



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PRÁTICA JUDICANTE**

**DIREITO À SAÚDE: MANDAMENTO CONSTITUCIONAL E ATUAÇÃO DO
ESTADO**

DIEGO ELIEZER DO NASCIMENTO CARDOSO

JOÃO PESSOA - PB

2019

DIEGO ELIEZER DO NASCIMENTO CARDOSO

**DIREITO À SAÚDE: MANDAMENTO CONSTITUCIONAL E ATUAÇÃO DO
ESTADO**

Monografia apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em parceria com a Escola Superior da Magistratura – ESMA-PB, como parte dos requisitos para obtenção da Especialização em Práticas Judicantes.

**ORIENTADOR: Prof. Dr. Robson Antão de
Medeiros**

JOÃO PESSOA - PB

2019

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

C268d Cardoso, Diêgo Eliezer do Nascimento.
Direito à saúde [manuscrito] : mandamento constitucional e atuação do estado / Diêgo Eliezer do Nascimento Cardoso. - 2019.
62 p.
Digitado.
Monografia (Especialização em Prática Judicante) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2019.
"Orientação : Prof. Dr. Robson Antão de Medeiros, Coordenação do Curso de Direito - CCJ."
1. Direito à saúde. 2. Dever do estado. 3. Direito fundamental. 4. Princípio da dignidade da pessoa humana. I.
Título
21. ed. CDD 344.04

DIEGO ELIEZER DO NASCIMENTO CARDOSO

**DIREITO À SAÚDE: MANDAMENTO CONSTITUCIONAL E ATUAÇÃO DO
ESTADO**

Monografia apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em parceria com a Escola Superior da Magistratura – ESMA-PB, como parte dos requisitos para obtenção da Especialização em Práticas Judicantes.

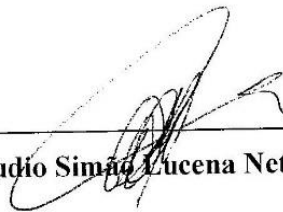
Aprovado em : 25/04/2019

Nota 9,8

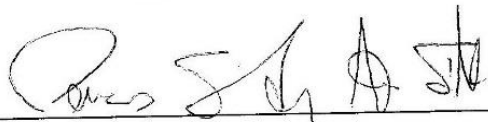
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Robson Antão de Medeiros (Orientador)



Dr. Cláudio Simão Lucena Neto (Examinador)



Me. Péricles Filgueiras de Athayde Filho (Examinador)

*Dedico este trabalho monográfico a minha
Esposa Elaine e meus filhos Diego Lucas e
Davi Matheus.*

*Aos meus pais Maria da Penha e Severino
Cardoso e aos meus irmãos David e André.*

*A minha avó Maria Figueiredo (in
memoriam), um exemplo de luta e
integridade que está no céu ao lado de Deus
em uma vida sem sofrimentos.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pela graça da vida e por sempre estar ao meu lado me protegendo e guiando para que eu pudesse chegar ao final de mais uma etapa da vida “Porque suas misericórdias não têm fim e se renovam a cada manhã”.

A minha querida esposa Elaine Thaise pelo apoio e companheirismo durante todos esses anos, que com amor e paixão cuida de mim, aos meus filhos Diego e Davi que são minha motivação para trabalhar e estudar incansavelmente em busca de objetivos e sonhos.

Aos meus pais, Maria da penha e Severino Cardoso que sempre foram meu alicerce nesta caminhada, obrigado por tudo o que me ensinaram e por todos os princípios e fundamentos de vida que me foram passados. Vocês me fizeram chegar até aqui. Dedico a vocês essa vitória e todas as outras que virão. Amo vocês incondicionalmente!

Aos meus irmãos David, pelo apoio que continua me dando em todos esses anos. Sempre serei grato por tudo, e a André, pela parceria e ensinamentos e também pela oportunidade de exercer profissionalmente atividade na área radiológica, iniciando e aprendendo Tomografia e Ressonância Magnética, grato por tudo.

Aos meus amigos de vida, pela cumplicidade, pela alegria compartilhada, pela amizade verdadeira e por compreenderem meus momentos de estresse e minhas ausências.

Ao admirável professor e meu orientador Dr. Robson Antão de Medeiros, inicialmente por ter aceitado me orientar, e por toda disponibilidade, ajuda e tempo dispensado. Embora tivesse outros interesses a resolver, sempre foi muito atencioso e prestativo, uma pessoa magnânima.

A todo Corpo Docente, funcionários e técnicos da Escola Superior da magistratura da Paraíba - ESMA por contribuírem para minha formação acadêmica.

Por fim, a todos os que não foram citados, recebam do mesmo modo meus sinceros agradecimentos, pois direta, ou indiretamente me fizeram crescer, tanto pessoalmente como profissionalmente.

“Não sejas sábio aos teus próprios olhos; teme ao SENHOR e aparta-te do mal; será isto saúde para o teu corpo e refrigério, para os teus ossos”.

Provérbios 3.7-8

RESUMO

A presente monografia aborda o direito à saúde, enquanto mandamento constitucional e o papel do Estado em garantir esse direito, tendo em vista que, é cada vez mais fomentado no âmbito jurídico, em razão do elevado número de ações, nos órgãos jurisdicionais, requerendo a disponibilização e concessão de medicamentos e/ou tratamentos, entre outras obrigações de incumbência assistencial relativo à saúde pelo Estado. Apesar de a Constituição elencar como fundamento da República Federativa do Brasil, o princípio da dignidade da pessoa humana que norteia a prevalência dos direitos humanos, os usuários não têm gozado de uma prestação médica assistencial efetiva que garanta o mínimo necessário. Com objetivo de analisar a efetividade e aplicabilidade do Direito Fundamental à saúde, descrito na Constituição Federal, considerando que, o mencionado direito é também um dos direitos sociais elencados no caput do art. 6º e art. 196, abordando-se, ainda, leis infraconstitucionais voltadas especificamente para a garantia do direito à saúde, tais como: Lei nº 8.080/90, Lei nº 8.142/90. Pretende-se, por fim, demonstrar que se trata de uma responsabilidade compartilhada para a prestação de serviços de saúde da União, Estados e Municípios, a obrigação legal de cuidar da saúde dos cidadãos. Metodologicamente, o trabalho é caráter exploratório e natureza bibliográfica e documental.

Palavras-chave: Direito à saúde; Dever do Estado; Direito Fundamental; Princípio da dignidade da pessoa humana.

ABSTRACT

This monograph deals with the right to health, as a constitutional order and the role of the State in guaranteeing this right, given that it is increasingly promoted in the legal sphere, due to the high number of actions, in the courts, requiring the availability and concession of medicines and / or treatments, among other obligations related to health care by the State. Although the Constitution lists as the foundation of the Federative Republic of Brazil, the principle of the dignity of the human being that guides the prevalence of human rights, users have not enjoyed an effective medical care that guarantees the minimum necessary. With the objective of analyzing the effectiveness and applicability of the Fundamental Right to health, which is set forth in the Federal Constitution, considering that, said right is also one of the social rights listed in the caput of art. 6th and art. 196, also addressing infra-constitutional laws specifically aimed at guaranteeing the right to health, such as: Law 8,080 / 90, Law 8,142 / 90. Finally, it is intended to demonstrate that it is a shared responsibility for the provision of health services of the Union, States and Municipalities, the legal obligation to take care of the citizens' health. Methodologically, the work is exploratory character and bibliographical and documentary nature.

Keywords: Right to health; Duty of the State; Fundamental right; Principle of the dignity of the human person.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ART	Artigo
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CF	Constituição Federal
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CSG	Contribuição Social Generalizada
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
FSESP	Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública
FUNRURA	Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LINDB	Lei de Introdução as Normas de Direito Brasileiro
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
SADT	Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SALTE	Saúde, Alimentação, Transporte e Energia
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 O PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA.....	14
2.1 Conceito e Características dos Princípios.....	14
2.2 A Evolução e o Conceito de Dignidade Humana.....	17
2.3 O Princípio Da Dignidade Da Pessoa Humana E Sua Utilização Como Norteador Máximo Do Estado Democrático De Direito.....	20
3 PONDERAÇÕES SOBRE OS DIREITOS HUMANOS E O DIREITO AO MÍNIMO EXISTENCIAL.....	22
4 O DIREITO À SAÚDE.....	28
4.1 Concepções de Saúde.....	28
4.2 Breve histórico do Direito à Saúde no Brasil.....	31
4.3 Início do Sistema Único de Saúde - SUS.....	38
4.4 O Direito à Saúde na Constituição Brasileira.....	44
5 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE.....	48
5.1 Judicialização Referente ao Fornecimento de Medicamento.....	48
5.2 O Princípio da Reserva do Possível nas Políticas Públicas de Saúde.....	50
5.3 A Atividade do Poder Judiciário e o Fornecimento de Medicamentos.....	51
5.4 A Supremacia do Interesse Público e o Excesso de Judicialização de Políticas Públicas de Saúde.....	52
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS.....	58

1 INTRODUÇÃO

O Direito à saúde está previsto na Constituição brasileira, de forma que, se torna dever do Estado garantir a toda população usufruto desse direito. Porém, a saúde no Brasil é tratada com descaso, sendo um problema antigo, que vem gerando mortes e consequências irreparáveis a população, sendo o principal problema na vida da maioria dos cidadãos brasileiros.

Por essa dimensão, tem-se por objetivos analisar o problema da saúde que limita a dignidade da pessoa humana, detectar as situações no exercício do direito à saúde prevista no texto constitucional, quanto à eficácia imediata e direta, bem como demonstrar a obrigação assistencial de saúde, no tocante ao dever do Estado, de fornecimento de medicamentos e tratamentos, incluindo exames e cirurgias necessárias à efetivação do direito fundamental à saúde.

Dado que, há deficiência no fornecimento de tratamentos e medicamentos, e demora excessiva em conseguir estes, face à necessidade e urgência, agravada por meios insuficientes, tecnologias ultrapassadas, estruturas impróprias disponibilizadas pelo Estado de forma a garantir o mínimo de dignidade humana na saúde pública. Existindo ainda, burocracia em relação à autorização da Agência Nacional de Vigilância sanitária (ANVISA), de remédios e tratamentos que somente são encontrados em país de desenvolvimento técnico-científico superior, tendo em vista que, a industrialização ou comercialização não existe ainda no território brasileiro, sendo necessária a importação excepcional, para uso próprio individualizado.

Essa situação é um fato, acrescentando ainda, que grande parte da população não tem meios econômicos de subsidiar esse direito, existindo até, a possibilidade de não conseguir exames ou tratamentos e conseqüentemente vir a óbito, por falta de cumprimento da obrigação do Estado em prestar assistência.

Assim realiza-se a pesquisa de caráter exploratório, de natureza bibliográfica e documental, considerando a finalidade de relevância social e científica no aspecto da efetiva garantia de saúde, pretendendo proporcionar uma visão geral, de tipo aproximativo, acerca do direito à saúde, se o Estado cumpre, ou não, seu papel efetivo de garantir esse direito.

Desse modo, contribui-se para questionamentos do tema ao aprofundar as reflexões sobre uma garantia fundamental, relativo à saúde, debatendo mecanismos que de fato possam ser conhecidos e utilizados legalmente pelo cidadão para o cumprimento legítimo do texto

constitucional, de forma que, o direito a saúde, não deva esta correlacionada à “aquiescência” dos governos, pois existe um caráter vinculado à lei e ao princípio da dignidade da pessoa humana, normatizado na Constituição Federal de 1988 e que tem um valor moral e espiritual inerente à pessoa, onde todo ser humano é titular desse preceito e tal constitui princípio máximo do estado democrático de direito.

Tentar-se-á responder ao seguinte problema: é garantido de forma plena o direito a saúde com previsão na Constituição Federal? O ordenamento jurídico brasileiro houve uma incorporação de tal direito, ascendendo-o ao nível de direito fundamental social, legitimando-o na Constituição de 1988, precisamente nos artigos 6º e 196, consubstanciado na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) consagrou o direito à saúde em seus Artigos III e XXV.

Por sua vez, a competência é comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios no cuidado a saúde, de modo que o direito à saúde é um dever do Estado, devendo ser assegurado a todos, ou seja, seu acesso deve ser universal e igualitário, buscando-se sempre programar ações para sua promoção e proteção.

2 O PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

Trata-se nesse ponto do conceito e características dos princípios, passando pela evolução de dignidade e a partir assim o surgimento do princípio da dignidade humana e sua utilização como norteador no Estado democrático de direito no mundo contemporâneo.

2.1 Conceito e Características dos Princípios

O termo princípio tem origem do latim *principium* que significa começo ou origem. Este vocábulo, quando utilizado na forma plural, “significa normas elementares ou os requisitos primordiais instituídos como base, como alicerce de alguma coisa”. No mundo jurídico os princípios, por se adequarem e servir de diretriz a toda ação jurídica, e projetar a maneira de proceder em qualquer trabalho jurídico, apresenta-se, em muitos momentos, e são mais significativos que os preceitos e ordem jurídica.

Os Princípios, primitivamente eram entendidos como condutas ou critérios, e auxiliavam apenas de forma a orientar futura aplicação de regras jurídicas. Devido a universalidade e abstração próprias, os princípios não eram aptos a garantir soluções ou resoluções a casos em concreto. Contudo, em decorrência da evolução do pensamento jurídico, os princípios “são considerados não como simples pautas valorativas, senão como autênticas normas jurídicas”.

Paulo Bonavides (2006, p. 259), comenta que os princípios atravessaram por três etapas diferentes de desenvolvimento, quais sejam, o jusnaturalismo sendo a primeira delas, em que se encontram estruturalmente em um patamar supralegal, sem fazer parte do direito propriamente dito estando correlacionado ao direito natural, não havia vinculação legal e bagagem normativa. Posteriormente ao jusnaturalismo, ocorreu à etapa positivista na qual os princípios faziam parte do arcabouço jurídico, sendo usado apenas no caso de lacunas da lei, estando desse modo em um patamar secundário, exemplo prático dessa etapa é o que ocorreu no artigo 4º da Lei de Introdução às normas de Direito Brasileiro, *in verbis*: “Art. 4º Quando a lei for omissa, o juiz decidirá o caso de acordo com a analogia, os costumes e os princípios gerais de direito”.

A última etapa que atravessaram os princípios foi à fase pós-positivista na qual os princípios tomam posturas de “normatividade máxima”, pois com o surgimento das Constituições escritas os princípios gerais de direito viveram uma transformação de constitucionalização até adquirir a posição de status constitucional.

A consequência, a partir desse momento, e que os princípios são usados como fundamento para toda conjuntura normativa subsequente, tendo como seu atributo principal a “supremacia jurídico-normativa”. Para Paulo Bonavides (2006, p. 259), quanto ao pós-positivismo, ressalta:

Então, com o pós-positivismo, quando se afirma que determinadas normas encerram princípios, e com mais razão princípios constitucionais, pretende-se sedimentar a ideia de que eles não são meras diretrizes a serem perseguidas ou não pelos seus destinatários, a seu talante e conforme suas conveniências. Não são simples recomendações utilizáveis na ocasião de insuficiência regulatória dos diplomas legais. Os princípios, frise-se, são normas jurídicas que impõe um dever-ser. Dotados de cogência e imperatividade, não podem ser relegados a um plano secundário na aplicação do Direito, especialmente tendo em conta que normas que asseguram direitos fundamentais possuem estrutura de normas principiológicas.

Segundo o autor, que demonstra a importância dos princípios na atualidade, o surgimento do tipo de constituição escrita na sociedade global gerou uma obediência concreta aos princípios, os quais passaram harmonicamente a integrar o ordenamento jurídico de forma eficaz, sendo de responsabilidade do aplicador, fazer uso em toda sua extensão e não apenas em momento de conveniência ou lacunas da lei.

Importante dizer também que, os princípios devem ser entendidos de forma explícita e implícita de acordo com a Constituição estando no mesmo nível que as outras normas constitucionais. Inclusive exerce uma função de atualização na constituição, devido ao caráter abstrato, tem maior possibilidade de ser usado no caso em concreto, promovendo uma atualização em consonância com o texto constitucional, não podendo ser feito mudanças a todo o momento, pois as mudanças na sociedade são rápidas não podendo alterar a todo o momento ou quando se quiser a constituição ou emendá-la. Para Miguel Reale (2002, p. 305), quanto à função integradora dos princípios, disserta:

A nosso ver, princípios gerais de direito são enunciações normativas de valor genérico, que condicionam e orientam a compreensão do ordenamento jurídico, quer para sua aplicação e integração, quer para a elaboração de novas normas. Cobrem, desse modo, tanto o campo da pesquisa pura do Direito quanto o de sua atualização prática.

Alguns deles se revestem de tamanha importância que o legislador lhes confere força de lei, com a estrutura de modelos jurídicos, inclusive no plano constitucional,

consoante dispõe a nossa Constituição sobre os princípios de isonomia (igualdade de todos perante a lei), de irretroatividade da lei para a proteção dos direitos adquiridos, etc.

Dessa forma, hodiernamente fica comprovado que as normas que regulamentam a convivência não devem ser imutáveis, obsoletas e ineficazes, e sim que se adequem as mudanças e sejam flexíveis na sua aplicação.

As normas jurídicas, em relação aos princípios, têm características distintas, segundo J.J. Canotilho (1993) são atributos dos princípios: alto grau de abstração; grau de determinabilidade; fundamentalidade; proximidade; natureza normogénica.

Alto grau de abstralidade quer dizer que é possível abranger situações ilimitadas, inúmeros acontecimentos reais com suas peculiaridades, ou seja, os princípios em geral abordam situações em concreto com inúmeras possibilidades. Já a determinabilidade significa dizer que os princípios não estão delimitados, ou de forma taxativa determina uma situação, meramente orientam a resolução a ser decidida. No geral os princípios precisam de arbitragem, ou razoabilidade, distinguindo-se das regras, podendo ser executadas objetivamente. Para o autor George e Glauco Salomão Leite (2008, p. 24), quanto aos princípios:

[...] Na verdade, eles apontam uma direção, que deverá ser apreciada no caso concreto, à luz do peso relativo dos princípios envolvidos. Dessa forma, ainda que presentes as condições estabelecidas para aplicação de um princípio, isso não significa que ele deverá ser definitivamente aplicado, pois que deverá haver outros princípios incidentes na mesma situação, mas que acenando para uma decisão oposta da inicial, de modo que será necessário avaliar o peso de cada princípio envolvido, a fim de determinar qual será o aplicado.

Por intermédio da razoabilidade e avaliação do caso concreto, há uma complementação as situações e não poderia ser com objetivo único de predeterminar em que situação serão aplicados independente de os princípios em geral abrangem ilimitadas situações.

Relativo à fundamentalidade há a necessidade de se observar que os princípios tem posição hierárquica superior, em especial o princípio da dignidade da pessoa humana que exerce fundamental papel no ordenamento jurídico brasileiro orientando a aplicabilidade até de outros princípios.

Por ultimo segundo J.J Canotilho (1993), os princípios têm a característica da natureza normogenética devido ao fato de serem fundamentos da própria norma/regra. Os princípios constitucionais estão no patamar mais alto na hierarquia normativa, sendo o motivo pra fundamentar todas às demais normas infraconstitucionais. Eis o porquê de não poderem ser inferiorizados em relação às demais normas, explicado pelo fato de a própria constituição ser a razão de existência das normas abaixo dela.

Outra parte da doutrina traz ainda outras características, como por exemplo, a dimensão de peso e importância, citado por George Salomão Leite e Glauco Salomão Leite (2008, p. 25), pois em geral os princípios direcionam a um sentido que deve ser analisado, de modo que se existe mais de um principio aplicada a determinada situação será necessário sopesar o peso e importância para determinar qual princípio será aplicado. Os autores explicam:

No que tange à colisão de princípios, o intérprete-aplicador deverá verificar as circunstâncias fáticas presentes no caso concreto para saber qual principio deverá ser privilegiado naquele momento. A ponderação por um ou outro principio só poderá ser feita à luz da situação concreta que reclama uma solução, exigindo do aplicador um verdadeiro exercício de sopesamento entre os princípios concorrentes no caso específico.

Não é fácil a decisão de qual principio aplicar, devendo ser analisado e pensado em relação aos atributos e fatores existentes no caso concreto, com fulcro na aplicação da justiça e a solução mais prudente.

2.2 A Evolução e o Conceito de Dignidade Humana

Conceituar um instituto não é tarefa fácil, encontrando dificuldade ainda maior quando se trata de ciências humanas e jurídicas que contém material de subjetividade aprofundado. Porém esgotar-se-a todo conteúdo com concepções e estudo de autores renomados sobre o tema.

Primeiramente é necessário salientar as ideias de que os valores inerentes aos individuo remotam a época do período clássico de ideologia cristã. No livro sagrado cristão, a bíblia, tanto no Novo quanto no Antigo testamento encontram-se alusões ao ser humano possuidor de atributos que asemalha-se ao próprio Deus, se atribuindo características importante de caráter nato, onde não há a possibilidade de mutação em coisa ou objeto.

Dessa forma, o indivíduo é visto como um ser que se submisso a Deus, apenas a ele deveria devoção, e partindo daí surgiu o individualismo moderno, onde o homem como indivíduo, visto de maneira sobreelevada ante os outros seres como mais merecedor. Por isso, na Bíblia, de maneira inversa, além de um momento de brilho divino, o homem é tido de forma especial, como ser abençoado por Deus e semelhante em aparência ao próprio, e proprietário das coisas da criação divina.

No período histórico antigo onde as conjecturas política e filosófica significavam que a dignidade humana do indivíduo mantinha relação com a classe social em que este estava posto e a impostância dada pela comunidade. Ingo Wolfgang Sarlet (2012, p. 30), explica “[...] Daí poder falar-se em uma quantificação e modulação da dignidade, no sentido de admitir a existência de pessoas mais dignas ou menos dignas”.

A noção de dignidade deu início à mudança com a postura resiliente, compreendida como a qualidade, característica nata do indivíduo, que o distingue dos demais seres, convergindo no entendimento de que absolutamente todos fazem jus à dignidade.

Sarlet (2012, p. 35), continua demonstrando que essa consciência de dignidade “se encontra, por sua vez, intimamente ligada à noção da liberdade pessoal de cada indivíduo, bem como a ideia de que todos os seres humanos, no que diz com a sua natureza, são iguais em dignidade”.

Desta maneira, observa-se uma mudança de pensamento a respeito do que realmente significa à dignidade. Mudando a consciência em relação ao significado moral que esta intrínseca com as características pessoais de integridade, respeito e lealdade.

A época medieval o entendimento cristão de dignidade, foi defendido por Tomás de Aquino que ponderou continuamente o vocábulo “dignitas humana” enfatizando que o sentido de dignidade não apenas estava alicerçada no fato de os indivíduos serem semelhantes em imagem a Deus, mas também na força da autodeterminação do homem.

Para Aquino, no período da Renascença dava-se importância à racionalidade humana inerente a pessoa como qualidade atribuída ao indivíduo, a qual proporcionava a capacidade de construir de maneira liberta seu próprio destino. A expressão usada por ele, descrita por Cavalcante (2007, p. 52), foi:

Finalmente, pareceu-me ter compreendido por que razão é o homem o mais feliz de todos os seres animados e dignos, por isso, de toda a admiração, e qual enfim condição que lhe coube em sorte na ordem universal, invejável não só pelas bestas, mas também pelos astros e até pelos espíritos supramundanos. Coisa inacreditável e maravilhosa. E como não? Já que precisamente por isso o homem é considerado justamente um grande milagre e um ser animado, sem dúvida digno de ser admirado.

Nesse resumo histórico à cerca da dignidade é importante salientar a participação de Francisco de Vitória que no século XVI defendia que os índios, devido ao direito natural inerente ao ser humano, eram principiologicamente iguais e livres merecendo respeito como possuidores de direitos na condição de signatários dos acordos feitos com a coroa espanhola.

Mesmo com essa evolução conceitual do princípio da dignidade, ocorreu apenas com Immanuel Kant uma autonomia ética do indivíduo como pessoa humana relacionada com a dignidade sem interferências ou influências religiosas.

Para o pensamento Kantiano, o qual faz referência a “autonomia da vontade”, ocorreu essa construção devido a natureza racional do homem e da sua faculdade de autodeterminar-se, explicado pelo agir humano de acordo com seus valores e leis a qual esta submisso, e também por ser um indivíduo racional fundamentando assim a dignidade humana como natural da pessoa.

Ingo Sarlet (2012, p. 32) ao estudar o pensamento Kantiano explica:

Em síntese no que diz com o presente tópico, é possível acompanhar Thadeu Weber quando refere que a autonomia e dignidade estão, notadamente, no pensamento de Kant, intrinsecamente relacionados e mutuamente imbrincados, visto que a dignidade pode ser considerada como o próprio limite do exercício do direito de autonomia, ao passo que este não pode ser exercido sem o mínimo de competência ética.

Logo, a natureza humana é diferente, havendo distinção dos outros seres, não sendo determinado com os demais, diferenciando-se pelos seus atributos intrínsecos, conseqüentemente limitando o arbítrio.

Kant (1986, p. 67-68), com suas palavras declara:

Os seres cuja existência depende, não em verdade da nossa vontade, mas da natureza, tem, contudo, se são seres irracionais, apenas um valor relativo como meio e por isso se chamam coisas, ao passo que os seres racionais se chamam pessoas, por que a sua natureza os distingue já como fins em si mesmos, quer dizer, como algo que não pode ser empregado como simples meio e que, por conseguinte, limita nessa medida todo o arbítrio.

Kant por ser um filósofo liberal, que valorizava a liberdade como fundamental para reflexão moral do mundo conjunto ao respeito próprio e mútuo, pôde gerar essa ideia. No que diz respeito a Hegel (1997), em sua Filosofia do Direito, gerou um pensamento opositivo a cerca da dignidade, defendendo que a dignidade constitui um qualificativo conquistado pelo

indivíduo, ou seja, a pessoa não viria ao mundo como merecedor, mas buscaria torna-se digno, assumindo a condição de cidadão.

Essa concepção defendida por Hegel, já existia, a qual acreditava que a dignidade é uma conquista ou resultado do entendimento de respeito mútuo entre as pessoas como indivíduos ou pessoas naturais devendo ser buscado.

Desse modo, Kurt Seelman (2013, p. 112), resguarda, segundo a concepção mencionada, que existe uma teoria subentendida a qual vê a dignidade como possibilidade de determinadas prestações. Observa-se:

Significa que uma proteção jurídica da dignidade reside no dever de reconhecimento de determinadas possibilidades de prestação, nomeadamente, a prestação do respeito aos direitos, do desenvolvimento de uma individualidade e do reconhecimento de um autoenquadramento no processo de interação social.

Concluindo-se, dessa forma, que as teorias de Kant e Hegel são distintas onde estas não alicerçam ou tem seu fundamento na ideia de que a pessoa e a dignidade são qualidades intrínsecas ou inerentes a todos os indivíduos, mas sim conquistadas.

2.3 O Princípio Da Dignidade Da Pessoa Humana E Sua Utilização Como Norteador Máximo Do Estado Democrático De Direito

Após a Segunda Guerra houve avanços e mudanças no que diz respeito à dignidade humana e também nos direitos de maneira geral, ocorrendo uma democratização dos países pelo mundo. Posteriormente acontecendo um ressurgimento do modelo ditatorial com regime nazista e fascista, na Alemanha e Itália, e mais tarde nos países latinos americanos inclusive no Brasil onde ocorreu o período militar a partir de 1964 tendo como consequência, a redução dos direitos e liberdades individuais.

Em 1988 foi promulgada a Constituição da República Federativa do Brasil, com caráter humanitário e social, fazendo voltar os direitos fundamentais e sociais com vistas à aplicação dos princípios humanitários e garantindo as liberdades individuais.

No texto constitucional de forma clara e expressa, em seu artigo 1º inciso III, há a declaração do princípio da Dignidade da Pessoa Humana, colocado em um patamar de fundamento do Estado Democrático de Direito. Alterou de maneira impactante o ordenamento jurídico, pois a partir daquele momento toda interpretação constitucional e infraconstitucional

devem por ele se pautar, servindo de guia e direção regulando todo arcabolo normativo e decisões judiciais como também as políticas públicas a serem implementadas e promovidas.

Flávia Piovesan (2005, p. 41), ressalta a importância da concepção de princípios trazida pelo autor Ronald Dworkin, que as normas e princípios estão caminhando juntos, estes resvestidos de força e valores éticos, com caráter axiológico, proporcionando ao ambiente jurídico harmonioso e coerente. Dessa maneira: “[...] A interpretação constitucional é aquela interpretação norteada por princípios fundamentais, de modo a salvaguardar, da melhor maneira, os valores protegidos pela ordem constitucional”.

O autor Fábio Konder Comparato (2010), explica que antigamente, os princípios eram utilizados como uma fonte secundária, para casos de omissão da lei, porém hoje, os princípios de modo geral, e entre eles em especial o da dignidade da pessoa humana, são utilizados em primariedade, sendo uma fonte por excelência para a atividade de interpretação.

Interpretativamente, no arcabolo jurídico, em virtude do valor da dignidade humana acha-se sentido, a utilização do princípio da Dignidade da Pessoa Humana usado como ponto de início e fim ao mesmo tempo. Assim, a dignidade humana é um verdadeiro superprincípio ora orientando o Direito Internacional (tratados), ora como Direito Interno (Leis Infraconstitucionais e Constituições Estaduais). Para Paulo Bonavides (2001, p. 233): “nenhum princípio é mais valioso para compendiar a unidade material da Constituição que o princípio da dignidade da pessoa humana”.

Utilizando este sentido, defendendo a importância e primazia da dignidade da pessoa como superprincípio, evidenciam-se os ensinamentos de Konrad Hesse (1998, p. 76):

O artigo de entrada da Lei Fundamental normaliza o princípio superior, incondicional e, na maneira da sua realização, indisponível, da ordem constitucional: a inviolabilidade da dignidade do homem e a obrigação de todo o poder estatal, de respeitá-la e protegê-la. Muito distante de uma fórmula abstrata ou mera declamação, à qual falta significado jurídico, cabe a esse princípio o peso completo de uma fundação normativa dessa coletividade histórico-concreta, cuja legitimidade, após um período de inumanidade e sob o signo da ameaça atual e latente à “dignidade do homem”, está no respeito e na proteção da humanidade”.

O princípio da Dignidade da Pessoa Humana tem valor absoluto em relação a cada pessoa, devendo ser protegido, valorizado, e obedecido por todos operadores do direito, pois é insubstituível e irrenunciável, posto que é fonte de direito e norteador do Estado Democrático de Direito.

3 PONDERAÇÕES SOBRE OS DIREITOS HUMANOS E O DIREITO AO MÍNIMO EXISTENCIAL

A utilização da expressão direitos humanos é sobremodo abrangente tendo inúmeras acepções, somado a isso tem servido de fundamentação para aplicação normatizadora de caráter internacional em defesa dos direitos do homem e do cidadão. Na tentativa de entender a profundidade dessa expressão poderia assim definir como todo direito defendido pelo homem para salvaguardar os valores da pessoa humana, também de forma objetiva e clara, como o próprio nome transparece, resguarda e protege os valores do ser humano, a título de exemplo temos o direito a vida, liberdade, igualdade e fraternidade. De fato é conhecido pela maioria das pessoas, porém existe uma complexa, relativa e extensa conceitualização e construções devido à importância do tema.

Pode-se definir a expressão “direitos humanos” como sendo inúmeros direitos e liberdades civis públicas, os quais convergem a benefícios para a comunidade sem diferenciação. A cerca disso Almeida (1996, p. 24), conclui:

Direitos humanos são as ressalvas e restrições ao poder político ou as imposições a este, expressas em declarações, dispositivos legais e mecanismos privados e públicos, destinados a fazer respeitar e concretizar as condições de vida que possibilitem a todo o ser humano manter e desenvolver suas qualidades peculiares de inteligência, dignidade e consciência, e permitir a satisfação de suas necessidades materiais e espirituais.

Será de grande importância salientar que a compreensão de direitos humanos no princípio, teve início na necessidade de se limitar os poderes do Estado, sendo imposto para evitar o arbítrio dos governantes, envirtude de insatisfação geral da população, que pela sua ótica, exercia sem lei nem regras o poder estatal. Surgiram, então, os direitos humanos para garantir a integridade física e psicológica da pessoa humana, seja diante os seus semelhantes ou perante o poder estatal, com objetivo se se criar um governo de leis e não de pessoas específicas.

Também é importante registrar que deve haver a existência de um Estado que busque instituir um governo justo sem arbítrio, regido por leis e normas que respeitem os direitos do homem, devido a se pautar pelo Direito Objetivo, nesse aspecto os ensinamentos de Herkenhoff (2002, p. 30), afirma:

Por direitos humanos ou direitos do homem são, modernamente, entendidos aqueles direitos fundamentais que o homem possui pelo fato de ser homem, por sua própria natureza humana, pela dignidade que a ela é inerente. São direitos que não resultam de uma concessão da sociedade política. Pelo contrário, são direitos que a sociedade política tem o dever de consagrar e garantir.

A doutrina majoritária a época jusnaturalista no que diz respeito aos direitos fundamentais, como fala, por exemplo, Herkenhoff, é produto unicamente da natureza humana, ou seja, não foi o legislador quem assim o criou e impôs, mas sim em decorrência unicamente do indivíduo com seus atributos intrínsecos declarados. Assim sendo precisa-se de um documento que seja escrito com formalidade para normatizar os direitos produzindo de maneira eficaz e precisa, existindo ainda caráter educativo, eis a Declaração de Direitos Humanos conhecida pelo mundo. Desmostrando a mesma compreensão as palavras de Fábio Konder Comparato (2010, p. 12), declara:

Essa convicção de que todos os seres humanos têm direito a ser igualmente respeitados pelo simples fato de sua humanidade, nasce vinculada a uma instituição social de capital importância: a lei escrita, como regra geral e uniforme, igualmente aplicada a todos os indivíduos que vivem numa sociedade organizada.

Dessa forma, o ideal de direitos humanos tem seu caminho trilhado necessariamente pelo atributo fundamental de um Estado Democrático de Direito, ou também chamado de Estado Constitucional de Direito, ou ainda um Estado Democrático Humanista, incluído as características éticas, culturais, sociais e também econômicas, existindo na maioria desses Estados lei de forma escrita, formal que estabelece os direitos do cidadão em igualdade com os demais da sociedade. Tão defendida por governos democráticos, a democracia se revela como mãe dos direitos humanos, posto que ao falar em cidadania democrática pressupõe a existência de direitos humanos, pois não há democracia sem essas garantias humanitárias.

Então os direitos humanos têm como objetivo os direitos naturais derivados da própria natureza humana, não sendo criados e sim declarados, abstraído-se daí que são iguais a todos e comuns indistintamente independentes de privilégios atribuídos a certos povos. Assim, esses direitos levam consigo determinadas características, eis algumas: a imprescritibilidade, a inalienabilidade, a individualidade e a universalidade.

Entende-se por imprescritíveis aqueles direitos que não se perdem com o passar do tempo, sempre válidos independente da época. Sendo assim, demonstram que são presos à natureza imutável do ser humano. São também tidos por inalienáveis, visto que ninguém usando de seu arbítrio poderá deixar de lado sua natureza e características humanas. São

individuais, devido ao fato que cada ser existente é completo, mesmo quando analisados separadamente, não tendo nenhuma relação com a localidade do indivíduo. Estas características anteriores conduzem à universalidade, pois os direitos humanitários pertencem a todos os indivíduos da forma abrangente da expressão utilizada, ou seja, criança, homens, mulheres, pretos, brancos e pardos, ricos e pobres, de qualquer parte do mundo, sejam quais forem suas ideologias ou convicções, abrangendo a todos os seres humanos do universo.

Necessário ainda demonstrar que existem as gerações ou dimensões dos direitos fundamentais. Inicialmente a expressão “gerações dos direitos fundamentais” foi usada primeiramente por Karel Vasak, em 1979. Devido a interesses didáticos e práticos se dividiu os direitos fundamentais, influenciados pela Revolução Francesa.

A primeira dimensão dos direitos fundamentais teve seu início no fim do século XVII e revelou as lutas pelas liberdades públicas, incluídos aí os direitos de liberdade, em especial os direitos civis e políticos. Buscando acabar com privilégios hereditários, e consagrando a igualdade a todos os homens diante da lei, ocorrendo à proclamação dos direitos naturais. Os responsáveis pelas reformas empreenderam esforços para criar meios de resistência à opressão, fazendo publicamente uso da liberdade de pensamento e opinião. Procurou-se ainda atribuir aos indivíduos a capacidade para exercer politicamente representatividade.

Já na segunda dimensão se deu após a primeira Guerra Mundial, onde os direitos econômicos, sociais e culturais eram a resposta às condições de vida de grande parte da sociedade, os quais se reuniam em volta dos centros mineiros e fabris, buscando objetivamente garantir uma qualidade de vida com dignidade, de trabalho e de bem estar social. Lutava-se, naquele instante, por direitos ao trabalho, à remuneração que garantissem uma existência digna, o direito à sindicalização, ao intervalo do trabalho, à segurança ou seguridade social. Almejava-se algo mais, como a proteção familiar. Reconheceu-se a importância pela busca dos direitos à saúde e à educação, e também ao ensino básico gratuito e o ensino médio disponível a todos. Buscava-se promover o ensino superior através também dos direitos culturais.

Por conseguinte, a terceira dimensão teve seu início no processo em menor velocidade da conscientização de todos os povos não desenvolvidos para garantir os direitos a mudança e efetivação dos Direitos Humanos. Na atualidade esta dimensão ainda tenta reconhecimento por não ser completamente abraçado pelos povos com suas diferentes culturas. Chamamos de direitos de solidariedade. Demonstra-se com sacrifício uma tentativa de assegurar o direito à existência dos povos, à livre utilização dos recursos da natureza, o direito ao patrimônio da

humanidade, a autodeterminação, à paz como também a segurança, à educação, à informatização, a um meio ambiente saudável e ecologicamente equilibrado.

Utilizava-se o termo “gerações”, porém passava-se a ideia de gradação, de substituição de um momento por outro, o que na verdade não ocorre, por isso utiliza-se a expressão “dimensão” pela doutrina moderna.

Com objetivo de compreender melhor as gerações/dimensões dos direitos fundamentais, observemos o exemplo do autor George Marmelstein Lima (2003, p. 57):

Em um primeiro momento, a saúde tinha uma proteção estatal essencialmente individualista: o papel do Estado seria proteger a vida do indivíduo contra as adversidades então existentes (epidemias, ataques externos etc) ou simplesmente não violar a integridade física do indivíduo (vedação de tortura e violência física, por exemplo). Posteriormente, surge com uma conotação social: cumpre ao Estado, na busca da igualização social, prestar os serviços de saúde pública, construir hospitais, fornecer medicamentos etc. Em seguida, numa terceira dimensão, a saúde alcança um alto teor de humanismo e solidariedade, em que os (Estados) mais ricos devem ajudar os (Estados) mais pobres a melhorar a qualidade de vida de toda população, a ponto de se permitir, por exemplo, que países mais pobres, para proteger a saúde de seu povo, quebrem a patente de medicamentos no intuito de baratear os custos de um determinado tratamento, conforme reconheceu a própria Organização Mundial do Comércio, apreciando um pedido feito pelo Brasil no campo da AIDS.

Esta expressão revela, na verdade, momentos valorativos de “grupos” de direitos. Apesar de apresentar características jurídicas distintas e também em momento histórico diversos, necessariamente deve-se lembrar que há direitos, que embora reconhecidos numa circunstância posterior, compõem uma ou mais gerações. O importante na verdade é que estes direitos não ficaram parados no tempo, se fundiram entre si, de maneira que chegaram até hoje na forma de garantias sólidas para a promoção da dignidade da pessoa humana.

O relação ao direito ao mínimo existencial pode-se dizer que ele consiste em condições mínimas para existência humana, não sendo possível retrocessos, sob pena de se ferir a dignidade da pessoa humana, princípio este já entrelaçado a normatividade, posto que integra e faz parte do essencial embrião dos direitos fundamentais, formado por elementos, quais sejam: educação fundamental, assistência aos desamparados, saúde básica e o acesso à justiça. De fato este é um meio de se garantir a efetividade e respeito das necessidades básicas dos indivíduos, para que não lesione o direito ao mínimo existencial.

Dessa forma, a prestação efetiva dos direitos sociais deve ser integral, porém sem ocasionar prejuízos nas finanças e orçamentos públicos, responsáveis por manter o equilíbrio do sistema comunitário. Por isso, é imprescindível a existência de critérios com o fim de assegurar a eficiência normativa constitucional que abordem direitos fundamentais.

A doutrina constitucional faz referência ao princípio da “proibição da insuficiência”, tendo por objetivo a concretização dos direitos sociais definidos pela própria constituição, vinculando o legislador e obrigando a que se tenha um conteúdo mínimo de direitos fundamentais.

Em tese, é o caso de os poderes públicos garantirem o respeito a um núcleo essencial, uma carga de conteúdo mínimo, com planejamento de estrutura e projetos nas finanças governamentais. Por essa obrigação de carga mínima proibiria a insuficiência de direitos fundamentais básicos, assegurando a dignidade humana. Suzana Tavares da Silva faz referência a uma “mochila da dignidade humana”, a ser garantida a cada indivíduo pelos governantes (SILVA, 2010, p. 129). Esta carga de conteúdo mínimo tem o objetivo de garantir a qualidade de vida população, fundamentado pelo artigo 25, da Declaração dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas - ONU de 1948, que assegura que todos os indivíduos de natureza humana têm direito a uma qualidade de vida, de forma que seja assegurado o direito à saúde, alimentação, habitação, vestuário e também previdência social, garantindo proteção contra o desemprego e a velhice, dentre outras cautelas.

Pode-se incluir também, a educação como direito social de natureza básica. Desta maneira a normatização internacional seria complementada especialmente à declaração de direitos humanos, a Resolução 2.200-A da ONU em 16/12/1966, que trata do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais expressamente, consagrou a proteção à educação (artigo 13, parágrafo 1º) como direito fundamental social a ser assegurado pelos Estados signatários.

É importante dizer que o mínimo existencial não trata somente de garantir ao indivíduo um “mínimo vital”, porém, além disso, um mínimo de qualidade de vida, que possibilite viver dignamente, sendo possível exercer seu direito a liberdade na dimensão individual e social. O mínimo existencial tem uma ligação com o princípio da dignidade da pessoa humana e conseqüentemente com o próprio Estado Democrático de Direito.

Entretanto, para ser defendido o mínimo existencial alicerçado em uma ideia de vedação de insuficiência, não deve reduzir os direitos fundamentais sociais a um patamar mínimos de existência, possuindo por resultado a inércia dos administradores públicos e decisões políticas. E nestes mesmos termos, os membros do Ministério Público e todos os agentes públicos com responsabilidade no desenvolvimento da administração pública devem ser zelosos.

A vedação à insuficiência tem que ser vista de forma conceitual e dinâmica, como um verdadeiro início e não como o fim. Partindo daí a sólificação dos direitos fundamentais em sua abostagem social, não determinando que a eficácia de tais direitos tenha fim com ela e nem que tal preceito trate apenas de garantir um mínimo vital.

Desta forma, a ótica social dos direitos fundamentais possui um horizonte de realização progressiva, apontando não para a ideia de mínimo de bem-estar social, mas de máximo. Contudo, refere-se a um máximo possível, à luz das riquezas do país em questão e do comprometimento do governo/sociedade em realizá-lo (CLÈVE, 2006, p. 239-252).

Comquanto, a médua do mínimo existencial não tem enraizado uma proposta estática ou de acomodação, existindo uma interpretação fática com fulcro no estabelecimento de políticas pública no sentimento de tornar digna e com felicidade a vida em um Estado de Direito que busca ser democrático e social.

4 O DIREITO À SAÚDE

Nota-se que o Direito à Saúde perpassa pela concepção de que seja saúde, passando pelo breve histórico do direito a saúde no Brasil, o início do Sistema Único de Saúde – SUS e o direito a saúde previsto na Constituição Federal de 1988.

4.1 Concepções de Saúde

A concepção de saúde espelha a conjuntura social, econômica e política em que vivemos, tendo significados diferentes em relação às pessoas, pois dependem da época, posição na sociedade, localidade, valores filosóficos científico e religioso.

Na visão de Moacyr Scliar (2007, p. 30): “Para antigos hebreus a doença não era necessariamente devida à ação de demônios, ou de maus espíritos, mas representava, de qualquer modo, um sinal da cólera divina, diante dos pecados humanos”.

Para este autor a falta de saúde representava um sinal de desobediência ao mandamento divino, desta forma, os antigos hebreus tinham uma concepção sobrenatural de saúde e enfermidade.

Para George Rosen (1994, p. 32):

Como este mundo representava apenas uma passagem para purificação da alma, as doenças passaram a ser entendidas como castigo de Deus, expiação dos pecados ou possessão do demônio. Consequência destavisação, as práticas de cura deixaram de ser realizadas por médicos e passaram a ser atribuição de religiosos. No lugar de recomendações dietéticas, exercícios, chás, repousos e outras medidas terapêuticas da medicina clássica, são recomendadas rezas, penitências, invocações de santos, exorcismos, unções e outros procedimentos para purificação da alma, uma vez que o corpo físico, apesar de albergá-la, não tinha a mesma importância. Como eram poucos os recursos para deter o avanço das doenças, a interpretação cristã oferecia conforto espiritual, e morrer equivalia à libertação.

Já os gregos, os quais prestavam culto a Asclepius deus da medicina, Higiéia a deusa da saúde, e Panacea a deusa da cura, existia uma maneira de encarar as doenças, para eles a valorização às práticas higiênicas derivava de Higiéia e buscavam a cura acreditando no uso de plantas e procedimentos naturais, e não somente por métodos ritualísticos. Essa maneira de acreditar na saúde, de modo bem incipiente já alcançavam uma visão racionalista da medicina a qual futuramente seria difundida por Hipócrates, que mais tarde viria a ser conhecido como o pai da Medicina.

Na região Oriental a concepção de saúde e também de doença se origina nas forças vitais existentes no corpo, assim, funcionando de forma harmoniosa, há saúde, não funcionando, sobrevêm a doença. Os procedimentos terapêuticos, como por exemplo a acupuntura e o ioga, objetivam recuperar o fluxo da normalidade das energias internas.

Em meados do século XIX Louis Pasteur e outros estudiosos, através do microscópio criado no século XVII, mostrariam e comprovariam a existência de microrganismos responsáveis pelas doenças, possibilitando o desenvolvimento de novos soros e vacinas, e porventura, a cura, que solucionaria inúmeras doenças, e utilizadas também na prevenção.

Moacyr Scliar (2007, p. 33) mostra as transformações ocorridas:

Esses conhecimentos impulsionaram a chamada medicina tropical. O trópico atraía a atenção do colonialismo, mas os empreendimentos comerciais eram ameaçados pelas doenças transmissíveis endêmicas e epidêmicas. Daí a necessidade de estudá-las, preveni-las e curá-las. Nessa época nascia também a epidemiologia, baseada no estudo pioneiro do cólera em Londres, feito pelo médico inglês John Snow (1813-1858), e que se enquadrava num contexto de “contabilidade da doença”. Se saúde do corpo individual podia ser expressa por números – os sinais vitais –, o mesmo deveria acontecer com a saúde do corpo social: ela teria seus indicadores, resultado desse olhar contábil sobre a população e expresso em uma ciência que então começava a emergir.

Desta maneira, observa-se hoje semelhante acontecimento, pois há buscas de indicadores numéricos, de como esta a saúde, por localização e tipos de doenças por regiões climáticas, e também por diversos outros parâmetros no país, estado, e municípios.

Posteriormente com o passar do tempo outras concepções de saúde foram pensadas, existindo a partir daí uma concepção de saúde ligada à ausência de enfermidade, doença, e deficiência. Assim, gozar de saúde era não ter enfermidade e estar bem interiormente e com todos ao redor. Então, evoluindo com o passar dos dias, a saúde passou a ser vista como um direito, e nos dias atuais tem normatização global, que busca assegurar e garantir o estado de saúde.

A expressão saúde tem sua origem no latim “salus” e que quer dizer conservação da vida, salvação. É a palavra que institui o estado de saúde dos indivíduos. Para De Placido e Silva, estar ou ter saúde significa também quando todas as funções dos órgãos são usadas normalmente.

Segundo Luis Salvador de Miranda Sá Junior (2004, p. 15-16) etimologicamente a expressão saúde procede do latim “sanitas”, e que quer dizer, funcionalidade anatômica dos organismos vivos. Para ele existe ainda inúmeras definições a respeito da palavra saúde, observa-se:

Destas significações, todas empregadas com alguma frequência, destacam-se: a) sanidade, ausência de enfermidade em um ser vivo (o mais antigo significado, como em: esteve doente, recuperou a saúde); b) saudação amistosa (à moda dos romanos antigos); c) rito verbal exclamativo, quando alguém espirra; d) estado de capacidade, energia, disposição e vigor físico ou mental (como em não tenho saúde para esse trabalho), sentido figurado e metafórico; e) sentir-se bem ou, ao menos, não se sentir mal (a saúde se manifesta no silêncio dos órgãos, diziam os antigos); f) área do conhecimento e campo de estudo sobre a saúde, as ciências da saúde (enfim, todos os estudos sanitários que se interessam pelos indivíduos e comunidades, as ciências da saúde); g) designação sintética dos programas, estabelecimentos, agências ou organismos sociais públicos ou privados destinados a cuidar da saúde dos indivíduos e comunidades; h) atividade política pública ou programa social governamental voltado para os cuidados com a saúde individual ou coletiva e para a administração destes serviços (como em funcionário da saúde, profissão da saúde, Ministério da Saúde e secretaria da Saúde).

Existe ainda, além desses conceitos, o criado pela Organização Mundial da Saúde, organismo internacional integrante da Organização das Nações Unidas, tendo sido publicado na carta de princípios datada 7 de abril de 1948 e desde então é conhecido como Dia Mundial da Saúde. Segundo a OMS saúde é: “estado de completo bem estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez”.

O conceito da OMS não põe fim a uma concepção genérica devido à existência da saúde animal e vegetal, por exemplo. Assim, delimita-se focalizar à saúde humana.

No conceito da OMS mencionado acima vale a pena entender o termo “bem estar”. Primeiramente significa sentir-se bem e não mal, não estar em sofrimento somático ou psíquico ter conscientização de que não existe lesão estrutural ou de prejuízo no desenvolvimento pessoal ou social. Bem estar significa dizer ainda que é a satisfação das necessidades biológicas. Na definição da OMS quando incluiu o termo bem estar em sua definição objetivou-se incluir as condições psicossociais, devido ao ser humano ser completo e racional. Há críticas ao conceito da Organização Mundial de Saúde, por ter mencionado “bem-estar, isso devido ele ter todas as suas necessidades satisfeitas, quando de fato, a própria inconstância humana, por criar sempre novas necessidades, sem que elas existam, e ainda assim mostram-se insatisfeitos com suas criações, de forma que o mal-estar constitua componente essencial da condição humana, devido a se demonstra impossibilidade de uma pessoa em particular, ou uma sociedade, de terem todas as necessidades individuais e sociais realizadas, podendo ser em todas as plataformas de existência.

Contrapondo essa definição, que é bem distante da realidade humana, criada pela OMS temos a concepção de Christopher Boorse (1977) em que saúde é a simples ausência de doença. Este autor, observa que “a classificação de seres humanos como saudáveis ou doentes

seria uma questão objetiva, relacionada ao nível de eficiência das funções biológicas, sem necessidade de juízos de valor”.

É sobre maneira importante ressaltar os fatores que exerce influência no que diz respeito à saúde e sobre os quais à saúde pública deverá interceder, que é o campo da saúde. O conceito de campo da saúde foi criado Ministério da Saúde e do Bem-estar do Canadá, Marc Lalonde, no ano de 1974. Quais sejam eles: a biologia humana, o estilo de vida, o meio ambiente, a organização da assistência à saúde.

Em relação à biologia humana entende-se que a herança genética e os processos biológicos, que são aspectos da existência, à vida em si, somando-se aos fatores de envelhecimento. No que diz respeito ao meio ambiente entende-se o solo, moradia, a água, o ar, e o local de trabalho. Já em relação ao estilo de vida tem-se por resultado as decisões que prejudicam diretamente à saúde, quais sejam: fumar, beber, não praticar exercícios físicos, ou ser o oposto em todos eles. Assim sendo, em relação à organização da assistência à saúde, contém o assistencialismo médico em si, os serviços ambulatoriais e hospitalares, e os medicamentos.

4.2 Breve histórico do Direito à Saúde no Brasil

No Brasil ocorreu a colonização realizada pelos portugueses, tendo seu início no período de descobrimento indo até o fim do Primeiro Reinado em 1831, não utilizava nenhum modelo de assistência à saúde da população, e também não existia interesse por de Portugal, país responsável pela colonização.

Época esta em que, a assistência à saúde limitava-se aos recursos existentes na terra, como por exemplo: plantas, ervas medicinais, e também por conhecimentos empíricos utilizados por curandeiros.

Existia a ideia de que aqui era um “paraíso”, esta ideia porém não se confirmou, pois os meios de sobrevivência, nos padrões de Portugal, na colônia era muito escassos, isso ocorria devido às “novas moléstias”, enfrentamentos com os indígenas e ambiente ao qual não estavam acostumados. Deste modo, Cláudio Bertolli Filho (2008, p. 5):

A guerra, o isolamento e a doença colocavam em perigo o projeto de colonização e exploração econômica das terras brasileiras. Diante do dilema sanitário, o Conselho Ultramarino português – órgão responsável pela administração das colônias – criou ainda no século XVI os cargos de físico-mor e cirurgião-mor. Seus titulares foram incumbidos de zelar pela saúde da população sob domínio lusitano. Essas funções,

no entanto, permaneceram por longos períodos sem ocupantes no Brasil. Eram raros os médicos que aceitavam transferir-se para cá. Desestimulados pelos baixos salários com os perigos que enfrentariam.

As medidas utilizadas por Portugal em muito pouco melhorou a situação da colônia. Muitos eram os fatores que contribuíram quais sejam: grande dimensão territorial da colônia, elevada quantidade de habitantes não podiam arcar com as despesas de consulta, e os tratamentos usava como base a utilização de procedimentos como a sangria e o purgante, que ocasionavam o óbito de muitos pacientes. As pessoas moradoras da colônia em sua maioria preferia recorrer aos curandeiros africanos ou indígenas. Segundo o autor Bertolli Filho (2008, p. 6) existia: “Em 1746, em todo território dos atuais estados de São Paulo, Paraná, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, e Goiás, existia somente seis médicos graduados em universidades europeias.”.

No período da vinda da família real ao Brasil em 1808 ocorreram mudanças na área da saúde e em toda a administração pública nessa época. A cidade do Rio de Janeiro buscou-se criar uma mínima estrutura sanitária. Neste mesmo ano Dom João VI criou na Bahia o Colégio Médico-Cirúrgico Real Hospital Militar.

Embora a criação do Colégio-Médico e das menções à saúde na Constituição de 1824, no Artigo 179, inciso XXI, dispõe: “Nenhum genero de trabalho, de cultura, industria, ou comercio póde ser proibido, uma vez que não se oponha aos costumes publicos, á segurança, e saude dos Cidadãos”. Já o inciso posterior, no XXXI, que aduz: “A Constituição tambem garante os soccorros publicos; não houve uma assistência real à saúde da população”.

Até meados de 1850 à saúde pública se limitavam apenas nos controles de navios, ao controle de saúde dos portos e fiscalizações sanitárias às juntas municipais. Nesse período, apareceram os chamados boticários (farmacêuticos) os quais, contribuíram na criação de fórmulas na cura de algumas doenças.

Por volta de 1880, ou seja, no período da República Velha, a cidade do Rio de Janeiro estava em difícil situação, com presença de doenças graves como a varíola, a malária e a febre amarela. Observemos o relato do médico José Pereira do Rego (2008, p. 5):

A febre amarela tem se tornado endêmica no Rio, reaparece em quase todas as invernações e deste foco principal irradia-se mais ou menos longe; é assim que a cidade de Montevidéu foi atacada em 1856. [...] Desde 1849, [...] época da primeira grande epidemia nesta cidade, sua duração não se limitou nunca a um ano: assim não desapareceu senão em 1854; a segunda epidemia durou de 1859 a 1863; tudo leva a crer que depois de ter experimentado um decréscimo notável durante o inverno de 1870, vá reaparecer com a invernação de 1870 a 1871. As tripulações estão, pois, frequentemente na presença deste flagelo; e é raro que qualquer navio

estacionado na enseada do Rio não lhe pague sempre seu tributo mais ou menos pesado.

Estes problemas graves na saúde geraram consequências devastadoras na saúde coletiva com impacto direto no comércio de mercadorias exteriores, devido aos navios não mais quererem ingressar no porto do Rio de Janeiro devido ao medo das doenças tão gravosas que afetava a cidade.

O Governo conhecido como República Velha, veio posterior a esse período com ideias de modernizar o Brasil, que usava o lema: ordem e progresso. Procurava-se equilibrar a economia e a sociedade, principal problema do período desse novo regime. Segundo o autor Bertolli Filho (2008, p. 12) que explica: “Nesse contexto, a medicina assumiu o papel de guia do Estado para assuntos de saúde relacionados a assuntos sanitários, firmados o objetivo de garantir à melhoria da saúde individual e coletiva, com determinação a defesa do projeto de modernização do país”.

Observa-se, porém, é que o projeto em relação à saúde e a intervenção governamental na saúde tinham apenas o fulcro de ter mão-de-obra qualificada dos países orientais, não sendo benéfico para os trabalhadores brasileiros.

De fato o que se viu foi os compromissos com as necessidades básicas da população ficar para o segundo plano. Uma política de desigualdades que continuou a gerar uma situação de miséria ainda maior na maioria da população. Assistência à saúde, por existir tamanha desigualdade, só era para quem podia pagar, aos pobres, indigentes, restava apenas o amparo nas Casas de Misericórdias.

A Constituição de 1891 tinha caráter liberal e de ruptura com o antigo regime, porém não levava com sigilo nenhuma referência aos direitos de ideais sociais, não abordando à saúde em nenhum momento.

Durante o governo do presidente Rodrigues Alves e em acordo com o prefeito do Rio de Janeiro procurou-se melhorar a aparência e saneamento da cidade. Também foi criado um novo porto, que trouxe o alargamento das praças e também a construção de grandes estradas. Desta forma, teve a necessidade de se criar um serviço de limpeza pública e demolir cortiços.

Nesse contexto, Oswaldo Cruz foi nomeado e assumiu o cargo de diretor do então Departamento Federal de Saúde Pública do Rio de Janeiro, agora existia então um verdadeiro batalhão de quase 1500 pessoas, tinham o objetivo de combater o mosquito que transmitia à febre amarela (*aedes aegypti*), e almejavam eliminar para sempre essa doença do Brasil. Já na cidade de São Paulo o encarregado pelo combate a febre amarela era Emílio Ribas. Naquele

momento Oswaldo Cruz foi responsável pela criação em 1904 de uma lei federal a qual obrigava a vacinação contra a varíola em todas as localidades das regiões brasileira. Com essa obrigatoriedade, conseqüentemente teve o aumento em nível elevado da insatisfação da população, ocorrendo a Revolta da Vacina. Nesse modelo de assistência à saúde criado por Oswaldo Cruz ocorreu inúmeras revoltas populares, e após esses levantes da população era necessário pensar novas maneiras de atuação que beneficiasse a saúde pública.

No ano de 1920 ocorreu a substituição de Oswaldo Cruz por Carlos Chagas e este trabalhou em propagandas de educação para a saúde, fez crescer as atividades de saneamento em todo território nacional, proibiu a contratação de menores de idade nas fábricas, também houve a criação da licença para gestante e entre outras mudanças importantes como a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). O advogado e político Eloy Chaves, consolidou as CAPs através da lei que levou seu nome; porém os únicos a terem direito eram os trabalhadores de baixa renda e cada categoria tinha sua caixa própria. A arrecadação era composta de 3% do funcionário e 1% do empregador, porém sem participação do governo. Estas CAPs garantiam o direito a prestação médica, medicamentos, aposentadorias, pensões e auxílio funeral.

Neste mesmo contexto histórico Carlos Chagas fundou órgãos especializados no tratamento de doenças como a tuberculose, Hanseníase e doenças venéreas. A primeira faculdade de enfermagem veio a existir em 1923 fundada por Anna Nery.

A Era Vargas que ocorreu entre 1930 a 1945 concebeu-se um novo modelo social que precisava de cuidados e também de inúmeras decisões a ser tomadas, e assim foram como a criação do Ministério do Trabalho, criando direitos e deveres aos trabalhadores; instituição do duplo Ministério de Educação e Saúde; ampliação das CAPs e conseqüentemente mudança para o Instituto de Aposentadorias e Pensões - IAPs, organizados pelo governo federal e subdivididos por classes profissionais.

Com a criação desse duplo Ministério para cuidar da educação e da saúde ficou centralizado politicamente por Vargas existindo assim uma burocracia federal e o controle desses serviços.

Com o advento da Constituição de 1934 tentou-se adaptar a ordem política as novas realidades do país. Uma constituição que pela primeira vez teve alguma preocupação e interesse pelo social e que tentou solucionar conflitos de desigualdades sociais, como podemos observar com criação de diretrizes para a educação nacional, com preocupação e luta contra a seca no nordeste, e também com recenseamento da população. Nesse período o

cuidado à saúde e a prestação pública em relação à saúde ficou claramente definido no 10º artigo, em que a União e os Estados, têm o papel expresso de cuidar pela fiscalização das leis sociais. *In verbis*:

Art. 10 - Compete concorrentemente à União e aos Estados:

I - velar na guarda da Constituição e das leis;

II - cuidar da saúde e assistência públicas;

III - proteger as belezas naturais e os monumentos de valor histórico ou artístico, podendo impedir a evasão de obras de arte;

IV - promover a colonização;

V - fiscalizar a aplicação das leis sociais;

VI - difundir a instrução pública em todos os seus graus;

VII - criar outros impostos, além dos que lhes são atribuídos privativamente.

Parágrafo único - A arrecadação dos impostos a que se refere o número VII será feita pelos Estados, que entregarão, dentro do primeiro trimestre do exercício seguinte, trinta por cento à União, e vinte por cento aos Municípios de onde tenham provindo. Se o Estado faltar ao pagamento das cotas devidas à União ou aos Municípios, o lançamento e a arrecadação passarão a ser feitos pelo Governo federal, que atribuirá, nesse caso, trinta por cento ao Estado e vinte por cento aos Municípios.

Importante acontecimento na Era Vargas foi à erradicação da febre amarela, em virtude da criação do Serviço Nacional da Febre Amarela. Sendo 1941 também criado o Departamento Nacional de Saúde, o qual era encarregado pelo prevenção e controle das demais doenças existentes.

Segundo Márcio Alexandre da Silva Pinto (2008, p. 8):

Criou-se nesse sentido, uma nova ordem na saúde. Essa nova coordenação da esfera da saúde proclamava a promessa do Estado de cuidar pelo bem-estar sanitário da população. Apesar de a medida centralizadora ter ajudado as áreas carentes de assistência médico-hospitalar, os estados mais ricos da federação que já possuíam os serviços de saúde organizada a experiência foi desastrosa, dificultando o atendimento à população.

Na verdade, mesmo com os cuidados necessários na área da saúde em relação a coletividade pelo Governo de Vargas, cuidados esses como por exemplo a diminuição das mortes por doenças epidêmicas, o crescimento de assistência médica e hospitalar médico-hospitalar e de novas técnicas de controle de doenças no meio rural, o país continuava a ter uma sociedade eminentemente doente, onde as chamadas doenças de massa continuavam a crescer e se proliferar, como exemplo a esquistossomose, doença de Chagas, tuberculose, hanseníase, doenças gastrointestinais e sexualmente transmissíveis.

No período conhecido como “período da redemocratização” que vai de 1945 a 1964 cujo presidente era Eurico Gaspar Dutra houve uma tentativa de organização racional dos serviços públicos por meio do plano SALTE (saúde, alimentação, transporte e energia),

porém este não veio a ter sucesso e segundo as notícias da época à saúde continuou a ser tratada do mesmo modo que no período ditatorial da época Vargas.

A separação do Ministério da Saúde do Ministério da Educação ocorreu em 1953, por intermédio da Lei nº 1.920. Agora autônomo e separado do Ministério da Educação, a saúde só pode contar com verbas irrisórias e uma micro estrutura que além de burocrática que impedia que os objetivos fossem concretizados.

Com a falta de recursos suficientes foi inviabilizado a realização de uma política pública de saúde eficiente para população, somado a isso, a atuação do governo foi tão fraca nesse aspecto que a Organização Pan- Americana de Saúde (OPAS), órgão regional da Organização Mundial da Saúde (OMS), viu a necessidade de participar diretamente no combate de doenças no Brasil como, por exemplo, a malária. Apesar das sucessivas campanhas contra malária que ocorreu entre 1958 e 1965 executadas pelo governo brasileiro que afirmava que tinha erradicado a malária onde na realidade só ocorreu uma diminuição do número de doentes. E além disso, agravando ainda mais o problema da saúde existia o “clientelismo”, onde os partidos políticos e juntos com esses os líderes políticos trocavam equipamentos de saúde como ambulâncias, leitos hospitalares, entre outros recursos por votos e apoio nas épocas eleitorais.

Um ideal de justiça social apresentado pela constituição de 1946 tinha o objetivo de melhorar a condição de vida da população com assistência sanitária, médica e hospitalar para o trabalhador e à gestante, conforme consta no inciso XIV do artigo 157.

Em 1963 ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde que sugeria a reorganização do serviço médico e sanitário como também a descentralização das atribuições político-administrativa da federação e por consequência a municipalização.

Já no período da Ditadura Militar em 1964, existia o Ministério da Saúde que contando com poucos recursos, nesta época a saúde era vista como fenômeno individual e não coletivo, levando as pessoas a valorizarem os hospitais particulares, onde deveria por ser a saúde eminentemente pública, valorizar as unidades de saúde pública.

Nessa época, também foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social por meio de uma comissão de organização que reformulou Instituto de Aposentadoria e Pensões. Houve uma unificação que incluiu os trabalhadores autônomos, rurais e as empregadas domésticas, onde passaram a ter direitos de caráter previdenciário.

A Constituição de 1967 não reconhecia de maneira expressa o direito à saúde, e havia abstenção das atribuições sociais. Porém, eram assegurados aos trabalhadores o direito à assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva (Art. 158, inciso XV, CRFB 1967). Desta forma, já em 1973 foi instituído o Programa Nacional de Imunização, com objetivo de transformar em efetiva a assistência sanitária preceituada na Constituição.

Por volta de 1974 o INPS foi transformado em Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), não mais vinculado ao Ministério do Trabalho. E para as críticas, que eram muitas, o governo instituiu o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural), o Plano de Pronto Ação, e o Sistema Nacional de Saúde em 1975, sendo criado também o Sistema de Informações Hospitalares do SUS, o Sistema de Informações acerca da Mortalidade.

Para o autor Márcio Alexandre da Silva Pinto (2008, p. 12):

Todas as medidas no período, não passaram de tentativas do governo de melhorar as deficiências do setor de saúde, que, em 1979, estava entre as maiores no ranking dos países mais enfermos da América Latina, sendo ultrapassado apenas por Haiti, Bolívia e Peru, mesmo diante de um relativo aumento na expectativa de vida da população e diminuição da mortalidade infantil.

Com a finalidade de coordenar as atividades de assistência médica em 1978 foi instituído o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, não sendo suficiente para melhorar à saúde da população nacional, em contra partida o Estado disponibilizava atendimento aos trabalhadores com carteira assinada e às suas famílias, pois as demais pessoas da população só restavam esses serviços como um favor e não como um direito, pois a própria iniciativa privada era incentivada a abrir clínicas e unidades hospitalares para dar conta do atendimento ao restante do público de baixa renda.

Ainda neste mesmo ano aconteceu a Conferência de Alma Ata, realizada na antiga União das Repúblicas Socialista Soviéticas - URSS. Nela se debateu a extensão das desigualdades sanitárias em países desenvolvidos e subdesenvolvidos. A situação do Brasil nesta época era caótica, onde cerca de 40 milhões de brasileiros estavam sem acesso aos serviços de saúde, ainda mais agravado pela inadequação dos serviços prestados e carências de caráter nutricional afetavam quase a metade da população, sem falar na mortalidade infantil que atingia elevados índices onde a expectativa de vida era inferior aos 50 anos em algumas regiões do país.

Nos anos 80 existiram inúmeros acontecimentos relacionados à saúde pública. Entre eles no ano de 1981 foi criado o CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária. Tinha por objetivo organizar a assistência médica, impor critérios para gastos dos recursos, bem como a avaliação dos financiamentos, buscando disciplinar o atendimento dos serviços assistenciais de saúde. Depois, já em 1983 foram instituídas as AIS – Ações Integradas de Saúde, objetivando a criação de uma rede pública de saúde unificada com fulcro a melhoria do atendimento por meio da descentralização e universalização da atenção básica à saúde.

4.3 Início do Sistema Único de Saúde - SUS

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde exercia conjuntamente com apoio dos estados e municípios as ações e promoções de saúde, trabalhavam com objetivo na realização de campanhas de vacinação e controle de doenças graves. Existia um caráter universal nas ações de saúde.

Em relação à assistência à saúde, o Ministério da Saúde executava suas atividades por meio de poucos hospitais especializados e também através da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), que trabalhava em ações no interior das regiões Norte e Nordeste.

A prestação assistencial na saúde era diferente no atendimento a população. Acontecia que o poder público por meio do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), posteriormente transformado em Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), tinha a incumbência de prestar assistência à saúde de seus associados, o que não ocorria com diferentes categorias profissionais organizadas – bancários, comerciários, industriários, etc. conseqüentemente deu início a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, ao passo que, existia a contratação de serviços particulares nas grandes metrópoles, onde se concentra a maior parte dos beneficiários.

O que se aduz é que o assistencialismo à saúde desenvolvido por esse órgão (Inamps) só beneficiava apenas trabalhadores especificamente da economia formal, que tinham carteira de trabalho assinada, e seus respectivos dependentes. Sem um caráter de universalidade na prestação da assistência médica, porque o restante da população não fazia jus a nenhum direito, a assistência a saúde que recebia era na posição de favor ou caridade, utilizando na maioria das vezes das instituições com caráter filantrópico, como por exemplo a Santa Casa de Misericórdia. O INAMPS, por intermédio de suas superintendências regionais, investia apenas nos estados os recursos de forma proporcional a quantidade de beneficiários.

Nesse aspecto, perceberam-se vários problemas, que cresceram assustadoramente, dentre eles: desigualdade no acesso aos serviços de saúde, multiplicidade e desorganização entre as instituições responsáveis nesse ramo, desvirtuamento dos recursos empregados nas ações de saúde, falta de solução e produtividade dos recursos existentes empregados e também a falta de integralidade da atenção. Existia de fato uma gestão centralizada e com poucos ou não suficientes recursos e sem participação. Neste sentido a autora Marly Marques da Cruz (2012, p. 37) afirma que:

Foi diante desses problemas e de um cenário marcado pela abertura política, após o regime ditatorial, que os atores políticos da reforma sanitária tiveram acesso ao aparelho do Estado (Ministério da Saúde e Previdência Social). Esse cenário propiciou toda a reestruturação político-institucional que culminou com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

No final da década de 80, em meio ao conturbado momento político e econômico da época, teve a 8ª Conferência Nacional de Saúde, proporcionada pelo Ministério da Saúde, cujo lema era “Saúde, Direito de Todos e Dever do estado”, tinha o papel de proporcionar a interação do governo federal com os estaduais, unidos para o objetivo de formação de políticas públicas de saúde, com a concessão de recursos financeiros.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 1986, foi muito importante para a história da saúde no Brasil, pois foi nesse momento que a real noção de “direito à saúde” foi discutida no aspecto de direito humano. Esta conferência contou a participação de diversos setores da sociedade, e também entidades da sociedade civil organizada de todo Brasil, como delegados, representantes sindicais, associações de profissionais da área de saúde, diversos movimentos sociais em saúde, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - Cebes, da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Abrasco, incluindo também profissionais da saúde de diversas áreas de atuação, entre eles médicos de distintas especialidades.

Então, observa-se que, as mudanças ocorridas no Brasil na área da saúde, entre ela a reforma Sanitária, não foram estimuladas pelo governo, nem por partidos políticos ou por organismos internacionais, mas sim pela sociedade civil, demonstrando um anseio de mudanças profundas vindo de movimentos populares legítimos, de fato, das entranhas do povo brasileiro.

Os debates ocorridos nesta conferência estimularam à Saúde como direito de cidadania, uma Reformulação efetiva do Sistema Nacional de Saúde, bem como o financiamento e disposição de recursos para o setor da saúde.

No relatório final desta Conferência Nacional de Saúde foi apresentado como principais pontos de apoio a instituição da saúde como direito de cidadania sendo dever do Estado; o entendimento da determinação social do procedimento saúde-doença; a reorganização do sistema de atenção, com a criação do Sistema Único de Saúde-SUS. Esses principais pontos de apoio serviram como norteadores, ou orientadores aos constituintes que tinha a missão da elaboração da Constituição Federal de 1988. Segundo Márcio Alexandre da Silva Pinto (2008, p. 13):

[...] o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde definiu que direito à saúde significa uma garantia estatal de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando o ser humano ao desenvolvimento pleno da sua individualidade.

Os elaboradores desse processo, a partir de então, possuíam a real entendimento de que para o setor da saúde pública seria necessário uma mudança estrutural em toda a dimensão jurídico-institucional, e não apenas uma reforma a nível administrativo ou financeiro.

Com a definição de saúde como um direito do cidadão, preceituado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, as bases do SUS foram estruturadas com desenvolvimento de estratégias que proporcionaram a coordenação, com a integração e repasses de recursos entre órgãos e instituições de diferentes níveis, federais, estaduais e municipais, estes utilizados para a construção do SUS.

No período de aproximadamente de um ano 1987 a 1988, no momento da Assembleia Nacional Constituinte, a reforma na saúde foi em fim aprovada apoiada pela reforma sanitária e de demais aliados, enfrentando uma grande oposição do setor particular, o qual era muito forte e organizado.

O sistema de saúde é formado por três setores, quais sejam: o público, o privado, e o de saúde suplementar. Este subsetor público é aquele no qual a assistência de saúde é financiada e executada pelo Estado em seus três dimensões, federal, estadual e municipal, incluídos aí a assistência de saúde dos militares. No subsetor privado poderá existir ou não finalidade de lucro, como por exemplo os hospitais da maçonaria, tendo seus financiamentos

feitos de forma diversa, alguns momentos com recursos públicos, outros momentos com recursos privados. Já o subsetor de saúde suplementar é formado com uma multiplicidade de planos particulares de saúde e também de apólices de seguro. Necessário se dizer que os indivíduos poderão fazer uso dos serviços dos três setores, ficando a cargo dele escolher de acordo com sua capacidade de pagamento.

Como produto da 8ª Conferência foi instituído o SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, este evolutivamente, após a Constituição de 1988, foi transformado em SUS. Começou a implantação do SUS a ser efetivada em 1990, em momento de diplomação do Presidente Fernando Collor, este não se comprometeu com a reforma sanitária. Neste ano ainda foi criado o Sistema de Informações de Nascidos Vivos, que era muito importante, posto que, alferia a taxa de natalidade no país.

Assim em 1990, aprovada a Lei nº 8.080, a chamada Lei Orgânica da Saúde, a qual determinou as atribuições e a organização do SUS, trazendo como princípios e diretrizes do SUS a universalização do direito à saúde, descentralização, integralidade, e participação social visando ao controle social.

A Lei nº 8.080/90 trouxe ainda os principais objetivos do SUS, a saber: a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, a formulação de políticas de saúde, a assistência às pessoas por através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com vista a realização integrada das ações assistenciais e também das atividades preventivas.

Desta forma, as características dessa lei são atuar na promoção da saúde com distintas e diversificadas ações, e exercer o assistencialismo médico. Posteriormente, logo após o impeachment de Collor, o projeto de reforma sanitária foi discutido novamente e houve então, aumento na descentralização, a partir daí foi publicado o Programa de Saúde da Família (PSF).

No que diz respeito reforma sanitária, esta foi um projeto político secundário durante a década de 90, porém diversas iniciativas também importantes foram promovidas, por exemplo, a criação do programa nacional de controle e prevenção da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - AIDS, investimentos para o controle de tabagismo, a criação da ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a criação de um modelo de atenção básica à saúde indígena. A criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), foram instituídos a partir do ano 2000.

Em 2003, criada outra política, agora de caráter humanitário, a Política Nacional de Humanização, que buscava melhorar, e humanar os tratamentos e atendimentos em relação à saúde, para concretizar e respeitar o princípio norteador máximo de nosso ordenamento jurídico, que é o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, este fundamento da República Federativa do Brasil.

No Brasil à saúde foi a que mais experimentou uma descentralização de caráter estrutural, onde houve importante financiamento e ações regulatórias buscando melhorar o sistema de saúde. Para isso ocorreu foi necessário uma legislação complementar, e novas regras e também uma reforma administrativa nas políticas públicas. O Ministério da Saúde criou processos de repasse de recursos, a exemplo do PAB – Piso da Atenção Básica, este sendo um valor per capita repassado pelo Ministério da Saúde em destinação aos municípios objetivando financiar a atenção básica. Houve a criação de novos comitês de gestão e conselhos representativos na esfera governamental.

Ocorreu uma substituição de algumas dessas regras, pois foi criado o Pacto pela Saúde, um acordo pelo qual os gestores de cada esfera de governo fixam compromissos mútuos em relação às metas e responsabilidades em saúde. A descentralização, só pode ocorrer de fato através dos mecanismos de tomada de decisão que foram atualizados no sistema, devido a uma maior participação social. Ademais, nas conferências de saúde, avançaram com a estabilização de conselhos de saúde e comitês intergestores nas esferas federal (tripartite) e estadual (bipartite) nos quais as decisões são tomadas por acordo mútuo.

Se transformou a atenção básica, em destaque no SUS. Ela foi promovida pela descentralização, proposta pela 8ª Conferência e tem como objetivo disponibilizar acesso universal e serviços necessários, coordenando e expandindo a cobertura para um grau elevado de necessidades complexas, somado a isso, programar ações de promoção de saúde e também prevenindo doenças.

O PSF tem uma atribuição inovadora que é a capacidade de organizar as unidades básicas de saúde onde se concentrem as famílias e comunidades para que integrem a assistência e que seja feita ações preventivas. Tem seu funcionamento estabelecido por meio de equipes de saúde da família, esta é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, quatro a seis agentes comunitários de saúde, posteriormente integraram também equipes de saúde bucal. As equipes de saúde da família, efetuam o primeiro contato com o sistema de saúde, desta forma, estas equipes buscam integrar suas ações ao apoio diagnósticos, assistência especializada.

Com o crescimento dos PSFs houve a criação e o fortalecimento de projetos regulatórios nas secretarias municipais de saúde. Alguns municípios implementaram os sistemas regulatórios de forma descentralizada e computadorizada com objetivo de ficar por dentro da listas de espera para acompanhar as vagas para os serviços especializados, ampliar a disponibilização de serviços, programar diretrizes clínicas e fazer uso de prontuários eletrônicos sendo uma estratégia de integração do cuidado primário com a rede de serviços assistenciais de saúde fornecidos por aquele município.

Além do mais, na intenção de melhorar cada vez mais o SUS, o Ministério da Saúde criou o Sistema Nacional de Transplantes, tido como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Criada também a Política Nacional de Promoção da Saúde, que vislumbrava a promoção da qualidade de vida e a redução da exposição das pessoas a riscos de saúde ligados a fatores sociais.

O Ministério da Saúde busca a integração da Secretaria de Vigilância em Saúde com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, tendo por objetivo melhorar a promoção de saúde, a vigilância de epidemias, a vigilância sanitária, a saúde do meio ambiental, a saúde do trabalhador, a análise da situação de saúde e as estatísticas vitais.

O trabalho do Ministério da Saúde não para por aí, houve a criação de Políticas e programas específicos para a atenção à saúde da população negra, para às pessoas portadoras de necessidades especiais, para pessoas que necessitam de tratamentos emergenciais, pessoas com doenças no aparelho urinário ou que fazem tratamento neurológico e ainda que tenham patologias cardiovasculares e diabetes, para às pessoas com problemas mentais, com problemas de saúde bucal, ademais fez investimento e buscou melhorar o acesso a tratamentos farmacológicos, de forma que atendeu ou procurou atender a toda massa populacional. Para que isso ocorra existe a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, que garante o acesso e distribuição de medicamentos, somado a criação de uma política de sucesso que funcionou de forma eficaz, de medicamentos genéricos.

Em segundo plano, a atenção à saúde, é importante dizer, agrega centros de especialidades odontológicas, serviços de aconselhamento para doenças como a AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, centros de referência em saúde do trabalhador, e também serviços para reabilitação de dependentes. No ano de 2008 criaram-se as unidades de pronto-atendimento – UPA, que funcionariam 24h operando conjuntamente com o SAMU, na busca pelo desafogamento do serviço e das demandas nas emergências dos hospitais.

Já à atenção terciária inclui procedimentos de alto custo, realizados em períodos através de prestadores particulares em contratos com os hospitais públicos de ensino, custeados por recursos públicos. Podendo se questionar a aplicação dos preços elevados em relação ao mercado.

Segundo Jairnilson Paim (2011, p. 25)

Como ocorre em vários outros sistemas de saúde em todo o mundo, os desafios da assistência hospitalar no Brasil incluem o controle de custos, o aumento da eficiência, a garantia da qualidade da atenção e segurança do paciente, a provisão do acesso a cuidados abrangentes, a coordenação com a atenção básica e a inclusão de médicos na resolução de problemas.

Apesar dos desafios demonstrado, e também por não existir no Brasil uma rede regionalizada e organizada de serviços, no sistema SUS há políticas voltadas para alguns procedimentos de alto custo, exemplo disso é o sistema de gerenciamento de listas de espera para transplantes de órgãos e diversos procedimentos como cirurgia cardíaca, oncologia, entre outros.

Então, é importante dizer também que a infraestrutura do SUS é composta de unidades de atenção básica e de emergência, e que em sua maioria são públicas. Porém os hospitais e ambulatorios como também os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) são majoritariamente particulares. Segundo FBH- Federação Brasileira de Hospitais em 2018 o Brasil tinha 6820 hospitais, e em média 70% são particulares.

4.4 O Direito à Saúde na Constituição Brasileira

Ao analisar o direito à saúde a luz da Constituição brasileira, não se pode deixar de salientar que a vida, bem jurídico imprescindível, é protegida por vários dispositivos normativos, pois a sua preservação também resguarda a saúde dos indivíduos, posto que é inconcebível e indissociável ter saúde sem ter a vida.

No início do art. 1º, especificamente o inciso III, da Constituição da República Federativa do Brasil, é o lugar em que se firmou o Princípio da Dignidade Humana como fundamento desta lei Maior do Estado brasileiro, e apontado também com norteador máximo das leis que regulam a vida em sociedade no contexto atual. Desta forma, devido ao fato do direito à saúde está inserido no conceito de “dignidade humana”, então poderemos afirmar, antecipadamente, a particularidade do direito à saúde ser um direito fundamental.

Alguns artigos à frente, encontram-se na Carta Magna, no artigo 5º, caput, algo trazido pelo constituinte que serve de base para o direito à saúde, qual seja, a inviolabilidade do direito à vida. Já no inciso III deste mesmo artigo, o legislador asseverou que, qualquer indivíduo não poderá ser submetido a tortura como também a nenhum tratamento desumano ou degradante. Alguns incisos a frente deste, já no inciso XLVII, determinou que não haverá penas de morte nem de trabalhos forçados nem penas cruéis. Logo após, no inciso XLIV, garantiu a proteção da integridade física dos detentos.

Nos dispositivos citados acima, é possível vislumbrar um viés do direito à saúde, onde o Poder Público legalmente se vincula a proteger à saúde através destes incisos, embora sejam voltados para garantias penais, que são de primeira dimensão.

No artigo 6º, caput, da CF/88, o direito à saúde foi elevado patamr de direito social. Já no inciso IV do artigo seguinte foi instituído o salário mínimo, valendo lembrar que a definição nos valores atribuídos ao salário mínimo, esta presente à saúde, pois o salário mínimo deve ser suficiente para satisfazer as necessidades básicas do trabalhador e às de sua família, como moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social.

Posteriormente, no inciso XXII, o direito à saúde foi elencado como direito do trabalhador, com objetivo de reduzir os riscos que fazem parte do trabalho, através de normas de saúde, higiene e segurança. O inciso XXIII, determina um adicional de remuneração aos profissionais que exercem atividades penosas, insalubres ou perigosas. Continuando no mesmo artigo, o inciso XXXIII, assegura uma proteção à saúde dos menores, com proibição do trabalho noturno e em atividades perigosas ou insalubres, visto que estes sofreriam sérios problemas de saúde se expostos ao ambiente de elevado risco.

No artigo 23, inciso II da CF/88, determinou que é responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios a assistência à saúde com vistas a proteção e garantia da fiel execução normativa, incluído ainda o cuidado as pessoas portadoras de deficiência. No artigo seguinte no inciso XII, descreve a competência da União, dos Estados e do Distrito Federal de legislarem concorrentemente sobre previdência social, proteção e defesa da saúde.

A Constituição Cidadã nos artigos 196 a 200 tratou de maneira pormenorizada do direito à saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS). A Constituição de forma clara em seus artigos 196 e seguinte, aborda o direito à saúde, reservando uma posição de importância

elevada e destaque, e diante dessa realidade legal, o professor Cláudio José Amaral Bahia (2009, p. 50) abordando o tema aduz:

Pelo contrário, a constitucionalização do direito à saúde acarretou um aumento formal e material de sua força normativa, com inúmeras consequências práticas daí advindas, sobretudo no que se refere à sua efetividade, aqui considerada como a materialização da norma no mundo dos fatos, a realização do direito, o desempenho concreto de sua função social, a aproximação, tão íntima quanto possível, entre o dever-ser normativo e o ser da realidade social.

Assim, procura-se entender o direito à saúde com um novo olhar conferido pelo constituinte, atentando-se para seus limites e as possibilidades, e sempre atentar o seu caráter e natureza de direito fundamental e social.

Como um direito fundamental social, à saúde, esta reconhecida como patrimônio comum da humanidade pela Declaração Internacional de Direitos Humanos. Esses direitos resguardam a liberdade humana, os direitos econômicos, sociais e culturais, o direito à saúde, e também atingem os direitos à fraternidade e à solidariedade.

Portanto, os cidadãos que fazem parte da sociedade têm o direito inegável de receber ou obter do Estado, a devida assistência com qualidade de forma igualitária e universal, pois a República Federativa do Brasil, por ser um estado democrático, se comprometeu a cumprir todas às prestações materiais mínimas de dignidade. Então, a partir daí, entende-se que é impossível sem um país democracia sem garantir os direitos fundamentais sociais.

Discorrendo ainda sobre o tema Cláudio José Amaral Bahia (2009, p. 50) continua:

[...] prestações positivas, as quais, pela importância que detém, ultrapassam o campo da mera discricionariedade administrativa, para uma inafastável vinculação de índole e força constitucionais, de modo que as pautas de atuação governamental estabelecidas no próprio seio da Lei de Outubro, jamais poderão ser relegadas a conceitos de oportunidade ou conveniência do agente público, eis que não podem transformar-se em mero jogo de palavras, pois, como visto, são indispensáveis à manutenção do status de dignidade da pessoa humana.

Observa-se então, que a função dos direitos sociais, especificamente o direito à saúde, tem por fulcro melhorar a estrutura e condição de vida para as pessoas, buscando a igualdade social, que só será possível, através da promoção de políticas públicas sociais e econômicas que tragam satisfação e efetivamente garanta o direito à saúde.

No artigo 196 esta descrito que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Assim, a determinação deste artigo não pode ser interpretado somente de forma programática, limitando-se a traçar princípios, objetivos e programas buscando à realização dos fins sociais

do Estado. Tem que haver a interpretação de que o Estado, aqui composto pela União, estados, Distrito Federal e Municípios, tem a dever de prestar o serviço de saúde de forma universal, integral e gratuitamente para as pessoas destinatárias das leis.

Não apenas por ter subido ao patamar de direito fundamental, mas também por existir ampla normatização infraconstitucional sobre à saúde, como por exemplo a Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080/1990, o direito à saúde é Autoaplicável.

Confirma esse entendimento, Vilas Boas (2009, p. 77):

[...] a saúde é prioridade de qualquer plano de Governo nas mesmas proporções da educação, em todos os seus níveis. O Sistema Único de Saúde – SUS, viabilizado pela Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, teve por primeira disposição geral, o primado da saúde como direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

A CF/88 ao abordar o direito à saúde como direito garantido a todos, considerou-o como um direito fundamental social que abrange a todos sem distinção, de raça, credo, cor, etc, tendo em conta uma vinculação e indissociabilidade do direito à vida e do princípio da dignidade da pessoa humana entre eles.

De maneira exaustiva comentamos, que o direito à saúde é um direito fundamental, e o artigo 197, da CF/88, considera que as ações e serviços de saúde, têm uma forte vinculação ao Poder Público, pois este é obrigado pela lei fiscalizar, controlar, promover, proteger e através de políticas sociais e econômicas efetivar e garantir de forma plena este direito.

Vale ainda dizer que essa vinculação existe nas três esferas de Poder, ou seja, Poder Legislativo, o qual cabe a criação da norma; Poder executivo, que é responsável por executar as leis e dar efetividade ao direito à saúde conforme consagrado na legislação constitucional; Poder Judiciário, o qual obriga de maneira coercitiva os demais poderes a darem à concreção precisa e justa, para a garantia da saúde.

5 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Nos últimos tempos, as pessoas têm procurado o Poder Judiciário como forma de assegurar o direito à saúde, seja através de fornecimento de tratamentos e/ou medicamentos específicos, que não estão disponíveis nos órgãos estatais ou que estão em falta. Para isso, tem ocorrido a discussão perpassada no Poder Judiciário é a questão do princípio da reserva do possível nas políticas públicas de saúde.

Nesse sentido surge a atividade do Poder Judiciário e a discussão de fornecer medicamentos, bem como a questão da supremacia do interesse público e o excesso de Judicialização de políticas públicas de saúde.

5.1 Judicialização Referente ao Fornecimento de Medicamento

À saúde, é sim, dever do estado, e a garantia desse direito sua responsabilidade, com medicamentos para tratamento de doenças, ou com políticas de prevenção das mesmas, fundamentado na concepção desse direito, devendo ser aplicado de forma integral e igualitária.

No art. 196 da Constituição Federal, preceitua que a saúde é direito de todos e dever do Estado, e para isso através de políticas públicas garantir aos cidadãos um baixo risco de doenças e se necessário for um amparo digno nos serviços de saúde com acesso universal e igualitário, e não deixando de promover proteção e assistência.

Assim, o Estado garantindo aos seus cidadãos o direito à saúde como legalmente descrito constitucionalmente, é inaceitável a recusa do fornecimento de medicamentos a pacientes que precisam e em especial alguns em estado de gravidade, sem falar naqueles que sem condições financeiras de custear as despesas.

Existindo desse modo, entre os entes federativos, a União, os Estados e os Municípios, uma exigência impositiva para fornecimento desses medicamentos aos seus cidadãos.

Objetivando cumprir o seu papel legal, o SUS (Sistema Único de Saúde) fornece inúmeros medicamentos sem custos para a população que precisa, porém somente os constantes em uma lista de medicamentos Nacionais Essenciais, credenciada pelo Estado através da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), e implantados nas secretarias e postos de saúde nos Estados e Municípios. Essa lista é divulgada pelo Ministério da Saúde, para combater as doenças mais comuns existentes no contexto nacional. E ainda com objetivo

de assegurar e garantir aos quais não teriam condições de custear, como também fornecer de modo gratuito, a todos os indivíduos, não estando relacionado à possibilidade financeira de custear e sim devido à promoção de saúde por parte do Estado.

Sendo assim, o indivíduo deve necessariamente comprovar que precisa do medicamento e que há a necessidade de tratamento, seja com receita médica específica, emitida por médico credenciado pelo sistema único de saúde, como também, através de exames laboratoriais e de diagnósticos.

Importante frisar que o médico fazendo uso de relatório deve comprovar a eficácia como também a dosagem adequada ao tratamento, além disso, o medicamento deve obrigatoriamente está registrado na ANVISA.

Para os casos dos medicamentos fora da lista publicada pelo Ministério da Saúde, o sistema único de saúde, tem, também, a obrigação de dispor durante internação como também para tratamentos em casa.

A Lei Maior do Estado brasileiro expressamente aduz que o direito de obter, de maneira gratuita, os medicamentos necessários ao tratamento de saúde, será para todos, ainda que importe dizer que não estão na lista do SUS, e que não são para uso geral e sim essencial para doença específica de determinado grupo de pacientes raros, devido a determinação legal devem ser fornecidos.

O Ministro Gilmar Mendes, como por exemplo, decidiu que, de modo geral, os tratamentos e medicamentos disponibilizados pelo SUS devem ser beneficiados mesmo em desvantagem da escolha reclamada pelo paciente, sempre que não for comprovada a ineficácia da política de saúde existente ao caso particular daquela pessoa (BRASIL, 2010, p. 20).

Para o ministro Gilmar Mendes, se o medicamento não contiver registro na ANVISA, não se deve obrigar que o poder público forneça, contudo existem exceções. Para ele, os medicamentos que não estiverem descrito dentro da lista dos protocolos de saúde, somente devera se disponibilizado comprovando-se a existência de falha terapêutica, ou também na não possibilidade de fazer uso por inadequação do paciente. Assim, observa o Ministro que apesar de ser fora da lista, a melhor forma é que seja de acordo com o médico especialista, pelas substâncias ativas e não pelo laboratório determinado. Entretanto, deixa claro que fica a critério da Administração pública decidir medida diferente desde que seja capaz de atender com eficiência o caso. Não sendo opção ignorar a aplicação do direito que objetiva a manutenção da saúde.

Já no que diz respeito aos tratamentos experimentais, o eminente ministro entende como não sendo possivelmente viável que o SUS disponibilize, devido a indisponibilidade no mercado, observando a importância de distinguir tratamentos experimentais de novos tratamentos que ainda não foram devidamente testados.

Ocorre de maneira diferente quando existam novos medicamentos, que ainda não integrem à lista do Sistema Único de Saúde, porém estes já autorizados em relação a comercialização, então neste caso, ainda que não façam parte da lista, desde que fique comprovado sua eficiência e que é eficaz no tratamento, não se poderá negar o direito ao tratamento, desde, porém, que não haja outros meios.

5.2 O Princípio da Reserva do Possível nas Políticas Públicas de Saúde

O princípio reserva do possível teve seu início com a doutrina alemã, e defendeu que os recursos sejam disponibilizados, em relação as prestações de direitos materiais, utilizando a critério discricionário dos poderes públicos. Então para a doutrina alemã, a reserva o possível é um limite para efetivar os direitos sociais, posto que, deixa discricionárias as decisões onde serão investidos os recursos públicos. Ocorre que há inúmeras críticas em relação a sua aplicação, seja porquê, foi criada por uma sociedade muito distinta da nossa, ou influenciada por outras fontes normativas, de modo que, é utilizada como uma maneira de o poder público não se responsabilizar em relação a não observância constitucional.

Primeiramente, nota-se que o direito não pode ser estudado de maneira isolada, pois de fato as necessidades estão em número incalculáveis, diferentemente dos recursos que são sempre limitados. Percebe-se, também, que não são apenas os direitos sociais que precisam de recursos, posto que os direitos individuais também necessitem de verbas públicas, deixando assim um menor empenho financeiro para os direitos sociais. Sabe-se que o custo dos direitos individuais é relativamente menor quando comparado aos sociais.

De fato isso motiva o legislador a obedecer às determinações constitucionais e no acontecimento de desobediência aos preceitos constitucionais, o judiciário passa a partir deste instante a fazer escolhas em relação às áreas objeto de aplicação orçamentária. Visto que, a administração pública não teria como subsidiar todos os direitos prestacionais. Há vinculação a Constituição para todas as ações e também as despesas, fazendo-se necessária uma consonância com a previsão originária constituinte, assim como previsto no também no orçamento.

Porém, como decidir com o que será gasto o dinheiro público? A resposta para essa questão é que os gastos devem obrigatoriamente estar em conformidade com o que é descrito na Constituição quando tratados de direitos sociais. O princípio da Dignidade da Pessoa Humana garantido por meio do mínimo existencial, sem os quais não existem liberdade e existência, tem um amplo alcance. Caso o mínimo existencial não seja conquistado por meio das escolhas resultantes da reserva do possível, então, as mesmas devem ser julgadas inconstitucionais, porquanto, este o objeto principal dessas escolhas. Infere-se que a reserva do possível não poderá ser acionada pelo administrador, de modo isolado, como obstáculo à concretização dos direitos sociais. Importante e necessária é a relação com o mínimo existencial, que impossibilita a limitação dos serviços essenciais para uma vida com dignidade. Se não observado, gera direito a busca pela aplicabilidade junto ao poder judiciário.

5.3 A Atividade do Poder Judiciário e o Fornecimento de Medicamentos

Os direitos quando violados legitimam o titular deste direito a usar os meios necessários para reparação, que pode ser por processos individuais ou coletivamente, pois as determinações constitucionais gozam de imperatividade. Há uma bagagem de serviços prestacionais, no que diz respeito à saúde, postos a disposição por ordem normativa constitucional.

Desta forma, para atender a imperatividade da Constituição o poder judiciário tem a função de resguardar com suas decisões no julgamento de mérito, atribuindo efetividade aos direitos, seja devido às omissões dos Poderes Público ou pela falta de promoção e ações positivas destes. Sabe-se que existe competência comum entre os entes federativos, ou seja, estes podem ou devem dispor acerca de matérias normativas de caráter constitucional. Então, quer dizer que em relação ao fornecimento de medicamentos, os entes federativos podem exercer competências comuns, as quais deverão ser observadas a luz da Constituição.

Deste modo, os entes federativos não podem se eximir da competência de fornecer medicamentos e tratamentos, visto ser comum entre eles essa obrigação. Através de atos da administração pública serão distribuídos os medicamentos, com objetivo de organização e efetivação, não impossibilitando o acionamento judicial contra qualquer um deles em virtude de violação do direito.

É importante comentar que para o judiciário determinar a alteração da lista de medicamentos, isso de maneira excepcional, é necessário que haja comprovada eficácia do medicamento, não incluídos aí os medicamentos experimentais. E na medida do possível, fazendo escolhas por substâncias disponíveis no Brasil. Deverá ser observado, se o uso é de caráter urgente, de essencialidade na manutenção da vida. Porém não deverá ser aleatório, sendo importante a análise dos critérios mencionados, procurando atribuir às decisões uma efetivação do direito à saúde sem de qualquer modo afetar o funcionamento dos outros serviços por parte do Estado.

5.4 A Supremacia do Interesse Público e o Excesso de Judicialização de Políticas Públicas de Saúde

Quando se fala na supremacia do interesse público é no Direito Administrativo aplicado pelo Estado que interessa, é através da administração pública e mais especificamente em Direito Público com suas características próprias de regime público, este por sua vez é um resultado das características normativas de diversos interesses da sociedade e não particulares considerados em sua particularidade (individualidade), ou seja, a supremacia do interesse público é voltada para a coletividade e não para indivíduo específico, objetivando o interesse eminentemente público coletivo.

O Direito Administrativo é caracterizado normativamente pelo princípio do interesse público sobre o particular e pela indisponibilidade dos interesses públicos. Esta supremacia do interesse público é um atributo do regime jurídico administrativo que se traduz na superioridade do interesse da coletividade sobre o do particular. Tendo como resultado, a localização privilegiada do órgão responsável de zelar pelo interesse público, e a sobreposição de supremacia do órgão nas mesmas conexões. Este primeiro descreve-se em prerrogativas conferidas aos órgãos com o fulcro na oriteção e proteção dos interesses públicos que esses órgãos representam. Já a segunda se expressa na forma da verticalidade que há nas interrelações entre a Administração e os particulares.

Os direitos sociais se posicionam como direitos através do Estado, e não direitos contrários ao Estado, precisando de sua aplicação positiva e amparo material, de forma que ocorra uma prevalência do interesse coletivo sobre os demais, fundamentando-se através das leis e atos administrativos, também através da implementação e execução de políticas públicas que proporcione efetividade e eficiência aos direitos fundamentais. Existe uma

independência e harmonia entre os poderes não podendo ter interferências na esfera de atuação um do outro, para que não ocorra violação da separação dos poderes. Porém, de fato em havendo violação a algum direito constitucional, torna-se legítima uma possível interferência, que tem o objetivo de assegurar e garantir a efetivação e eficácia deste direito.

Deste modo, o exercício dos direitos de defesa só pode ser legitimamente utilizado quando proteger condições materiais mínimas importantes para a real concretização pelo Estado. Estas Condições devem estar amparadas legalmente, ou por atos administrativos, podendo ser também amparadas através da implementação e execução de políticas públicas, as quais representam os planos e estratégias que formam os anseios e necessidades da coletividade.

Os direitos sociais devem ser vistos e interpretados considerando todo o sistema jurídico, e as decisões existentes, repensando-se estas que tiveram influências de teorias internacionais voltados a países desenvolvidos os quais não possuem nossa realidade histórica e cultural, onde socialmente e economicamente existem diferenças distintas e distantes de ser alcançada, posto que, ainda somos subdesenvolvidos.

Pelo princípio da reserva do possível há uma determinação de que os direitos subjetivos que precisem de assistência material do Estado estejam sujeitos à disponibilidade de recursos. Estes inseridos no âmbito da discricionariedade em relação as decisões dos governantes. Alguns autores, tais como: Andreas Joachim Krell (2002, p. 51-52), defende que a responsabilidade para dispor sobre políticas públicas sociais esta na atribuição daqueles que vieram a ser escolhidos pelo voto popular, não sendo atribuição do poder judiciário por meio dos juizes.

Há determinação constitucional que diz que o direito à saúde deve ser missão de todos, sem distinção, e na falta de recursos deverá ser retirado de outras áreas sem ligação aos direitos eminentemente essenciais. Existindo uma relativização nessa área, encaminha-se para decisões perigosas no sentido de não fornecer medicamentos a pacientes terminais ou com doenças incuráveis. De fato, posicionar-se da forma descrita acima não estaria de acordo com o princípio da supremacia do interesse público, posto que, diante de uma sentença judicial, o Poder Executivo tiraria recursos destinados a outras áreas, conseqüentemente não assistindo e desprotegendo os direitos de inúmeros outros em detrimento de apenas um único indivíduo.

Sabe-se que o objetivo da função jurisdicional é que a Constituição subreponha os interesses coletivos, respeitando a dignidade da pessoa humana, que está interligada ao princípio do mínimo existencial. Porém, como ter certeza de que a retirada de recursos de

determinada área para preencher outra garantiria qualquer um desses direitos? Celso Fernandes Campilongo (2002) defendem que deve existir uma atuação presente do Poder Judiciário na função de reanalisar as decisões tomadas pelos outros poderes. Contudo, diversos juristas não aceitam essa ideia se utilizado de argumentos como: ausência de legitimidade democrática e não capacidade funcional para a distribuição dos recursos públicos.

Não é missão do Judiciário a criação de políticas públicas, contudo tem o dever legal de determinar a execução daquelas previstas legalmente. Sendo atípica a atuação que determine mudança de recurso, posto que, não detém conhecimento técnico, nem a titularidade para decidir o que deve ou não ser mudado em relação à desituação dos recursos existentes nos cofres públicos deferindo liminarmente ou em caráter definitivo as instituições das portarias do Ministério da Saúde, podendo causar um grave desequilíbrio nas prestações dos Poderes Públicos, que já são problemáticas.

O Poder Judiciário só deve atuar na busca da justiça no ideal da Constituição, de forma equilibrada e utilizando o princípio da proporcionalidade, ou seja, em consonância com as necessidades de caráter importante para as pessoas, almejando efetivamente a garantia do direito ao mínimo existencial e respeitando o princípio da supremacia do interesse público, posto que, este não colida com os interesses da coletividade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Comentar acerca de um tema de tamanha complexidade e atualidade, que diariamente é noticiado pelos meios de comunicação gerando polêmica em alguns casos, é adentrar em um mundo repleto de pedras pelo caminho, e muitas vezes de complexa compreensão. Ao se falar sobre saúde pública se fez necessário aprofundar nos princípios e conceitos de diversas áreas da ciência.

O princípio da dignidade da pessoa humana, abordado neste trabalho, representa um atributo inerente do ser humano, pela teoria defendida por Kant o homem é digno por sua própria natureza, pelo caráter de humanidade, precisando apenas nascer com vida para ser valorizado como titular de direitos fundamentais e destinatário das responsabilidades do Estado, e assim goze dos direitos, inerentes à personalidade humana.

Apesar de, essa característica pertencer ao ser humano, e até ser definida como princípio norteador máximo do Estado Democrático de Direito e fundamento da República Federativa do Brasil descrito na Constituição Federal, o Sistema de Saúde brasileiro vive em situação lamentável, sendo deficiente em sua grande totalidade, visto que os hospitais com lotação acima do aceitável, seus corredores muitas vezes com macas pelo chão, sem a higiene necessária e com falta de alimentação adequada, cirurgias não realizadas por falta da estrutura adequada, e uma grande escassez de profissionais especializados nas atribuições assistenciais de saúde.

Assim, tudo isso confronta o preceituado na Constituição Federal, que mesmo ainda depois de elevar ao patamar de direito social fundamental o direito à saúde, continua não tendo efetividade ocorrendo o desrespeito a lei Maior e a todo arcabouço normativo, gerando uma sensação de abandono pela ineficácia da aplicação legal.

Com o objetivo de entender o Sistema de Saúde Brasileiro, inicialmente foi realizado uma abordagem a cerca da dignidade, explanando o princípio da dignidade da pessoa humana, sendo demonstrado breves apontamentos sobre os direitos inerentes ao ser humano e sua atuação no que diz respeito à normatividade jurídica brasileira. Também foi descrito de forma rápida o histórico do direito à saúde no Brasil, sendo esclarecida a concepção de saúde e posteriormente encerrando com o direito à saúde em na Constituição Federal de 1988.

Nas ponderações realizadas sobre o Direito à Saúde foram apresentadas explicações acerca dos artigos que tratam especificamente da saúde da Carta Magna, abordamos a criação do Sistema Único de Saúde - SUS, e seus princípios: universalidade, integralidade, descentralização, e participação social, tratamos também das diretrizes, objetivos e atribuições do Sistema.

Deduz-se então, que é necessário fazer questionamentos e reflexões em relação à saúde, acompanhar o nível de satisfação e qualidade da prestação do serviço de saúde a população, para debater melhoras e exigir que sempre haja políticas públicas eficazes com objetivo a garantir, como constitucionalmente está descrito, os direitos relacionados à saúde. Há inúmeras possibilidades, na garantia desse direito, as quais devem ser pensadas pelo Estado a fim de se chegar concretização do que diz o texto legal.

Sabe-se que a maior parcela da população precisa de assistência médica para viver com dignidade, então de fato, é atribuição do Estado trabalhar e buscar concretizar as leis que asseguram o direito de saúde.

Abordou-se também, sobre o Poder Judiciário em seu papel de decidir e impor a obrigação legal, tal como descrita em lei, para que não ocorra uma desacreditação por parte da sociedade nas leis que regulamentam direitos à saúde, e não se torne conhecido pelo descaso generalizado em decisões de caráter eminentemente político.

Por sua vez, a parte da população que não é atendida, por diversos motivos expostos acima, e também por falta do conhecimento dos seus direitos, tornam o país subdesenvolvido no aspecto de assistencialismo básico, que garantam uma mínima dignidade. Então seja pela falta de condições materiais, seja porque o Poder Judiciário estar tonando-se conhecido por seu descaso na área da saúde pública, para a maioria das pessoas não é possível uma solução para o problema da saúde.

Defronte de tantos problemas e questões pode-se dizer que há uma contabilidade negativa em relação à saúde pública em nosso país.

Chega-se a conclusão, não satisfatório, de que a apesar de está presente na lei a importância e valorização ao princípio da dignidade humana como fundamento da democracia brasileira, tornou-se insatisfatório, para que a dignidade seja efetivada. De forma que, o princípio abordado e o direito à saúde não são respeitados, isto pôde ser demonstrado aqui, sem falar dos aspectos que são desconhecidos e que por isso dificultam a demonstração precisa da realidade atual do sistema de saúde.

Com toda essa abordagem doutrinária do direito à saúde, viu-se que apesar do caráter universal, igualitário, e descentralizado, há de fato ainda grande necessidade de implementações de programas que tenham o objetivo de elevar o nível, com promoção e pesado investimento na saúde. Demonstraram-se através de fundamentos e bases teóricas, utilizados ao longo deste trabalho, que é imprescindível o estabelecimento de melhoria, avanços e de novas tecnologias nas unidades de saúde, e que estejam abrigados e voltados para a dignidade humana, seja por meio dos direitos fundamentais republicano, dos diplomas, convenções e também de tratados sobre o tema, visto que o Estado tem a responsabilidade legal, devendo manter uma postura de assistencialismo e de garantismo, mantendo como um de seus eixos principais, o direito fundamental social à saúde, em que se atribui normatividade máxima.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Fernando Barcellos de. *Teoria Geral dos Direitos Humanos*. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris editor, 1996.

ALMEIDA, R. L., & Acioli, C. G. (s.d.). *A Judicialização de Políticas Públicas de Saúde referentes ao fornecimento de medicamento e a efetividade do princípio da supremacia do interesse público*. 2010. 22f. Trabalho de Graduação (Graduação em Direito)- Centro Universitário CESMAC, Alagoas, 2010.

ANDRADE, Elizabeth Nogueira de; ANDRADE, Edson de Oliveira. *O SUS e o direito à saúde do brasileiro: leitura de seus princípios, com ênfase na universalidade da cobertura*, Revista Bioética, Manaus/AM, 74f. 2010.

BAHIA, Cláudio José Amaral. *O direito social à saúde na Constituição Federal de 1988: reserva do possível e mínimo existencial – limites*. Bahia, 2009. Disponível em: <https://scholar.google.com.br/scholar?hl=ptBR&as_sdt=0,5&cluster=11960689857944127366>. Acesso em: 03 mar. 2019.

BENEVIDES, Maria Victoria. *Luzes e trevas da paixão igualitária: a situação contemporânea dos direitos humanos no Brasil*. Caros Amigos – Edição Especial, n.15, p.4, nov.2002.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. *História da saúde pública no Brasil*. 11. ed. São Paulo: Ática, 2008.

BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/ac/biblioteca/livro_bobbio_era_direitos.pdf> Acesso em: 28 fev.2019

BONAVIDES, Paulo. *Ciência política*. São Paulo: Malheiros Editores, 1998.

_____. *Curso de Direito Constitucional*. São Paulo: Malheiros, 2006.

_____. *Teoria Constitucional da Democracia Participativa*. São Paulo: Malheiros, 2001.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado 1988.

_____. Constituição (1824) *Constituição Política do Império do Brasil*. Rio de Janeiro, 1824. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao24.htm> Acesso em 30 março de 2019.

_____. Constituição (1934) *Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil*. Rio de Janeiro, 1934. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao34.htm> Acesso em 30 de março 2019.

CAMPILONGO, Celso Fernandes. *Política, Sistema Jurídico e Decisão Judicial*. São Paulo: Max Limonad, 2002.

CANOTILHO, J. J. Gomes, *Direito Constitucional e Teoria da Constituição*. Edições Almeida, Coimbra, Almedina, 2003.

_____. *Constituição dirigente e vinculação do legislador*. 2. ed. Coimbra: Almedina. 2001.

_____. *Direito constitucional*. 6. ed. Coimbra: Almedina. 1993.

CAVALCANTE, Lara Campelo. *O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana como fundamento da produção da existência em todas as suas formas*. Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 2007.

CLÈVE, Clèmerson Merlin. *Temas de direito constitucional*. 2. ed. rev., atual. e ampl. Belo Horizonte: Fórum, 2014.

COMPARATO, Fábio Konder. *Afirmção histórica dos Direitos Humanos*. 7.ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

CRUZ, Marly Marques da. *Histórico do sistema de saúde, proteção social e direito à saúde*. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/arquivo/2164>. Acesso em: 10 mar. 2019.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS (1948). Disponível em: <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2019.

FERRAZ, Octávio. *“De quem é o SUS?”*. 2005. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniaofz2012200709.htm>>. Acessado em: 26 de fevereiro de 2019.

FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. *Direitos humanos fundamentais*. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

HEGEL, Georg Wilhelm Friedrich, 1770-1831. *Princípios da filosofia do direito* / G.W.F. Hegel; tradução Orlando Vitorino. 1. ed. São Paulo : Martins Fontes, 1997.

HERKENHOFF, João Baptista. *Curso de Direitos Humanos: Gênese dos Direitos Humanos*. São Paulo: Acadêmica, 2002.

HESSE, Konrad. *Elementos de Direito Constitucional da República Federal da Alemanha*. Trad. Luís Afonso Heck. Porto Alegre: Safe, 1998.

KANT, Immanuel. *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Portugal, Lisboa: Edições 70, 1986.

KRELL, Andreas Joachim. *Direitos sociais e controle judicial no Brasil e na Alemanha: os (dês) caminhos de um direito constitucional “comparado”*. Porto Alegre: Sérgio Antonio Fabris Editor, 2002. p 51,52.

LAFER, Celso. *A ruptura totalitária e a reconstrução dos direitos humanos*. 1. ed. São Paulo, Rumo, 1988.

LEITE, Glauco Salomão; LEITE, George Salomão (Coord). *Dos Princípios Constitucionais: Considerações em torno das normas principiológicas da Constituição*. 2. ed. rev. Atual. e Ampl. São Paulo: Método, 2008. p. 22.

LIMA, George Marmelstein. *Efetivação do direito fundamental à saúde pelo poder judiciário*. 2003. 90f. Monografia (Especialização em Direito Sanitário)- Universidade de Brasília, Brasília, 2003.

MIRANDOLA, Giovanni Pico Della. *Discurso Sobre a Dignidade do Homem*. Curitiba, Textos Filosoficos Edicoes 70, 1998.

PAIM, Jairnilson. *O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios*. Bahia, 2011. Disponível em: < http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf > Acessado em: 26 de fevereiro de 2019.

PINTO, Márcio Alexandre da Silva Pinto; CARVALHO, Heitor Humberto do Nascimento. *A evolução do direito à saúde pública da cidadania brasileira*, 2008. 22f. Iniciação Científica, Universidade Federal de Uberlândia – UFU, Uberlândia, 2008.

PIOVESAN, Flávia. Direitos Humanos. *O Princípio da Dignidade Humana e a Constituição Brasileira de 1988*. Revista dos Tribunais, vol. 833, Mar/2005, p.41.

REALE, Miguel. *Lições preliminares de direito*. 27 ed. São Paulo: Saraiva 2002, p. 305.

RÊGO, Geovanna Patrícia. *A incorporação dos direitos humanos no direito constitucional*. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direito /anthistbr/introducao.html>>. Acesso em: 23 fev. 2019.

REGO, José Pereira. *Memória histórica das epidemias de febre-amarela e cholera-morbo que tem reinado no Brasil*. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1873. Dos princípios constitucionais: considerações em torno das normas principiológicas da constituição”, 2008.

ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*. Salvador, Unesp Hucitec, 1994.

SARLET, Ingo Wolfgang. *Dignidade da Pessoa Humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988*. 9. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011.

SÁ JUNIOR, Luis Salvador de Miranda. *Desconstruindo a definição de saúde*. Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM), jul/ago/set de 2004. p. 15-16. Disponível em: <<http://saude.br/dis/pg/Def-Saude.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2019.

SCLIAR, Moacyr. *História do conceito de saúde*. Revista Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2007.

SILVA, De Plácido e. *Vocabulário Jurídico/Atualizadores*: Nagib Slaibi Filho e Gláucia Carvalho. 26. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2006.

SILVA, E. B. (s.d.). *Poder judiciário e controle de políticas públicas de efetivação de direitos*. Revista de Direito Público, Londrina, 75f. 2012.

SILVA, Rodnei Pereira da. *A Evolução dos Direitos Humanos*. 2016. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/54256/a-evolucao-dos-direitos-humanos>> Acesso em: 1 mar. 2019

SILVA, Suzana Tavares da. *Revisitando a garantia da tutela jurisdicional efectiva dos administrados*. Revista de Direito Público e Regulação. Coimbra, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, n. 5, p. 129, mar-2010

TEIXEIRA, Carmem. *Os princípios do Sistema Único de Saúde*. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/132184555/Os-Principios-Do-Sus>>. Acesso em: 02 mar. 2019.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila. *Política de saúde e equidade*. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100007>. Acesso em: 18 mar. 2019.

VILAS BOAS, Marco Antonio. *Estatuto do idoso comentado*. Rio de Janeiro: Forense, 2009.