade (o mínimo existencial), estar-se-ão estabelecendo exatamente os alvos prioritários dos gastos públicos (BARCELLOS, 2002, p. 246).

Dessa forma, é cristalino que o princípio acima discutido, decorre do princípio da dignidade da pessoa humana, e possui o condão de impedir que o Estado recuse o direito ao mínimo de prestações sociais indispensáveis para uma existência digna, prestações essas atinentes à saúde, e a outros direitos sociais protegidos constitucionalmente (ALEXANDRINO; PAULO, 2013).

À luz dessas informações, o direito social à saúde possui conexão com o mínimo existencial, amoldando-se a compreensão do direito à vida e o da dignidade da pessoa humana (SARLET, 2010), que não pode ser objeto de intervenção do Estado, mas que exige prestações positivas deste (FIGUEIREDO, 2007).

Posto isso, os limites para a oposição da reserva do financeiramente possível, se resvalam na efetivação do princípio do mínimo existencial dos direitos sociais, e consequentemente na destinação de recursos públicos acessível, priorizando as ações para os setores públicos essenciais à efetividade dos direitos fundamentais, principalmente aqueles ligados a proteção da dignidade humana (CUNHA JUNIOR, 2004).

3.2.2 O princípio da Separação dos Poderes *versus* a Proibição do Retrocesso (Social) nas decisões judiciais.

Parte da doutrina assegura que o princípio da separação dos poderes busca a limitação e organização do poder estatal, repartindo as funções entre a administração pública. Em relação à área da saúde, tal princípio procura definir funções próprias a cada poder público no intuito de coibir interferência de um poder sobre os demais, usando como alicerce dessa argumentação, o art. 2º, da Carta Magna (FIGUEIREDO, 2007).

De acordo com Kierecz, Mass e Silva (2013, p. 481) a cada órgão do Estado seriam atribuídas funções típicas, em predominância, e atípicas, evitando a concentração de uma mesma função num só organismo.

Nesse raciocínio, LIMA (2005, p. 98) disciplinou o assunto, ao dispor que em nome do princípio da separação entre os poderes, não poderia o Judiciário fiscalizar os atos políticos praticados pelo Executivo e Legislativo e não caberia ao Judiciário

interferir na escolha dos órgãos políticos (Executivo ou Legislativo) e muito menos substituir a vontade política desses órgãos nessa matéria.

De igual modo, Mendes (2010, p. 829) defende que “[...] a intervenção do Poder Judiciário, ante a omissão estatal quanto à construção satisfatória dessas políticas, violaria o princípio da separação dos Poderes e o princípio da reserva do financeiramente possível”.

Em arremate, Paula (2013, p. 38) discorre que, não cabe ao Poder Judiciário, no exercício da função jurisdicional, a prerrogativa de interferir na Administração Pública em relação ao mérito de suas decisões e oportunidades de seus atos, sob pena de ofensa ao princípio da separação dos poderes.

Por meio do princípio da separação dos poderes, a Administração Pública exprime à discricionariedade na determinação das prioridades, conforme leciona Meirelles (2003, p 116).

Sobre a questão da discricionariedade administrativa, nota-se a capacidade “de valorar os fatores constitutivos do motivo e do objeto, apreciando a conveniência e a oportunidade da conduta” (FILHO, 2017, p. 111), e quando aplicada à saúde, seria empregada “para estabelecer quais os procedimentos, insumos e tratamentos de saúde que devem ser fornecidos a priori à população” (CASTRO; FOLLONE, 2016, p. 38).

Dessa forma, conforme ensina Carlos (2016, p. 159), o princípio da separação dos poderes aliado à discricionariedade da Administração Pública, funciona como um sistema de freios e contrapesos entre órgãos públicos.

Portanto, a análise do princípio da Separação de Poderes, sob o enfoque da Judicialização, notadamente para a efetivação do direito à saúde, busca o equilíbrio (harmonia) entre os poderes, uma vez que a saúde é um direito primordial à vida, incumbindo e limitando o Judiciário, esquadrihar apenas eventuais falhas nas políticas públicas (CASTRO; FOLLONE, 2016).

Noutro lado, tem-se que, ao inferir sobre saúde como um direito fundamental, constitucionalmente assegurado pelo nosso Estado Democrático de Direito, há que se considerar o princípio da Proibição de Retrocesso (Social), embora pouco disseminado, tem encontrado voluptuosa guarida no âmbito da doutrina contemporânea, quanto na jurisprudência dos tribunais brasileiros (STRECK, 2000; BRAZ, 2016).

Dessa maneira, o princípio da Proibição de Retrocesso (Social) impossibilita o Estado, por meio de ações positivas ou negativas, a elaboração de leis ou decisões que promovam a perda de direitos antes conquistados, sem a criação de mecanismo equivalente ou substituto, consoante amparo nos artigos art. 3º, inc. II e 5º, inc. XXXVI, ambos da Carta Magna (DERBLI, 2007; CONTO, 2008; MIOZZO, 2010).

Na opinião de Kelbert (2011, p. 94) a proibição do retrocesso social é decorrência do princípio da democracia econômica e social. Segundo ele, direitos sociais já alcançados ou conquistados passam a figurar, ao mesmo tempo, como garantia institucional e direito subjetivo.

Sobre o mencionado, adverte Barroso (2001. p. 158-159) que por este princípio, que não é expresso, mas decorre do sistema jurídico-constitucional, entende-se que se uma lei, ao regulamentar um mandamento constitucional, instituir determinado direito, ele se incorpora ao patrimônio jurídico da cidadania e não pode ser arbitrariamente suprimido.

Por sua vez, a proibição do retrocesso social, impede o Estado de interferir em arranjos jurídicos já alcançados pelo cidadão, garantindo-lhe segurança jurídica (NASCIMENTO, 2006).

Nas palavras de Olsen (2006, p. 329) uma vez dada satisfação ao direito, este ‘transforma-se’, nessa medida, em ‘direito negativo’ ou direito de defesa, isto é, num direito a que o Estado se abstenha de atentar contra ele.

Nesse apanágio, assenta as decisões do STF (2018), conforme percebe se pelo Relator Ministro Celso de Mello:

[...] A PROIBIÇÃO DO RETROCESSO SOCIAL COMO OBSTÁCULO CONSTITUCIONAL À FRUSTRAÇÃO E AO INADIMPLEMENTO, PELO PODER PÚBLICO, DE DIREITOS PRESTACIONAIS. – O princípio da proibição do retrocesso impede, em tema de direitos fundamentais de caráter social, que sejam desconstituídas as conquistas já alcançadas pelo cidadão ou pela formação social em que ele vive. – A cláusula que veda o retrocesso em matéria de direitos a prestações positivas do Estado (como o direito à educação, o direito à saúde ou o direito à segurança pública, v.g.) traduz, no processo de efetivação desses direitos fundamentais individuais ou coletivos, obstáculo a que os níveis de concretização de tais prerrogativas, uma vez atingidos, venham a ser ulteriormente reduzidos ou suprimidos pelo Estado. Em consequência desse princípio, o Estado, após haver reconhecido os direitos prestacionais, assume o dever não só de torná-los efetivos, mas, também, se obriga, sob pena de transgressão ao texto constitucional, a preservá-los, abstenendo-se de frustrar – mediante supressão total ou parcial – os direitos sociais já concretizados [...].

Portanto, o princípio da proibição do retrocesso (social) é de grande relevância no Estado Democrático de Direito, como garantia da segurança jurídica e da preservação dos direitos adquiridos, proibindo o legislador de abolir ou restringir essa concretização, sem a adoção de mecanismo equivalente ou substituto, configurando-se como medida de freio e contrapeso ao princípio da separação dos poderes essenciais à Judicialização (NETTO, 2010; CARLOS, 2016; CASTRO; FOLLONE, 2016).

3.2.3 O princípio da Proporcionalidade e da Razoabilidade *versus* Reserva de Consistência nas decisões judiciais.

O princípio da proporcionalidade analisado sob a ótica da Judicialização do direito fundamental à saúde, conhecido como proibição do excesso e de insuficiência, opera preservando os direitos fundamentais, garantindo que nenhuma restrição a esses direitos tome dimensões proporcionais (LEITE, 2017).

Nessa acepção, Mendes (2010, p. 181) ressalta que, o princípio da proporcionalidade ou da razoabilidade, em essência, consubstancia uma pauta de natureza axiológica que emana diretamente das ideias de justiça, equidade, bom senso, prudência, moderação, justa medida, proibição de excesso, direito justo e valores afins.

Sobre o assunto, Olsen (2008, p. 213.) registra que “não se pode exigir do Estado e da sociedade algo fora dos padrões do razoável, do adequado, do necessário e do estritamente proporcional”.

Dessa forma, a regra da proporcionalidade, orienta a aplicação e a interpretação do direito, sendo empregada “nos casos em que um ato estatal, destinado a promover a realização de um direito fundamental ou de um interesse coletivo, implica a restrição de outro ou outros direitos fundamentais” (SILVA, 2002, p. 24).

Seguindo esse raciocínio, para Pamplona e Reis, (2013, p. 8) a proporcionalidade é útil tanto para verificar a validade material de atos do poder legislativo, e do executivo que limitem direitos considerados fundamentais, mas também que pese e reflita a própria legitimidade da decisão judicial.

Mantendo coerência, Barroso (2010, p. 260) acrescenta que “a razoabilidade deve embutir, ainda, a ideia de proporcionalidade em sentido estrito, consistente na

ponderação entre o ônus imposto e o benefício trazido, para constatar-se que a medida é legítima”.

Nesse seguimento, a doutrina enfatiza que, o princípio da razoabilidade, entre outras coisas, exige proporcionalidade entre os meios de que se utiliza a Administração e os fins que ela tem que alcançar (DI PIETRO, 2001, p.81).

A luz das informações, Figueiredo (2007, p.131) alude que o princípio da razoabilidade é essencial à complementação do juízo de proporcionalidade, implicando que se considerem as circunstâncias dos sujeitos atingidos e respaldando, por isso, a individualização das decisões judiciais sobre medidas restritivas.

Sarlet e Figueiredo (2008) observam que diante das circunstâncias que envolvem elementos como a reserva do possível e o mínimo existencial, os princípios da proporcionalidade e da razoabilidade toam como parâmetros para as decisões judiciais.

A partir dessas assertivas, Grinover (2013, p. 137) conclui-se que com relação à intervenção do Judiciário nas políticas públicas, o juiz analisará a situação em concreto e dirá se o legislador, o administrador público pautou sua conduta de acordo com os interesses maiores do indivíduo ou da coletividade, estabelecidos pela Constituição.

Diante dos princípios da proporcionalidade e da razoabilidade, o princípio da reserva de consistência, se apresenta como um limite ao Judiciário, ante a omissão, inércia ou insuficiência do Legislador, nos casos em que o juiz é chamado a suprir o vazio (PEREIRA JUNIOR, 2014).

Sobre o mencionado, Sarmento (2006, p. 200) esclarece que, muitos juízes, deslumbrados diante dos princípios e da possibilidade de, através deles, buscarem a justiça - ou o que entendem por justiça -, passaram a negligenciar do seu dever de fundamentar racionalmente os seus julgamentos.

Nesse cenário, Dorf et al. (2006, p. 17) enfatiza que os juízes precisam encontrar métodos que embasem suas decisões em algo mais do que somente suas visões pessoais; afinal, a Constituição não é simplesmente um espelho por meio do qual é possível enxergar aquilo que se tem vontade, ou então uma bola de cristal com a qual podemos ver qualquer coisa que queremos.

Por fim, o magistrado deve exibir argumentos racionais e igualmente, justificativos que certificam o seu posicionamento, o qual esta relacionada à matéria

de prova, ou seja, somente poderá intervir quando comprovada violação dos direitos sociais fundamentais, propiciando dessa forma uma autocontenção judicial (PEREIRA JUNIOR, 2014; LEITE, 2017).

Não obstante as limitações criadas pelo princípio da reserva do financeiramente possível na efetivação dos direitos fundamentais, pondera-se que este princípio, pode ser contraposto diante do princípio do mínimo (social) existencial, não consagrado de modo explícito na Carta Magna, sendo considerado um desdobramento doutrinário de diversos princípios constitucionais, segundo observação de Figueiredo (2007, p. 189):

Na opinião de Torres (2009, p. 32-33) o mínimo existencial exhibe as características básicas dos direitos da liberdade: é pré-constitucional, posto que inerente à pessoa humana; constitui direito público subjetivo do cidadão, não sendo outorgado pela ordem jurídica, mas, condicionando-a; tem validade *erga omnes*, aproximando-se do conceito e das consequências do estado de necessidade.

A esse respeito, Sarlet et al., (2008, p.191) esclarece que o mínimo existencial é a “garantia efetiva de uma existência digna e abrange mais do que a garantia da mera sobrevivência física, situando-se, portanto, além do limite da pobreza absoluta”.

Nessa conexão, Leivas (2006, p. 135) acrescenta que, o direito ao mínimo existencial é o direito à satisfação das necessidades básicas, e com isso, independem da ocorrência de dano grave ou sofrimento em razão da deficiência de saúde ou impossibilidade de exercício de autonomia.

Mantendo coerência, Figueiredo (2007, p. 208) afirma que o mínimo existencial materializa-se em “cuidados essenciais de saúde, baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis ao alcance universal de indivíduos e famílias”.

Sobre esse discurso, Torres (2005, p. 375.) conclui que o mínimo existencial é “um direito às condições mínimas de existência humana digna que não pode ser objeto de intervenção do Estado e que ainda exige prestações estatais positivas”.

A partir dessas assertivas, destacamos o posicionamento do STF na ADPF 45, que proclama:

A questão da legitimidade constitucional do controle e da intervenção do poder judiciário em tema de implementação de políticas públicas, quando configurada hipótese de abusividade governamental. Dimensão política da

jurisdição constitucional atribuída ao supremo tribunal federal. Inoponibilidade do arbítrio estatal à efetivação dos direitos sociais, econômicos e culturais. Caráter relativo da liberdade de conformação do legislador. Considerações em torno da cláusula da "reserva do possível". Necessidade de preservação, em favor dos indivíduos, da integridade e da intangibilidade do núcleo consubstanciador do "mínimo existencial". Viabilidade instrumental da arguição de descumprimento no processo de concretização das liberdades positivas (direitos constitucionais de segunda geração). (STF, 2018)

Portanto, o mínimo existencial compreende o direito às condições consideradas mínimas e essenciais para a uma vida digna, amparada pela ação do Estado, mediante políticas públicas e do seu descumprimento, intervindo o Poder Judiciário nessas questões, somente para tentar efetivá-las (GRINOVER, 2010; TEIXEIRA, 2011).

Sobre o princípio da igualdade *versus* equidade nas decisões judiciais, dedicaremos o próximo capítulo para melhor compreensão e debate, uma vez que a complexidade temática extrapola a esfera jurídica (determinações judiciais), e adentram na seara médica (acesso e assistência à saúde) no Brasil (ACCIOLI, 2016; LEITE, 2017).

CAPÍTULO IV

JUSTIÇA, IGUALDADE E EQUIDADE EM SAÚDE NO BRASIL.

Ante a complexidade que evoca a discussão, seja no campo jurídico ou médico sobre a igualdade e a equidade nas decisões que permeiam o acesso e a assistência à saúde no Brasil, é necessário compreendermos a amplitude conceitual desses princípios, e consequentemente, os rumos das políticas públicas de saúde, como condição basilar de inclusão civilizatória, assegurada como direitos fundamentais em nossa Carta Magna (BARROSO, 2007; ACCIOLI, 2016; LEITE, 2017).

Desse modo, a rigor o dicionário Houaiss infere que,

[...] a igualdade é o princípio segundo o qual todos os homens são submetidos à lei e gozam dos mesmos direitos e obrigações; a equidade seria o respeito à igualdade de direito de cada um, que independe da lei positiva, mas de um sentimento do que se considera justo, tendo em vista as causas e as intenções. (2001, p. 1183)

Nesse apanágio, Dias da Silva (2010, p. 120) esclarece que, é importante destacar sobre o princípio da igualdade na área de saúde, que a distribuição de serviços e bens de saúde efetivos deve estar disponível segundo as necessidades de cada indivíduo, mas acima de tudo representa a garantia de acessibilidade a todos, sem distinção, que do SUS necessitem.

A partir dessas alegações, nota-se que o princípio da igualdade opera em duas esferas (formal e material), sendo que a formal expressa à produção, interpretação e aplicação igualitária das normas jurídicas (MORAES, 2014, p. 574).

Comunga dessa visão, Teixeira (2011, p. 670) ao afirmar que “uma igualdade meramente formal, [...] abstraída de toda a consideração das situações concretas de toda categoria individual ou social, satisfazendo-se o Estado com uma igualdade abstrata, distribuindo a todos um mesmo tratamento”, não se revela suficiente para estabelecer uma sociedade justa regida por leis e instituições justas (LEITE, 2017).

Por sua vez, a doutrinadora Fernanda Duarte Lopes Lucas da Silva (2001, p. 36) discorre que “a igualdade material ou substantiva ou substancial é aquela que assegura o tratamento uniforme de todos os homens, resultando em igualdade real e efetiva de todos, perante todos os bens da vida”.

Desta feita, “a igualdade material leva, necessariamente à questão da valoração correta, e com isso, à questão sobre o que seja uma legislação correta, racional ou justa” (LEITE, 2017, p. 176).

A luz dessas informações, Moraes (2014, p. 35) assegura com excelência que, o princípio da igualdade consagrado pela constituição opera em dois planos distintos. De uma parte, frente ao legislador ou ao próprio executivo, na edição, respectivamente, de leis, atos normativos e medidas provisórias; e em outro plano, na obrigatoriedade ao intérprete, basicamente, a autoridade pública, de aplicar a lei e atos normativos de maneira igualitária, sem estabelecimento de diferenciações em razão de sexo, religião, convicções filosóficas ou políticas, raça, classe social.

Nesse viés, o princípio da igualdade disposto no art. 5º, da Lei Maior, possibilita ao cidadão, usufruir e gozar de tratamento igualitário proporcionado pela lei, ou seja, uma solução socialmente justa a todos, oferecendo as mesmas condições e oportunidades (SILVA, 2010).

Por outro lado, a equidade mostra-se um avanço em relação à igualdade, visto ser indispensável que exista o mínimo de condição de igualdade para que se possa debater com maestria a equidade na saúde, consoante afirma Lucchese (2003, p. 441), “[...] encontrar a interpretação do conceito de equidade mais adequada ao campo de atuação em saúde para então operacionalizá-la em tarefas de gestão do sistema, orientadas à redução de desigualdades é um grande desafio”.

O Glossário Temático de Economia da Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009, p. 29), define equidade em saúde como o “princípio segundo o qual a distribuição de recursos é feita em função das necessidades de saúde de uma determinada população”.

Nessa direção, Almeida et al., (2001. p.35.), indaga que o princípio da equidade almeja que todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido conforme as suas necessidades e que os serviços de saúde devem considerar que em cada população existem grupos que vivem de forma diferente, ou seja, cada grupo ou classe social ou região tem seus problemas específicos, tem diferenças no modo de viver, de adoecer e de ter oportunidades de satisfazer suas necessidades de vida.

Como consignado, percebe-se na doutrina uma dualidade entre “equidade horizontal que corresponderia ao tratamento de igual de iguais e, equidade vertical que corresponderia ao tratamento desigual de desiguais” (SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009, p. 217).

Com efeito, o acesso universal e igualitário assinala para a equidade de oportunidade, e a ação em níveis de saúde deduz a equidade de condições, consoante lição cediça de Silva (2005, p. 831).

Nesse entendimento, a equidade remonta à realização da justiça social, na redução das desigualdades sociais, sobrepondo a assimetria socioeconômica brasileira na garantia ao direito à saúde, sendo identificado no contexto do SUS como princípio do acesso igualitário às ações e serviços de saúde, portanto, igualdade no acesso à saúde (MATTOS, 2009; RIOS, 2008).

Para Silva e Almeida Filho (2009, p. 217) a equidade corresponde a uma intervenção de agentes sociais, quando assumem o papel de juízes, sobre situação de conflito e o exercício da equidade pode se materializar no processo de formulação de políticas de saúde e das políticas intersetoriais, que podem ter impacto sobre os determinantes sociais da saúde.

Dessa forma, as políticas públicas de equidade em saúde visam garantir o acesso à saúde com qualidade para essas populações abastadas, consoante mostra Cohen e Franco (2007, p. 50-51) ao dirimir que, para superar as diferenças, é necessário tratar desigualmente aqueles que são socioeconomicamente desiguais (ação afirmativa ou discriminação positiva).

Comunga dessa opinião, Teixeira (2011, p. 9) ao afirmar que, a problemática da equidade tem gerado também, algumas polêmicas, em virtude, do questionamento da pertinência de políticas específicas para determinados grupos, vista como uma forma de neocorporativismo ou de clientelismo.

Assim, temos que “a implementação do SUS revela esforços de fortalecer uma política nacional em um cenário federativo e democrático, expressos na configuração institucional do sistema e na regulação do processo de descentralização político-administrativa” (MACHADO; VIANA, 2009, p. 23).

Nessa perspectiva, Rizzotto e Bortoloto (2011, p. 794) afirmam que o Estado deveria, por meio de políticas sociais, assumir o desafio de corrigir as desigualdades existentes, sem realizar qualquer ruptura com princípios liberais clássicos, como a garantia da propriedade.

Com efeito, compete aos profissionais de saúde, o acolhimento as populações mais vulneráveis, reconhecendo as desigualdades sociais como determinantes que propiciam o adoecimento e morte, de forma individualizada, nos diversos segmentos da sociedade.

Nessa linha Fleury e Ouverney (2012, p. 25) consideram que a política de saúde como uma política social, tem como uma das consequências imediatas assumir que a saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania, pois a plena participação dos indivíduos na sociedade política se realiza a partir de sua inserção como cidadãos.

Todavia, Leite (2017, p. 176) defende que a limitação de recursos, juntamente com a má gestão, frente às muitas mazelas humanas, acaba prejudicando a eficiência das ações e serviços de saúde em âmbito universal e igualitário, não suprimindo as demandas existentes, ocasionando as famosas “filas de espera no SUS”.

Diante dessa realidade, analisada sob a ótica médica, observa-se em face do princípio da igualdade, que todos os indivíduos são iguais, atribuindo os mesmos direitos, logo o princípio da equidade “reconhece que os indivíduos são diferentes entre si e, portanto, merece tratamento diferenciado, de modo a eliminar/reduzir as desigualdades existentes” (BRASIL, 2004, p. 9).

Noutro lado, há possibilidade do judiciário intervir, concedendo uma tutela judicial, com o fito de aproximar os conceitos debatidos, de igualdade e equidade, e a incorporar a equidade no contexto da igualdade, visto que ambos “partem do princípio que a humanidade é diversa, plural, que os seres humanos diferem entre si em suas personalidades, identidades e necessidades” (ESCOREL, 2001, p. 5).

Nesse raciocínio, ao judiciário incumbe garantir constitucionalmente a população, o acesso à saúde e o direito de pleitear seus direitos individuais, sem fechar os olhos para a questão da justiça social, cabendo nesse ponto, uma reflexão a cerca das consequências dessa postura, que remete à otimização do estado ideal de saúde sob os auspícios do princípio da igualdade, no acesso aos serviços e às ações para promoção, proteção e recuperação” (LEITE, 2017, p. 177).

Portanto, o princípio da igualdade e da equidade em saúde abrange questões éticas, políticas, jurídicas e técnico-científicas inseparáveis, sendo primordial o amplo diálogo institucional, aberto e orientado no plano individual ou coletivo, aliado à defrontação de desafios teóricos e práticos na busca de novas instrumentalidades para sua efetividade e ampliação do acesso à saúde e à justiça social, cabendo salientar a importância do poder Judiciário como órgão tomador de decisões sociais, especialmente das minorias, que vêem neste, a única possibilidade

de acesso à Justiça social, consoante Texto Magno (TRAVASSOS, et al., 2004; LEIVAS, 2006; AYRES, 2007; CARDOSO, 2016; LEITE, 2017).

Diante da complexidade temática, e da acirrada discussão jurídica e médica que envolve a equidade em saúde, firma-se o entendimento jusdoutrinário, que o fenômeno da judicialização do direito à saúde, ante a tênue relação na implementação das políticas públicas estatais, impulsiona ao Poder Judiciário, o papel de efetivador do direito à saúde, impossibilitando na atual conjuntura, o questionamento se a judicialização fere o princípio da equidade, pelo contrário, fomenta a consagração do princípio da dignidade da pessoa humana, uma vez que a omissão estatal não pode vir a prejudicar o direito à saúde, havendo ofensa a esse direito constitucional, legitima-se o Judiciário a impor que se cumpram as medidas necessárias à efetivação do mesmo (FURTADO et al. 2009; PAULA, 2013).

Portanto, se o Estado é inerte em propiciar a sua população condições mínimas de existência, evidenciada a ineficiência do acesso às ações em saúde, e o temerário colapso no sistema, a judicialização da saúde se mostra uma opção válida para conter as omissões do Estado, desempenhando fundamental mecanismo através do qual, se exerce a pressão social sobre a Administração Pública em prol da equidade na saúde (FIGUEIREDO, 2007, PAULA, 2013), não se tratando, de uma justaposição do Judiciário em relação ao Legislativo e Executivo (LEITE, 2017), mas apenas uma proteção aos fundamentos e princípios da própria Constituição da República (MORAIS, 2008; NUNES, 2011; VILLAS-BÔAS, 2014).

CAPÍTULO V

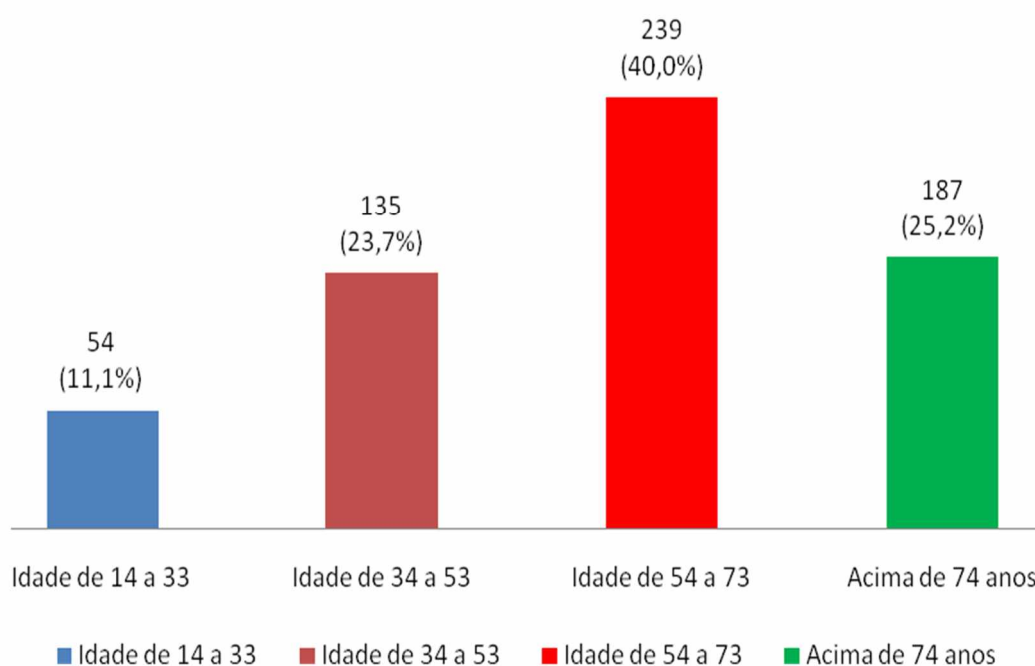
RESULTADOS, DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Foram analisados 615 processos, sendo que 335(54,5%) eram de usuários do sexo masculino e 280(45,5%) do sexo feminino, mostrando que pouco mais da metade das ações foram movidas por homens.

A média de idade dos usuários foi de 59,25 anos com desvio padrão de 18,36, sendo a idade mínima foi de 14 e a máxima de 96 anos.

O gráfico abaixo mostra a faixa etária do grupo de usuários responsáveis pelas demandas judiciais. Para definição desta faixa etária, adotou-se o critério de dividir os grupos em 4, com faixa etária de 20 anos cada grupo, conforme Gráfico 1 abaixo:

Gráfico 1: Distribuição dos usuários dos processos de judicialização, segundo a faixa etária, Uberlândia, 2018.



Fonte: Autor

Conforme mostrado acima, na distribuição por faixa etária, 239(40%)os processos foram de usuários na faixa etária de 54 e 73 anos, seguidos pelos que usuários que estavam acima de 74 anos, 187(25,2%), depois os usuários entre 34 e 53 anos, 135(23,7) e por fim, os que estavam entre 14 e 33 anos, 54(11,1%).

O estudo de Nunes e Ramos Júnior (2016), referente ao estado do Ceará, analisou-se 965 processos inéditos (não repetidos) e válidos, dos quais 506 dos

autores eram do sexo feminino (52,5%) e a média de idade dos autores foi de 53,4 anos, com desvio-padrão de 23,1 anos, mostrando um número maior de processos de judicialização no sexo feminino, diferente do aqui encontrado, e uma média de idade próxima ao que encontramos.

Estudo realizado na cidade mineira de Leopoldina também apresentou maior número de usuários dos processos do sexo feminino, 50(65%). A maioria de mulheres reivindicando ações judiciais para serem atendidas também pode ser observado nos estudos de Machado e outros. (2011), Marçal (2012) e Vieira e Zucchi (2007).

Em relação à etnia/raça e renda familiar, são características não exigidas pelo Ministério Público aos usuários quando ingressam com processos de judicialização, por entenderem que o acesso à saúde deve ser universal e igualitário, portanto esta informação, não pode ser analisada.

Em relação à região sanitária de procedência dos usuários dos processos, estes foram distribuídos por toda a cidade, conforme mostrado na Tabela 1 abaixo.

Tabela 1: Distribuição dos processos judiciais por região sanitária do município de procedência dos usuários, Uberlândia, 2018.

Região de Procedência	N	%
Zona Leste	152	24,7%
Zona Oeste	150	24,4%
Zona Sul	143	23,3%
Zona Norte	105	17,1%
Região Central	55	8,9%
Região Distritos ou Vilas	10	1,6%
TOTAL	615	100%

Fonte: Autor

Na análise dos bairros de procedência dos usuários dos processos, observou-se uma distribuição geográfica sobre todo o território do município, com pequena concentração nos bairros apresentados na Tabela 2 abaixo. Os demais bairros somaram 73,2%.

Tabela 2: Distribuição dos processos judiciais por bairro de procedência dos usuários, Uberlândia, 2018.

Bairro de Procedência	N	%
Santa Monica	45	7,3%
Tibery	32	5,2%
São Jorge	25	4,1%
Luizote	22	3,6%
Morumbi	21	3,4%
Roosevelt	20	3,3%

Fonte: Autor

Os principais tipos de agravos e/ou doenças apresentados pelos usuários dos processos foram relativos ao Sistema Esquelético 148(24,1%), seguidos do Sistema Cardiovascular com 145(23,6%) e Sistema Neurológico com 61(6,6%) processos.

Foram analisadas também as Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, objeto de processos dos usuários, com base na CID-10 - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão (OMS, 1996).

As classificações internacionais da OMS são ferramentas que auxiliam os profissionais de saúde na abordagem clínico-epidemiológica da saúde do indivíduo, onde cada doença pode ser dada a uma categoria e receber um código de até seis caracteres, em formato de X00.000. Cada uma das categorias inclui um grupo de doenças similares (OMS, 1996).

Na Tabela 3 abaixo, é apresentado os CID-10 identificados na pesquisa, sendo que em um processo não foi informado o CID-10 correspondente.

Tabela 3: Distribuição dos processos judiciais dos usuários, segundo os principais agravos, conforme CID-10, Uberlândia, 2018.

Capítulo	Título	N	%
IX	Doenças do aparelho circulatório.	178	28,9%
XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas.	147	23,9%
XI	Doenças do aparelho digestivo.	61	9,9%

XIV	Doenças do aparelho geniturinário.	51	8,3%
X	Doenças do aparelho respiratório.	31	5,0%
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	30	4,9%
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias.	27	4,4%
II	Neoplasmas (tumores).	25	4,1%
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo.	19	3,1%
VI	Doenças do sistema nervoso.	11	1,8%
XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo.	9	1,5%
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.	8	1,3%
VII	Doenças do olho e anexos.	6	1,0%
V	Transtornos mentais e comportamentais.	5	0,8%
XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde.	4	0,7%
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastóide.	1	0,2%
XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade.	1	0,2%
TOTAL		615	100%

Fonte: Autor

Vale ressaltar que, conforme o CID-10 - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão (OMS, 1996), o Capítulo XIX - Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas, tem como sub-grupos os traumatismos e fraturas do Sistema Esquelético.

No estudo de Nunes e Ramos Júnior (2016), em relação aos diagnósticos dos usuários nos processos, foram encontrados diagnósticos concentrados em 209 doenças da CID -10.

Observou-se que os principais diagnósticos dos usuários que geraram solicitações judiciais foram as Doenças do aparelho circulatório 178(28,9%); as principais demandas judiciais foram por vagas de internações 285(46,3%), seguidas

de Cirurgias 215(35,0%) e solicitações de realizações de exames 93(15,1%), conforme apresentado na Tabela 4 abaixo.

Tabela 4: Distribuição dos processos judiciais dos usuários, segundo as principais demandas, conforme CID-10, Uberlândia, 2018.

Demanda Principal Solicitada	N	%
Vagas de Internações	285	46,3%
Cirurgia	215	35,0%
Exames	93	15,1%
Consultas	11	1,8%
Medicamentos	6	1,0%
Equipamentos	2	0,3%
Tratamentos	2	0,3%
Transporte para Hemodiálise	1	0,2%
Dietas	0	0,0%
TOTAL	615	100%

Fonte: Autor

De acordo com Ramos e colaboradores (2017) a rede de internação do SUS tem carência de leitos, o que se torna uma das principais dificuldades enfrentadas pela população que necessita desse recurso, para a recuperação de sua saúde, e os usuários vêm enfrentando obstáculos para acessar leitos, principalmente os de média densidade tecnológica e de alto custo. Ainda conforme Spedo e colaboradores (2010) e Gomes (2013), a falta de leitos tem se tornado gradativamente, uma das maiores causas de demandas judiciais pela busca de vagas de internações nas instituições hospitalares.

Os resultados deste estudo, onde a principal demanda judicial é por vaga para internação, difere de outros encontrados na literatura, onde as principais demandas judiciais foram por solicitação de Medicamentos, principalmente aqueles que não estão contemplados na RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (BARRETO et al., 2013; OLIVEIRA; SOUZA, 2014; NUNES; RAMOS JUNIOR, 2016; SILVA et al., 2017).

As demandas judiciais deste estudo foram iniciados em 99% delas por usuários dos serviços de saúde pública. Na Tabela 5 abaixo, é apresentado os tipos de unidades de saúde origem dos usuários ao pleitear suas demandas judiciais.

Tabela 5: Distribuição dos processos judiciais por procedência, segundo o tipo de Unidades de Saúde de procedência dos usuários, Uberlândia, 2018.

Tipo de Unidade	N	%
UAI	583	94,8%
Hospitais	22	3,6%
UBS	6	1,0%
UBSF	4	0,7%
TOTAL	615	100,0%

Fonte: Autor

De acordo com a tabela, verifica-se que as Unidades de Atendimento Integrado (UAI) do município foram as que geraram o maior número de demandas judiciais, sendo responsável por 583(94,8%) do total de demandas dos usuários.

Os resultados deste estudo demonstram a importância da atuação do Ministério Público Estadual neste município, ao representar usuários em suas ações individuais, requerendo do setor público, tratamento de saúde por meio dessas demandas.

Estudo realizado na cidade de Feira de Santana, mostrou que 57% das demandas judiciais foram provenientes de estabelecimentos públicos (BARRETO et al., 2013) e no estudo realizado no estado de Ceará 736(76,3%) dos processos tiveram origem na rede pública de saúde (NUNES; RAMOS JÚNIOR, 2016).

Concernente ao órgão julgador, todas as ações foram encaminhadas para o Ministério Público Estadual de Minas Gerais, sendo que, a 1ª Vara de Fazenda Pública recebeu 101(16,4%) ações e a 2ª Vara de Fazenda Pública recebeu 514(83,6%) delas.

De acordo com Asensi (2010,) a Defensoria Pública possibilita as pessoas hipossuficientes, condições de acesso e atendimento do direito, com serviço de assistência judiciária integral e gratuita de caráter individual, por isso tem sido a instituição mais requisitada pelos usuários, frente as suas demandas judiciais de saúde.

Ações encaminhadas pelos usuários para representatividade da defensoria pública foram prevalentes nos Estados do Pernambuco, Rio de Janeiro, Espírito Santo, e Distrito Federal. Observou-se nestes estudos que a defensoria pública foi uma referência para os usuários na busca de seus direitos individuais a saúde (BARCELOS, 2010; MARCAL, 2012; MESSEDER et al., 2005; VENTURA et al., 2010).

Outro fato importante foi o tempo de duração do processo de judicialização, entre a data de entrada da ação, ou seja, a data da distribuição no poder judiciário e a data de conclusão da demanda no Ministério Público, que está apresentado na tabela abaixo:

Tabela 6: Tempo médio de duração dos processos no Ministério Público, Uberlândia, 2018.

Tempo de duração (em dias)	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
	44,3	100,4	0	804

Fonte: Autor

Conforme demonstrado na tabela acima, a média de duração das ações foram de 44,3, tendo o tempo mínimo e máximo de tramitação destas demandas de 0 a 804 dias, respectivamente.

A pesquisa apresentou que cerca de 50(8,1%) das ações foram finalizadas devido a óbitos dos usuários, o que corrobora o estudo de Penalva et al. (2011) que encontrou, em 8% dos casos, processos extintos em razão do óbito do requerente.

Oliveira e Souza (2014) enfatizam que o fato de durante o curso da ação judicial, usuários falecerem, sugere que as ações judiciais têm sido utilizada para a assistência à saúde também nos limites da vida.

Durante o curso das ações, o estudo demonstrou que as providências a serem tomadas pelo MP, diante das demandas judiciais poderiam ser: Mandado de Segurança, Obrigação de Fazer e Ação Civil Pública. A pesquisa identificou que 614(99,8%) das providências tomadas foram concernentes a ação civil pública, e a Ação de Obrigação de Fazer foi somente em um caso (0,2%).

Outro dado demonstrado refere-se às demandas judiciais que tiveram recursos, sendo que 583(94,8%) das ações não sofreram recurso, e somente

32(5,2%) destas tiveram recursos. Entre as ações que tiveram recurso, 10(1,6%) foram de Agravo de Instrumento, 8(1,3%) e de Apelação; e os demais foram: Embargos de Declaração e Recurso Extraordinário, totalizando juntos 14(2,3%).

Em conformidade com o artigo 129, inc. III, da Constituição Federal de 1988, o Ministério Público está legitimado a ingressar com a Ação Civil Pública, visto a amplitude desta via na proteção dos direitos difusos e coletivos.

Na atual conjuntura, do Código Civil de 2002 e Código Processual Civil de 2015, o Ministério Público atua ainda como fiscalizador do judiciário ou "*custos iuris*", razão pela qual, ante aos princípios esculpidos pelo SUS, tais como: a universalidade, integralidade, equidade, não pode, negar ou abster-se de ingressar com a Ação supramencionada, desde que a documentação esteja apta a provar o direito lesado (tais como prontuários médicos, exames, encaminhamentos médicos), e ser cliente ingressado pelas portas do SUS.

No entanto, conforme destacado por Marques e outros (2011), observa-se que as dificuldades encontradas pelos usuários dos serviços públicos, diante de suas demandas e necessidades de acesso e garantia dos serviços de saúde, ocasionam o fenômeno da judicialização.

Assinala-se, também que este conjunto de dados que configura o complexo quadro do processo da Judicialização da Saúde, fazendo com que as demandas judiciais em saúde, solicitadas pelos cidadãos residentes no município de Uberlândia/MG, na Promotoria Especializada da Saúde do Ministério Público desse município, cresçam gradativamente a cada ano.

CONCLUSÃO

Observou-se, ao longo do estudo, que a positivação do direito fundamental à saúde como estatuído na Carta Magna, propiciou enormes desafios nos campos das ciências médicas, jurídicas, culturais, políticas, sociais e econômicas para sua concretização.

Nesse norte, notou-se uma tensão própria aos direitos fundamentais sociais e, particularmente, ao direito à saúde, consistente na dicotomia entre os direitos garantidos formalmente (amparados constitucionalmente pelo princípio da igualdade formal) e os conflitos implícitos à sua efetivação, no cotidiano das práticas dos atores sociais na busca do direito à saúde (amparados infraconstitucionalmente pelo princípio da igualdade material e princípio da equidade).

Nesse viés, sob a ótica Jurídica, a igualdade formal aposta na Lei Maior, possibilita ao cidadão, usufruir e gozar de tratamento de saúde igualitário, proporcionado pela lei. Lado outro, infraconstitucionalmente, a equidade mostrou-se um avanço em relação à igualdade, visto ser indispensável que exista o mínimo de condição de igualdade material para que se possa debater com maestria a equidade na saúde, tão apreciada pela área médica. Ademais, a equidade e a igualdade material na saúde, se assemelham doutrinariamente, e os seus desdobramentos possibilitam tratar desigualmente aqueles que são socioeconomicamente desiguais.

Nesse enfoque, a equidade na saúde argui que todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido conforme as suas necessidades, e que os serviços de saúde devem considerar que em cada população existem grupos que vivem de forma diferente, ou seja, cada grupo ou classe social ou região tem seus problemas específicos, tem diferenças no modo de viver, de adoecer e de ter oportunidades de satisfazer suas necessidades de vida.

Diante deste contexto brasileiro, o Ministério Público recebeu constitucionalmente, destaque enquanto instituição jurídica envolvida no processo de efetivação do direito fundamental à saúde, com capacidade para propor diálogos e a comunicação entre os principais atores que compõem o processo de formulação, gestão e fiscalização das políticas públicas em saúde, possibilitando arranjos que não necessariamente conduzem à judicialização das demandas em saúde, permitindo superar uma efetivação centrada no juiz, portanto, voltada as atuações

extrajudiciais como estratégias adotadas em parceria com as demais instituições estatais.

Verifica-se, portanto, diante do debate, que a judicialização da saúde, agrava a situação da crise da saúde pública e compromete os gastos públicos municipais no cumprimento das decisões judiciais errôneas, desproporcionais e irrazoáveis, em razão da ausência de critérios estabelecidos e da falta de conhecimento técnico da área da saúde, necessitando a adoção de medidas que busquem frear esse fenômeno, bem como identificar e combater os abusos dessas demandas judiciais.

É importante frisar nesse contexto, que o município de Uberlândia gastou mais do que a média nacional, uma vez que aplicou, em 2017, com recursos próprios em ações e serviços públicos de saúde, o equivalente a R\$ 491,34 per capita, segundo levantamento divulgado pelo Conselho Federal de Medicina. Com esse volume, a gestão municipal registrou um crescimento em relação ao ano anterior (2016), quando foram gastos R\$ 428,76 para cada habitante, também segundo o relatório do referido Conselho.

Nesse cenário, o estudo permitiu mostrar e analisar as demandas judiciais no Ministério Público Estadual em Uberlândia/MG, propostas pelos usuários dos serviços públicos de saúde do município, em busca dos seus direitos de acesso gratuito à saúde.

Observou-se que, o direito à assistência a saúde, individual ou coletivo, tornaram-se deficitárias, exigindo do usuário a busca ao acesso a saúde por meio do processo de Judicialização da Saúde. Estas demandas mostraram que o município, por meio do Sistema Único de Saúde, não consegue atender aos princípios da universalidade e da integralidade, tendo em vista que os usuários acionaram o Executivo através do Judiciário para garantir seus direitos de acesso à saúde pública, de qualidade e gratuita.

Entretanto, será que o Ministério Público Estadual em Uberlândia ao defender a igualdade constitucional do cidadão brasileiro, não coloca em risco a equidade que a saúde defende, na medida em que o instrumento utilizado para a judicialização deste direito, não considera a raça/etnia e a renda familiar do usuário do SUS, e, portanto, a equidade?

Ademais, a equidade em saúde preconiza tratar com diferença os desiguais, e parece-nos que quando não se têm instrumentos válidos que contemplem a raça/etnia e renda família, não tratamos com diferença os desiguais, visto que

podemos estar oferecendo o direito às pessoas que talvez não necessitem de tal proteção, onerando assim, os gastos públicos municipais com a saúde, em detrimento da satisfação judicial do direito individual e não o coletivo à saúde, dificultando dessa forma, ajustes que contemplem as necessidades dos usuários à luz da garantia constitucional.

Diante da complexidade que envolve o fenômeno exponencial da Judicialização da Saúde e seus efeitos sobre a coletividade e o Poder Público (em suas diversas esferas), é indispensável que a Sociedade e as Instituições Públicas dialoguem e busquem conter o fenômeno, bem como editem políticas públicas de saúde eficazes, uma vez que se trata de um direito fundamental à vida.

REFERÊNCIAS

- ACCIOLI, A. C. S.; ARABI, A. Y. M. A judicialização das políticas públicas e a escassez orçamentária. In: ALVES, R. A. V.; ARABI, A. Y. M.; GOMES, M. L.(Coord.). **Direito financeiro e jurisdição constitucional**. Curitiba: Juruá, 2016. p. 34.
- AGUIAR, Z. N. **SUS Sistema Único de Saúde**: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011. 189 p.
- AITH, F. **Curso de direito sanitário**: a proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 2007. 406 p.
- ALBUQUERQUE, M. I. N. **Estratégia de saúde da família**: um estudo sobre o processo e as condições de trabalho dos trabalhadores de saúde. Recife: Universitária da UFPE, 2011. 244 p.
- ALEXANDRINO, M.; PAULO, V. **Direito constitucional descomplicado**. 11. ed. São Paulo: Método, 2013. 1089 p.
- ALEX, R. **Teoria dos direitos fundamentais**. Tradução de Virgílio Afonso da Silva. São Paulo: Malheiros, 2008. 669 p.
- ALMEIDA, E. S. (Org.). **Gestão de serviços de saúde**: descentralização, municipalização do SUS. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001. p. 35.
- ALMEIDA, G. A. **Direito processual coletivo brasileiro**: um novo ramo do direito processual. São Paulo: Saraiva, 2003. 665 p.
- ALVES, Raquel de Andrade Vieira; DUARTE, Guilherme Silveira da R. W. Judicialização da política e orçamento participativo: uma articulação necessária. In: ALVES, Raquel de Andrade Vieira; ARABI, Abhner Youssif Mota; GOMES, Marcus Lívio (coord.). **Direito financeiro e jurisdição constitucional**. Curitiba: Juruá, 2016. 336 p.
- ANDRADE, F. M. O consequencialismo, a modulação temporal dos efeitos e o ativismo judicial nas decisões do Supremo Tribunal Federal e o Estado de Direito. **Revista Dialética de Direito Tributário**, São Paulo, n. 172, p. 34-43, jan. 2010. DOI: <https://doi.org/10.5102/rbpp.v7i3.4779>.

ANDRADE, L. O. M. A regulamentação do SUS. In: **SUS passo a passo**: normas, gestão e financiamento. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 29-31.

ANDRADE, L. O. M. Do nascimento da saúde pública ao movimento pré-SUS. In: **SUS passo a passo**: normas, gestão e financiamento. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 19-28.

ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. **Bases da saúde coletiva**. Londrina (PR): Editora UEL, 2001. 267 p.

APPIO, E. **Controle judicial das políticas públicas no Brasil**. Curitiba: Juruá, 4 ed., 2007. 304 p.

ARAUJO, L. A. D.; NUNES JÚNIOR, V. S. **Curso de direito constitucional**. São Paulo: Saraiva, 9 ed., 2005, p. 109-110.

ASENSI, F. D.; PINHEIRO, R. (Coord). **Judicialização da saúde no Brasil**: dados e experiência. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/programas-de-a-a-z/saude-e-meio-ambiente/forum-da-saude>>. Acesso em: 11 ago. 2016.

ÁVILA-PIRES, F. D. de. **Princípios de ecologia médica**. 2. ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 2000. p. 27.

AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100004>.

BAHIA, A. G. M. F. A interpretação Jurídica no Estado Democrático de Direito: contribuição a partir da teoria do discurso de Jürgen Habermas. In: CATTONI DE OLIVEIRA, M. (Coord.). **Jurisdição e hermenêutica constitucional**. Belo Horizonte: Mandamentos, 2004. p. 301-357.

BAPTISTA, T. W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (Org.). **Políticas de saúde**: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007. 284 p.

BARCELLOS, A. P. **A eficácia jurídica dos princípios constitucionais**: o princípio da dignidade da pessoa humana. Rio de Janeiro: Renovar, 2002. 327 p.

BARROSO, L. R. **Constituição, democracia e supremacia judicial**: direito e política no Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.lrbarroso.com.br/pt/noticias/constituicao_democracia_e_supremacia_judicial_11032010.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2018. DOI: <https://doi.org/10.20499/2236-3645.RJP2010v12e96-230>.

_____. **Curso de direito constitucional contemporâneo**: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo. São Paulo: Saraiva, 2 ed., 2010. 401 p.

_____. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Revista Interesse Público**, Belo Horizonte, v. 9, n. 46, nov. 2007, p. 10.

_____. **Direito constitucional e a efetividade das normas**. 5. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2001. p. 158-159.

_____. **Interpretação e aplicação da constituição**: fundamentos de uma dogmática constitucional transformadora. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2008. 427 p.

_____. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. **[Syn]Thesis**. v. 05, n. 01. Rio de Janeiro: UERJ, p. 23-32, 2012.

BATISTELLA, C.; FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. (Org.). **Abordagens contemporâneas do conceito de saúde**: o território e o processo saúde-doença: complexidade teórica e necessidade histórica. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 30.

BEDIN, G. A. **Os direitos do homem e o neoliberalismo**. 3. ed. Rio Grande do Sul: Unijuí Ijuí, 2002. p. 40.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Ática, 2011. 72 p.

BONAVIDES, P. **Curso de direito constitucional**. 21. ed. São Paulo: Malheiros, 2007. 809 p.

BARCELOS, P. C. **Perfil de demandas judiciais de medicamentos da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo**: um estudo exploratório. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiências**. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015. 142 p. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/06/6781486daef02bc6ec8c1e491a565006.pdf>>. Acesso em: 06 mar. 2018.

_____. Conselho Nacional de Justiça. **Fórum do Judiciário para a Saúde**. Brasília, DF: [s.n.], 2014. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/programas-de-a-a-z/saude-e-meio-ambiente/forum-da-saude>>. Acesso em: 11 ago. 2018.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação estruturante do SUS**. Brasília, DF: [s.n.], 2007. 504 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília: CONASS, 2009. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/sus20anosfinal.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2016

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em Saúde - Parte 1: Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 320 p.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 29. ed. São Paulo: Saraiva, 2013. 830 p.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 25. ed. São Paulo: Saraiva, 2000. p.17.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 5 marc. 2018.

_____. Decreto 7.508/2011, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Regulamentação, Organização, (SUS), Planejamento, Assistência, Saúde. **Diário Oficial da União**, p. 1, 29 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 06 mar. 2018.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set 1990. Disponível em:

<<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 5 mar. 2018.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 5 mar. 2018.

_____. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 07 dez. 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/l8742.htm>. Acesso em: 5 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistema. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS/Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 105 p.

_____. Ministério da Saúde. **Glossário temático economia da saúde**. 2. ed. Brasília, DF: [s.n.], 2009. p. 29.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**: Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 136 p.

_____. Ministério da Saúde. **O sistema público de saúde brasileiro**. Brasília – DF, 2002. p. 13.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279/GM, de 30 de dezembro de 2010. Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília/DF, p. 88, 31 dez. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Contextos históricos da saúde pública no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 368 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A política de saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 53 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Análise de alguns aspectos do processo de descentralização no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 114 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). **A alocação equitativa inter-regional de recursos públicos federais do SUS: a receita própria do município como variável moderadora**. Relatório de Consultoria -Projeto 1.04.21. Brasília, DF, 20 set. 2004. p. 9. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/documentacao/aloc_equitativa_siops.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação de apoio à gestão descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 144 p.

_____. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especialn. 1068731**. Rio Grande do Sul, Segunda Turma, Rel. Min. Herman Benjamin, julgamento em 17 fev. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 06 mar. 2018.

_____. Superior Tribunal Federal. **Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 45-9**. Arguente: Partido da Social Democracia Brasileira-PSDB. Arguido: Presidente da República. Relator: Min. Celso de Mello. Data de Julgamento: 29/04/2004. Data de Publicação: 04/05/2004. Brasília, DF, 4 abr. 2004. Disponível em: <http://www.sbdp.org.br/arquivos/material/343_204%20ADPF%202045.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2018.

_____. Supremo Tribunal Federal. **Suspensão de Liminar SL 228/CE**. Relator: Ministro Gilmar Mendes. Data da decisão: 14/10/2008. Fonte: Diário da Justiça Eletrônico – DJe. Brasília, DF, 21 out. 2008. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28%28228.NUME.+OU+228.DMS.%29%29+E+S.PRES.&pagina=7&base=basePresidencia&url=http://tinyurl.com/l9cammm>>. Acesso em: 06 mar. 2018.

_____. Presidência da República. **Casa civil subchefia para assuntos jurídicos constituição dos Estados Unidos do Brasil**. Brasília: DF, 10 nov. 1937. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/Constituicao/Constituicao37.htm>. Acesso em: 5 mar. 2018.

BRAZ, K.V.A aplicabilidade do princípio da proibição do retrocesso social como meio de garantia constitucional ao direito à saúde. **Revista Cadernos Ibero-Americanos**

de **Direito Sanitário**, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 78-101, 2016. DOI: <https://doi.org/10.17566/ciads.v5i1.248>.

BUCCI, M. P. D. (Org.). **Políticas Públicas**: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 31.

CAMBI, E. **Neoconstitucionalismo e neoprocessualismo**: direitos fundamentais, políticas públicas e protagonismo judiciário. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011. 528 p.

CAMPOS, A. L. V. Cooperação internacional em saúde: o serviço especial de saúde pública e seu programa de enfermagem. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 13, n. 3, p. 879-888, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000300010>.

_____. **Políticas internacionais de saúde na Era Vargas**: o serviço especial de saúde pública, 1942-1960. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 318 p.

CAMPOS, A.; OLIVEIRA, D. R. Direito à saúde pública no Brasil: excuro histórico ao processo de desenvolvimento, reconhecimento e efetivação de um direito fundamental. **Prisma Jurídico**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 213-241, 2014. DOI: <https://doi.org/10.5585/prismaj.v13n1.4807>.

CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 175 p.

CANOTILHO, J. J. G. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 7. ed. Coimbra: Almedina, 2010. 1522 p.

_____. **Direito constitucional**. 6. ed. Coimbra: Livraria Almedina, 1993. p. 509.

CARDOSO, H. R. **O paradoxo da judicialização das políticas públicas de saúde no Brasil**: um ponto cego no direito. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2016. 180 p.

CARLOS, F. G. Separação de poderes: da concepção clássica à noção contemporânea. **Revista da AJURIS**, [S.l.], v. 43, n. 140, p. 152-183, 2016.

CARNEIRO, B. L. V. **A efetivação jurisdicional do direito à saúde**: para uma análise da temática sob uma ótica tópica e concretista. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2016. 380 p.

CARTA DE BRASÍLIA. Documento final do 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. **Medicina CFM**, [S.l.], n. 156, p. 12-13, 2005.

CARVALHO, A. I.; BARBOSA, P. R. **Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; Brasília: CAPES: UAB, 2010. 82 p.

CARVALHO, G. Os governos trincam e trancam o conceito de integralidade. **Radis**, [S.l.], v. 49, p. 16, 2006.

_____. Saúde pública. **Estudos Avançados**, [S.l.], v. 27, n. 78, p. 200-245, 2013.
DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200015>

CASTRO, C. V.; FOLLONE, R. A. **A atuação judicial como instrumento da efetivação do direito fundamental à saúde e os seus limites constitucionais brasileiros**. In: V Encontro Internacional do Conpedi. Montevideu, p. 22-42, 2016.
Disponível em:
<<https://www.conpedi.org.br/publicacoes/9105o6b2/g3i1y3j8/shhUC7D3i9S769i2.pdf>>
. Acesso em: 05 jul. 2017

CAVALCANTE FILHO, J. T. **Teoria geral dos direitos fundamentais**. [s.n.]: [S.l.].
Disponível em: <http://www.stf.jus.br/repositorio/cms/portalTvJustica/portalTvJustica-Noticia/anexo/Joao_Trindade__Teoria_Geral_dos_direitos_fundamentais.pdf>.
Acesso em: 11 mar. 2018.

CLÉVE, C. M. A eficácia dos direitos fundamentais sociais. **Revista de Direito Constitucional e Internacional**, São Paulo, n. 54, p. 29-39, 2006.

COHEN, E.; FRANCO, R. **Gestão social: como obter eficiência e impacto nas políticas sociais**. Brasília: Enap, 2007. 292 p.

COHN, A.; ELIAS, P. E. M. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2005. 133 p.

COMPARATO, F. K. **A afirmação histórica direitos humanos**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2008. 577 p.

CONASS. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2011. v. 2.
Disponível em: <<http://www.conass.org.br/arquivos/file/miolo%20livro%202.pdf>>.
Acesso em: 13 mar. 2018.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão do SUS**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2015. 133 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde: para entender a gestão do SUS**. 20. ed. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2011. 291 p.

CONTO, M. **O princípio da proibição do retrocesso social**: uma análise a partir dos pressupostos da hermenêutica filosófica. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008. 151 p.

COSTA, L. A. M. **O ideário urbano paulista na virada do século**: o engenheiro Theodoro Sampaio e as questões territoriais e urbanas modernas: 1886-1903. São Paulo: Rima; FAPESP, 2003. p. 86.

COSTA; SILVA, C. M. et. al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. Rio de Janeiro, **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 15, n. 5, p. 2539-2550, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500028>.

COUTO, B. R. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira**: uma equação possível? São Paulo: Cortez, 2004. 200 p.

CRUZ NETO, O.; MINAYO, M. C. S. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. (Org.). **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. 29. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010. p. 61-77.

CUNHA JÚNIOR, D. **Controle judicial das omissões do poder público**: em busca de uma dogmática constitucional transformadora à luz do direito fundamental à efetivação da Constituição. São Paulo: Saraiva, 2004. 676 p.

_____. **Curso de direito constitucional**. 6. ed. Salvador: JusPODIVM, 2012. 1360 p.

CURY, I. T. **Direito fundamental à saúde**: evolução, normatização e efetividade. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2005. 165 p.

DAVIES, A. C. I. **Saúde pública e seus limites constitucionais**. São Paulo: Verbatim. 2012. 112p.

DEL PRIORE, M. (org.). **História das mulheres no Brasil**. 7. ed. São Paulo: Contexto, 2004. 571p.

DERBLI, F. **O princípio da proibição do retrocesso social na constituição de 1988**. Rio de Janeiro: Renovar, 2007. 312 p.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p.195-223.

DI PIETRO, M. S. Z. **Direito administrativo**. São Paulo: Atlas, 2001. p. 81.

_____. **Parcerias na administração pública**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. p. 50-51.

DIAS DA SILVA, R. A. **Direito fundamental à saúde**. Belo Horizonte: Fórum, 2010, p. 120.

DIOGO, B. T. **História da saúde no Brasil**. São Paulo: Atíca, 2010. 194 p.

DORF, M.; TRIBE, L. **Hermenêutica constitucional**. Belo Horizonte: Del Rey, 2006. p.17.

DUARTE, B. A. F. **Em busca da legitimidade dos discursos jurisdicionais relativos ao direito à saúde: uma análise a partir da reviravolta hermenêutico linguístico-pragmática**. Belo Horizonte: Arraes, 2012. 482 p.

DUTRA, L. **Direito constitucional essencial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2014. 324 p.

ESCOREL, S. **Os dilemas da equidade da saúde: aspectos conceituais**. [s.n.]: [S.I.], 2001. Disponível em: < www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Sala256.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2018

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 336.

ESTORNINHO, M. J.; MACIEIRINHA, T. **Direito da saúde**. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2014. p. 20.

FERRAZ, O. The right to health in the courts of Brazil: worsening health inequities?. **Health and Human Rights: An International Journal**, North America, v. 11, n. 02, 2010.

FIGUEIREDO, L. V. **Curso de direito de saúde suplementar**: manual jurídico de planos e seguros de saúde. São Paulo: MP Editora, 2006. 524 p.

FIGUEIREDO, M. F. **Direito fundamental à saúde**: parâmetros para sua eficácia e efetividade. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007. 236 p.

FIGUEIREDO, N. M. A.; TONINI, T. **SUS e PSF para enfermagem**: práticas para o cuidado em saúde coletiva. São Paulo: Yendis, 2007. 312 p.

FILHO, J. S. C. **Manual de direito administrativo**. 31. ed. São Paulo: Atlas, 2017. 717 p.

FINKELMAN, J.(Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 328 p. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575412848>.

FLEURY, S. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 1100 p.

_____; OOVERNEY, A. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 25-57.

FLEURY, S. Judicialização pode salvar o SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 93, p.159-15, 2012.

FURTADO, E. T.; CAVALCANTE, C. H. A. O fenômeno da judicialização da política: tensão entre democracia e constitucionalismo. **Revista do Instituto Brasileiro de Direitos Humanos**, Fortaleza, v. 9, n. 9, p. 107-118, 2009.

GANDINI, J. A. D.; BARIONE, S. F.; SOUZA, A. E. Judicialização do direito à saúde: pros e contras. In: BLIACHERIENE, A. C.; SANTOS, J. S. (Org.). **Direito à vida e à saúde**: impactos orçamentários e judicial. São Paulo: Atlas, 2010. p. 258-259.

GERSCHMAN, S.; SANTOS, M. A. B. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do Século XX. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, [S.l.], v. 21, n. 61, p. 177-227, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-69092006000200010>.

GOIÁS (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS. Escola Estadual de Saúde Pública “Cândido Santiago”. **Políticas públicas e legislação do SUS**. Goiânia: ESAP-GO, 2017. Disponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2017-07/componente-1_politicas-publicas-e-legislacao-do-sus.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2018.

GOMES, M. L. (Coord.). **Direito financeiro e jurisdição constitucional**. Curitiba: Juruá, 2016. 336 p.

GOMES, F. F. C. **A judicialização da saúde em Minas Gerais: uma avaliação dos processos judiciais relacionados aos procedimentos ambulatoriais e hospitalares no período 1999-2009**. 2013. 98f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

GORCZEWSKI, C. **Direitos humanos**: conhecer, educar, praticar. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2009. p. 29.

GRAU, E. R. **A ordem econômica na Constituição de 1988**. 9. ed. São Paulo: Malheiros, 2004. p. 335.

GRINOVER, A. P. O controle das políticas públicas pelo Poder Judiciário. **Revista do Curso de Direito da Faculdade de Humanidades e Direito**, [S.l.], v. 7, n. 7, 2010. DOI: <https://doi.org/10.15603/2176-1094/rcd.v7n7p9-37>.

_____; WATANABE, K. (Coord.). **O controle jurisdicional de políticas públicas**. 2. ed. Rio de Janeiro, Forense, 2013. p.137.

GUERRA FILHO, W. S. **Processo constitucional e direitos fundamentais**. 4. ed. São Paulo: RCS, 2005. 276 p.

HOMCI, A. L. A evolução histórica da previdência social no Brasil. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano 14, n. 2104, 2009. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/12493>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. 4. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. p. 1183.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo populacional**: 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2017.

IBRAHIM, F. Z. **Curso de direito previdenciário**. 5. ed. Niterói: Impetus, 2005. p. 7.

JUNIOR, K.F. **Programa de Saúde da Família (PSF) comentado**. Goiânia: AB Editora; 2003. 124 p.

KELBERT, F. O. **Reserva do possível e a efetividade dos direitos sociais no direito brasileiro**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011. 136 p.

KIERECZ, M. S.; MASS, A. P. T.; SILVA, M. C. F. Estado, construção dos direitos fundamentais, separação dos poderes e efetivação do direito à saúde. **Revista Justiça do Direito**, Passo Fundo, v. 27, n. 2, p. 464-492, 2013. DOI: <https://doi.org/10.5335/rjd.v27i2.4683>.

KRELL, A. J. **Direitos sociais e controle judicial no Brasil e na Alemanha**: os (des)caminhos de um direito constitucional comparado. Porto Alegre: S.A. Fabris, 2002, p.52.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 320 p.

LEITE, V. G. **Saúde em juízo**: o excesso do judiciário e a escassez dos leitos de UTI no estado do Ceará. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2017. 268 p.

LEIVAS, P. G. C. Princípios de direito e de justiça na distribuição de recursos escassos. **Revista Bioética**, Brasília: Conselho Federal de Medicina, v. 14, n. 1, 2006.

_____. **Teoria dos direitos fundamentais sociais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006. p. 135.

LIMA, F. D. S. Em busca da efetividade dos direitos sociais prestacionais. Considerações acerca do conceito de reserva do possível e do mínimo necessário. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 5, n. 51, out. 2001. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/2177>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

LIMA, F. R. S. **Saúde e Supremo Tribunal Federal**. Curitiba: Juruá, 2015. 274 p.

LIMA, G. M. **Efetivação judicial dos direitos econômicos, sociais e culturais**. Dissertação (Mestrado em Ordem Jurídica Constitucional) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005, 240 p. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12453/1/2005_dis_gmlima.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2018.

LIMA, L. D. Regionalização da saúde no Brasil. In: Giovanella L, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 71 p.

LONGO, M.; TORRES, D. **Reformas para desenvolver o Brasil**. São Paulo: Nobel, 2003. 136 p.

LOPES, J. R. L. **Direitos sociais**: teoria e prática. São Paulo: Método, 2006. 303 p.

_____. Em torno da “reserva do possível”. In: SARLET, I. W.; TIMM, L. B. (Org.). **Direitos fundamentais, orçamento e reserva do possível**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008. p. 192.

LUCCHESE, P. T. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 439-448, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200009>.

MACHADO, C. V., LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. **Qualificação de gestores do SUS**: programa nacional de qualificação de gestores e gerentes do SUS - Mais Saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; ENSP; EAD, 2011. p. 47-72.

MACHADO, C. V.; VIANA, A. L. A. Descentralização e coordenação federativa na saúde. In: _____. **Saúde, Desenvolvimento e Território**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 21-59.

MACHADO, M. A. A. et al. Judicialização do acesso a medicamentos no estado de Minas Gerais, Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, jun. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000015>.

MACHADO, R. et al. **Danação da norma**: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Grall, 1978. 277 p.

MAIA, M. C.; LIMA, N. T. Fórum. O desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde: Introdução. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1611-1613, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700019>.

MARÇAL, K. K. S. **A judicialização da assistência farmacêutica**: O caso Pernambuco em 2009 e 2010. 2012. 130 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012

MARMELSTEIN, G. **Cinco pontos de reflexão sobre a judicialização da saúde**. [s.n.]: [S.l.], 2016. Disponível em: <<http://direitosfundamentais.net/2016/01/19/cinco-pontos-de-reflexao-sobre-a-judicializacao-da-saude/>>. Acesso em: 06 jun. 2018.

MARQUES, S. B. Judicialização do direito à saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 65-72, 2008. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v9i2p65-72>.

MARQUES, O. R. A.; MELO, M. B.; SANTOS, A. P. S. Ações judiciais no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil, bases legais e implicações: um estudo de caso em um tribunal da Região Sudeste. **Rev Direito Sanit**, São Paulo, v. 12, n. 1, jun. 2011. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v12i1p41-66>.

MARTINS, R. A. **Contágio**: história da prevenção das doenças transmissíveis. São Paulo: Moderna, 1997. p. 109.

MATOS A.; B.; SANTO, C. W. **A saúde pública no Brasil**: historicidade da participação popular e evolução jurídico-constitucional para a gestão de um novo modelo. [s.n.]: [S.l.]. Disponível em: <<http://www.viajus.com.br>>. Acesso em: mar. 2018.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Revisa Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 771-780, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500028>.

MEIRELES, A. C. C. **A eficácia dos direitos sociais**. Salvador: Juspodivm, 2008. 485 p.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Rio de Janeiro: Hucitec, 2011. 554 p.

_____. **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Hucitec, 1993. 310 p.

MENDES, G. F. Os direitos fundamentais e seus múltiplos significados na ordem constitucional. **Anuário iberoamericano de justicia constitucional**, [S.l.], n. 8, p. 131-142, 2004. Disponível em:

<https://scholar.google.com.br/scholar?start=60&q=direitos+fundamentais&hl=pt-BR&as_sdt=0,5>. Acesso em: 10 mar. 2018.

MENDES, G. F. **Direitos fundamentais e controle de constitucionalidade**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. 803 p.

MENDES, G. F.; COELHO, I. M.; BRANCO, P. G. G. **Curso de direito constitucional**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2009. 1486 p.

_____. **Curso de direito constitucional**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2010. 1616 p.

MENDES, K. R. **Curso de direito da saúde**. São Paulo: Saraiva, 2013. p. 45.

MESSEDER, A. M.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; LUIZA, V. L. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, Apr. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200019>.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 416p.

MIOZZO, P. C. **A dupla face do princípio da proibição do retrocesso social e os direitos fundamentais no Brasil: uma análise hermenêutica**. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2010. 189 p.

MORAES, A. **Curso de direito constitucional**. 23. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 900 p.

_____. **Direito constitucional**. 30. ed. São Paulo: Atlas, 2014. 946 p.

MORAES, G. P. **Curso de direito constitucional**. 6. ed. Niterói: Impetus, 2014. p. 574.

MORAIS, J. L. B.; SCHWATRZ, G. A. D.; PILAU SOBRINHO, L. L. Análise jurídico-constitucional do direito à saúde. In: LEAL, R. G.; ARAÚJO, L. E. B. (Org). **Direitos sociais e políticas públicas: desafios contemporâneos**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2003. p. 635.

MOREIRA, E. R. **Neoconstitucionalismo: a invasão da Constituição**. São Paulo: Método, 2008. 239 p.

MOREIRA, S. V. Análise documental como método e com técnica. In: DUARTE, J.; BARROS, A. (Org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2006. p. 269-279.

MORETTO, M. A. **A política e a prática de saúde**: suas consonâncias e dissonâncias. Erechim: EDIFAPES, 2002. 128 p.

MOTA, A.; SCHRAIBER, L. B. Institucionalização da saúde pública paulista nos anos 1930-1940. **Rev. Saúde Pública**, [S.l.], v. 47, n. 5, p. 33-44, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004887>.

MOURA, E. S. O direito à saúde na Constituição Federal de 1988. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano 18, n. 3730, 2013. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/25309>>. Acesso em: 4 mai. 2018.

MPE – Ministério Público Estadual. [s.n.]: [S.l.]. Disponível em <<https://agendasauedeudi.wordpress.com/2011/10/25/ministerio-publico-promotoria-especializada-na-defesa-da-saude/>>. Acesso em: 10 abr. 2017

NASCIMENTO, R. O princípio da proporcionalidade como via de aferição do retrocesso social. **Revista Petardo**, Santa Catarina: Fundação Boiteux, 2006. 322 p.

NASCIMENTO, S. P. C. **Mínimo existencial x reserva do possível**. [s.n.]: [S.l.], 2013. Disponível em: <<http://antoniopires.jusbrasil.com.br/artigos/121940660/minimo-existencial-x-reserva-do-possivel>>. Acessado em: 06 jun. 2018.

NETO, D. C. **Judicialização da saúde pública**: uma análise contextualizada. Porto Velho-RO: Motres, Ase Editorial, 2017. 100 p.

NOBRE, M. A. B.; SILVA, R. A. D. (Coord.). **O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde**. Belo Horizonte: Fórum, 2011. p. 353-366.

NORA, C. R. D.; JUNGES, J. R. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, [S.l.], v. 47, n. 6, p. 322-330, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102013000901186>.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia et. al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.

NOVAIS, J. R. **Direitos sociais**: teoria jurídica dos direitos sociais enquanto direitos fundamentais. Coimbra: Coimbra, 2010. p. 13.

NOVELINO, M. **Direito constitucional**. 2. ed. São Paulo: Método, 2008. p. 229.

NUNES, A. J. A.; SCAFF, F. F. **Os tribunais e o direito à saúde**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2011. 135 p.

NUNES, A.; SANTOS, J. R. S.; BARATA, R.B.; VIANA, S. M. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001. 221 p.

NUNES, C. F. O.; RAMOS JÚNIOR, A. N.. Judicialização do direito à saúde na região Nordeste, Brasil: dimensões e desafios. **Cad. Saúde Colet.**, 2016, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 192-199. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600020070>.

OLIVEIRA, F. A.; REZENDE, F. O Estado e a Federação. In: REZENDE, F.; TAFNER, P. (Ed.). **Brasil**: o estado de uma nação. Rio de Janeiro: IPEA, 2005 p. 251-283.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **(IM) Previdência Social**: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985. 356 p.

OLIVEIRA, J. G. **Judicialização da saúde**: as controvérsias da busca pela efetivação do direito fundamental à saúde através do judiciário.[Rio Grande do Sul, 2016]. Disponível em: <http://www.lrbarroso.com.br/pt/noticias/constituicao_democracia_e_supremacia_judicial_11032010.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2018.

OLIVEIRA, R. F. **Curso de direito financeiro**. São Paulo: RT, 2006. p. 251.

OLIVEIRA, R. G.; SOUZA, A. I. S.. **O perfil das demandas judiciais por direito à saúde pública do município de Leopoldina-MG**. Gerais (Esc. Saúde Pública Minas Gerais); v. 2, n. 2, p. 35-45, jul.-dez. 2014.

OLIVEIRA, R. M. **A produção do conhecimento em escala local**: repensando a relação entre a investigação científica e a experiência dos grupos populares. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. 221 p.

OLSEN, A. C. L. **A eficácia dos direitos fundamentais sociais frente à reserva do possível.** [s.n.]: [S.I.], 2006. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/teste/arqs/cp007711.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2018.

_____. **Direitos fundamentais sociais:** efetividade frente à reserva do possível. Curitiba: Juruá, 2008. p. 213.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão.** Trad de Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. Vol 2, 3 ed. São Paulo: EDUSP, 1996.

PAIM, J. S. Ações integradas de Saúde (AIS): por que não dois passos atrás. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, ano 2, n. 2, p. 167-183, 1986. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1986000200005>.

_____. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Revista Séries**, [S.I.], v. 1, n. 4, p. 11-31, 2011.

PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 587-603.

_____; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. Saúde no Brasil. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Veja**, [S.I.], v. 6736, n. 11, p. 60054-8, 2012. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2018.

PAMPLONA, G.; REIS, A. R. A judicialização da saúde: limites e possibilidades do poder Judiciário. **Jurisprudência em Revista**, [S.I.], v. I, n. IX, 2013. Disponível em: <<https://jurisprudenciaemrevista.wordpress.com/2013/09/16/a-judicializacao-da-saude-limites-e-possibilidades-do-poder-judiciario/>>. Acesso em: 3 jun. 2018.

PAULA, A. M. **Judicialização do direito constitucional à saúde:** impactos das decisões judiciais no orçamento público. Rio de Janeiro: ESG, 2013. p. 47.

PENALVA, J. et al. **Judicialização do direito à saúde:** o caso do Distrito Federal. Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas; 2010/2011. Disponível em: <http://democraciaejustica.org/cienciapolitica3/sites/default/les/livro_judicializacao_d_o_direito_a_saude_-_saida.pdf>. Acesso em: 5 fev 2019

PEREIRA JUNIOR, J. A. A reserva de consistência e o dever de fundamentação como limite à atuação do Poder Judiciário. **Conteúdo Jurídico**, Brasília-DF, 21 ago. 2014. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.49504&seo=1>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

PINHEIRO, R. Experiências Inovadoras no ensino da saúde. **Revista RADIS**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP, n. 49, 2006.

PINHEIRO, R. Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência. ASENSI, F. D.; PINHEIRO, R.(Coords) Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015, 142 p.

PINTO, A. **Manual básico de saúde pública**: um guia prático para conhecer e garantir seus direitos. Curitiba: Penápolis, 2012. 70 p.

PITA, J.R. **Farmácia, medicina e saúde pública em Portugal**: 1772-1836. Coimbra: Minerva, 1996. p. 445-446.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFG**, [S.l.], v. 35, 2001. Disponível em: <<http://internatoruarl.medicina.ufmg.br/textos.htm>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

_____. História da saúde pública no Brasil: uma pequena revisão. **História das Políticas de Saúde No Brasil**, Minas Gerais, p.01-25, 2006. Disponível em:<<http://medicinadeemergencia.org/wp-content/uploads/2015/04/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-16-030112-SES-MT.pdf>>. Acesso em: 20 de mar. de 2018.

POMER L. **América**: história, delírios e outras magias. São Paulo: Brasiliense, 1980. 215 p.

PÔRTO, A. O sistema de saúde escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1019-27, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702006000400013>.

QUEIROZ, C. **Direitos fundamentais sociais**: funções, âmbito, conteúdo, questões interpretativas e problemas de justiciabilidade. Coimbra: Coimbra, 2006. 254 p.

RAMOS, R. S.; GOMES, A. M. T.; GUIMARÃES, R. M.; SANTOS E. I. Judicialização da saúde na prática dos profissionais de saúde. **R. Dir. sanit.**, São Paulo v.18 n.2, p. 18-38, jul./out. 2017. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v18i2p18-38>.

RESENDE, N. F.; BLIACHERIENE, A. C. et al. (Org.). **A amplitude da expressão saúde no marco normativo brasileiro**. São Paulo: Atlas, 2010. p. 222.

RIBEIRO, D. **O processo civilizatório**: estudos de antropologia da civilização: etapas da evolução sociocultural. Petrópolis: Vozes. 1987, 328 p.

RIBEIRO, L. **A luta contra a tuberculose no Brasil**. Rio de Janeiro: Editorial Sul América, 1956. 402 p.

_____. **O Barão do Lavradio e a higiene no Rio de Janeiro**. Belo Horizonte; Rio de Janeiro: Itatiaia Ltda., 1992. p 93.

RIBEIRO, Maria de Fátima. Efetivação de políticas públicas e a escassez de recursos financeiros. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIV, n. 93, out. 2011. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=10522>. Acesso em: 15 mar. 2018.

RIGO, V. Saúde: direito de todos e de cada um. In: ASSIS, A. (Org.). **Aspectos Polêmicos e Atuais dos Limites da Jurisdição e do Direito à Saúde**. Porto Alegre: Notadez, 2007. p. 173-185.

RIOS, R. R. Direito à saúde, universalidade, integralidade e políticas públicas: princípios e requisitos em demandas judiciais por medicamentos. **Revista de Doutrina da 4ª Região**, Porto Alegre, n. 31, ago. 2008.

RIZOTTI, M. L. A. Estado e sociedade civil na história das políticas sociais brasileiras. **Cien. Soc. Hum.**, Londrina, v. 22, p.39-56, 2001. DOI: <https://doi.org/10.5433/1679-0383.2001v22n1p39>.

RIZZOTTO, M.; BORTOLOTO, C. O conceito de equidade no desenho de políticas sociais: pressupostos políticos e ideológicos da proposta de desenvolvimento da CEPAL. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 793-803, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000300014>.

RONCALLI, A. G. **O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde**. In: PEREIRA, A. C. (Org.).

Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre (RS): ARTMED, 2003. p. 28-49.

ROSEMBERG, A. M. **Guerra à Peste Branca**: Clemente Ferreira e a “Liga Paulista contra a tuberculose”, 1899-1947. Dissertação (Mestrado em História Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2008. 249 p.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. 2. ed. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 1994. p. 89.

ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. **Rouquayrol epidemiologia e saúde**. 7 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. 709 p.

SALAZAR, A. L.; GROU, K. B. **A defesa da saúde em juízo**: teoria e prática. São Paulo: Verbatim, 2009. p. 93-94.

SALLES, P. **História da medicina no Brasil**. Belo Horizonte: G. Holman, 1971. 276 p.

SARLET, I. W. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 5. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005. p. 288-289.

_____. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 3. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003. 416 p.

_____. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 8. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007. p. 35-36.

_____. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 10. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011. 493 p.

_____. Constituição e proporcionalidade. **Revista de Estudos Criminais**, Porto Alegre, v. 3, n. 12, p.111, 2003.

_____. TIMM, LB. (Org.). Direitos fundamentais, orçamento e reserva do possível. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008. p. 160-161.

_____; FIGUEIREDO, M. F. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. **Direitos Fundamentais e Justiça**, Porto Alegre: HS Editora, ano 1, n. 1, 2007. DOI: <https://doi.org/10.30899/dfj.v1i1.590>.

_____; FIGUEIREDO, M. F. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. **Revista da Defensoria Pública**, São Paulo, n. 1, p. 191, 2008. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v10i1p308-318>.

_____; FIGUEIREDO, M. F. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. **Revista de Doutrina**, [S.l.], TRF, 4 ed., n. 24. 2008.

_____; FIGUEIREDO, M. F. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. In: SARLET, I. W.; TIMM, L. B. (Org.). **Direitos fundamentais, orçamento e reserva do possível**. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010. 412 p.

_____; MARINONI, L. G.; MITIDIERO, D. **Curso de direito constitucional**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2012. 719 p.

_____. **Curso de direito constitucional**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2012. p. 574.

SARMENTO, D. **A ponderação de interesses na Constituição Federal**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2002. p. 59-60.

_____. **Direitos fundamentais e relações privadas**. 2.ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2006. 362 p.

_____. **Livres e iguais**: estudos de direito constitucional. São Paulo: Lúmen Juris, 2006. p. 200.

SCAFF, F. F. Sentenças aditivas, direitos sociais e reserva do possível. In: SARLET, I. W.; TIMM, L. B. (Org.). **Direitos fundamentais, orçamento e reserva do possível**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008. p. 160-161.

SCHWARTZ, G. **Direito à saúde**: efetivação em uma perspectiva sistêmica. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001. 223 p.

SCHWARTZ, G. **Direito à saúde**: efetivação em uma perspectiva sistêmica. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001. p. 162.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSYS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>.

SILVA, D. S. V. **Direito à saúde**: ativismo judicial, políticas públicas e reserva do possível. Curitiba: Juruá, 2015. 170 p.

SILVA, F. D. L. L. **Princípio constitucional da igualdade**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2001. p. 36.

SILVA, J. A. **Curso de direito constitucional positivo**. 21. ed. São Paulo: Malheiros, 2002. p. 285-286.

_____. **Curso de direito constitucional positivo**. 24. ed. São Paulo: Malheiros, 2005. , p. 831.

_____. **Curso de direito constitucional positivo**. 36. ed. São Paulo: Malheiros, 2013. p. 182.

_____. **Direito constitucional**. 19. ed. São Paulo: Malheiros, 2001. p. 479.

SILVA, L.; ALMEIDA-FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 25, supl. 2, p. 217-226, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400004>.

SILVA, R. A. D. **Direito fundamental à saúde**: o dilema entre o mínimo existencial e a reserva do possível. Belo Horizonte: Fórum, 2010. 224 p.

SILVA, R. C. C.; PEDRO SO, M. C.; ZUCCHI, P. Ouvidorias públicas de saúde: estudo de caso em ouvidoria municipal de saúde. **Rev. Saúde Pública**, [S.l.], v. 48, n. 1, p. 40-49, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004734>.

SILVA, S. C.; TOLFO, A. C. A judicialização do direito à saúde e a relação entre a reserva do possível e o mínimo existencial. In: Semana Acadêmica FADISMA ENTREMENTES. 12. **Anais...** 2015. 13 p.

SILVA, V. A. O conteúdo essencial dos direitos fundamentais e a eficácia das normas constitucionais. **Revista de direito do Estado**, [S.l.], v. 1, n. 4, 2006.

SILVA, V. A. O proporcional e o razoável. **Revista dos Tribunais**, [S.l.], v. 798, p. 23-50, 2002.

SOUZA, R.R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência e saúde coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200014>.

SPEDO, S. M.; Pinto, N. R. S.; Tanaka, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000300014>.

STF - Supremo Tribunal Federal. **Are 639337 Agr**, Relator(a): Min. Celso De Mello, Segunda Turma, julgado em 23/08/2011, dje-177 divulg 14-09-2011 public 15-09-2011 ement vol-02587-01 PP-00125. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28sa%FAde+reserva+do+poss%EDvel%29&base=baseAcordaos>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

STRECK, L. L. **A eficácia dos direitos fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2000. p. 369.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa**. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 121-136.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do Sistema Único de Saúde**. Salvador: Secretaria da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2018.

TEIXEIRA, H. J. M. **Curso de direito constitucional**. 2. ed. São Paulo: Conceito, 2011. 714 p.

TIMM, L. B. (Org.). **Direitos fundamentais, orçamento e reserva do possível**. Porto Alegre: Livraria do advogado, 2008. p. 67.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. 172 p.

TORRES, R. L. **O direito ao mínimo existencial**. Rio de Janeiro: Renovar, 2009. 353 p.

_____. **Tratado de direito constitucional, financeiro, tributário**. 3. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2005. p. 375.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, sup. 2, p.190-198, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>.

VENTURA, M. et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000100006>.

VIANA, A. L. D'Á.; LIMA, L. D. (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contracapa. 2011. 215 p.

VIEIRA, S. **Metodologia científica para a área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. 192 p.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, abr. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000200007>.

VILLAS-BÔAS. M. E. **O direito à saúde no Brasil**: reflexões bioéticas à luz do princípio da justiça. São Paulo: Loyola, 2014. 247 p.

WATANABE, K. Relação entre demanda coletiva e demandas individuais. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, ano 31, n. 139, p. 28-35, 2006.

ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PESQUISA JUNTO AOS REGISTROS DO MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL EM UBERLÂNDIA/MG.

I- VARIÁVEIS RELACIONADAS AO PROCESSO
--

1. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS N.º _____
2. DATA DE COLETA DOS DADOS: ____/____/____
3. ÓRGÃO JULGADOR: _____
4. DATA DA DISTRIBUIÇÃO NO PODER JUDICIÁRIO: ____/____/____
5. REPRESENTAÇÃO JURÍDICA:
 - ()Escritório deAdvocacia ()Defensoria Pública
 - ()Núcleo de Assistência Jurídica
 - ()Ministério Público ()Outros: _____
6. TIPO/CLASSE DA AÇÃO:
 - ()Mandado de Segurança ()Obrigação de Fazer
 - ()Ação Civil Pública ()Outro: _____
7. O PEDIDO FOI EXAMINADO:
 - ()Sim ()Não
 - ()Com Limar/Antecipação de Tutela
 - ()Sem Limar/Antecipação de Tutela
8. QUAL A RAZÃO DE NÃO TER HAVIDO JULGAMENTO:
 - ()Perda do Objeto ()Desistência ()Coisa Julgada
 - ()Ilegitimidade de Parte ()Óbito ()Outro: _____
9. RÉU:
 - ()Município ()Estado ()Hospital
 - ()Individuo ()Outro: _____
10. HOUVE RECURSO:
 - ()Sim ()Não ()Qual: _____

II- VARIÁVEIS RELACIONADAS AO USUÁRIO
--

1. **SEXO:** ☐ Feminino ☐ Masculino
2. **DATA DE NASCIMENTO:** ____/____/____
3. **ETNIA/RAÇA:**
☐ Branca ☐ Negra ☐ Indígena ☐ Parda ☐ Amarela
☐ Não Informado ☐ Outro: _____
4. **RENDA FAMILIAR:**
☐ Desempregado ☐ 1 Salário ☐ 2 Salários
☐ Acima de 2 de Salários ☐ Não Informado
5. **REGIÃO DE PROCEDÊNCIA EM UBERLÂNDIA/MG:**
Região Central:
☐ Centro ☐ Fundinho ☐ Nossa Senhora Aparecida
☐ Martins ☐ Osvaldo Rezende ☐ Bom Jesus
☐ Brasil ☐ Cazeca ☐ Lídice
☐ Daniel Fonseca ☐ Tabajaras

Zona Norte
☐ Presidente Roosevelt ☐ Brasília ☐ São José
☐ Marta Helena ☐ Esperança ☐ Pacaembu
☐ Santa Rosa ☐ Residencial Gramado ☐ Ns. Sra. das Graças
☐ Minas Gerais ☐ Cruzeiro do Sul ☐ América I ☐ América II
☐ Distrito Industrial ☐ Residencial Liberdade ☐ Maravilha

Zona Oeste
☐ Jaraguá ☐ Planalto ☐ Chácaras Tubalina
☐ Chácaras Panorama ☐ Luizote ☐ Palmeiras
☐ Patrícia ☐ Holanda ☐ Europa ☐ Canaã
☐ Célia ☐ Mansour ☐ Dona Zulmira ☐ Taiaman
☐ Guarani ☐ Tocantins ☐ Morada Nova
☐ Morada do Sol ☐ Rancho Alegre ☐ Santo Antônio
☐ Chácaras ☐ Monte Hebron ☐ Residencial Pequis

Zona Sul
☐ Tubalina ☐ Cidade Jardim ☐ Nova Uberlândia
☐ Patrimônio ☐ Saraiva ☐ Morada da Colina
☐ Vigilato Pereira ☐ Lagoinha ☐ Carajás
☐ Pampulha ☐ Karaíba ☐ Inconfidência
☐ Santa Luzia ☐ Granada ☐ São Jorge
☐ Laranjeiras ☐ Shopping Park ☐ Gávea Sul

Zona Leste

- () Santa Mônica () Tibery () Segismundo Pereira
 () Novo Mundo () Umuarama () Alto Umuarama
 () Custódio Pereira () Aclimação () Mansões Aeroporto
 () Dom Almir () Morumbi () Alvorada () Joana Darc
 () Morada dos Pássaros () Quintas do Bosque () Buritis
 () Ipanema () Califórnia () Sucupira () Vila Marielza

Distritos ou vilas

- () Cruzeiro dos Peixotos () Martinésia () Tapuirama
 () Miraporanga () Olhos d'Água () Miranda
 () Prosperidade () São Francisco () Celebridade
 () Assentamento Zaire Rezende () Assentamento da Paz
 () Assentamento Uberlândia Viva

6. AGRAVO E/ OU DOENÇA QUE ACOMETE O USUÁRIO:

- | | |
|---------------------------|--------------------------------|
| () aparelho respiratório | () aparelho cardiovascular |
| () aparelho neurológico | () aparelho digestivo |
| () aparelho excretor | () aparelho sensorial/nervoso |
| () aparelho reprodutor | () aparelho esquelético |
| () aparelho imunológico | () aparelho tegumentar |
| () aparelho linfático | () aparelho muscular |
| () aparelho endócrino | () aparelho urinário |

7. QUAL O CID: _____**8. DEMANDA SOLICITADA:**

- () Cirurgia () Medicamentos () Equipamentos
 () Consultas Especializadas () Dietas () Exames
 () Vagas p/ Internações: _____ () Outro: _____

9. ORIGEM DO USUÁRIO QUANTO À UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE:

- () Privado () Público () Convênio
 () Não Informado () Outro: _____

10. SERVIÇO DE SAÚDE ONDE FOI REALIZADA A SOLICITAÇÃO DA DEMANDA:

- () Privado () Público () Convênio
 () Não Informado () Outro: _____

11. POSSUI EXAMES EM SEU HISTÓRICO JUNTO À PROMOTORIA:

- () Sim () Não () Não Informado

12. SE SIM, ASSINALAR A QUANTIDADE DE EXAMES NO SEU HISTÓRICO:

- () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () Acima de 6 () Não Informado

Assinatura do pesquisador.