

**O DIREITO SOCIAL À SAÚDE NO BRASIL E AS DIFICULDADES ENFRENTADAS
PELA “RALÉ BRASILEIRA” PARA SUA EFETIVIDADE**

***THE SOCIAL RIGHT OF HEALTH IN BRAZIL AND THE DIFFICULTIES FACED BY
“BRAZILIAN RABBLE” FOR EFFECTIVENESS***

Scheila Barbosa dos Santos¹

Daniel de Oliveira Godoy Junior²

RESUMO: Devido a redemocratização do Brasil, a promulgação da carta magna em 1988, a valorização dos direitos humanos e a elevação da dignidade da pessoa humana ao cerne do texto constitucional, os direitos sociais ocuparam lugar de destaque junto ao bojo de direitos e garantias fundamentais. Dentre eles encontra-se o direito à saúde, universalizado, mas cheio de desafios na sua construção e efetiva concretização. O presente trabalho tem como objetivo apresentar alguns aspectos do direito social à saúde a partir do histórico e da realidade no Brasil, principalmente, devido à dificuldade da “ralé brasileira” – os despossuídos segundo Jessé de Souza – em ter acesso a um serviço de qualidade ou muitas vezes, sequer usufruir do direito à saúde de forma digna.

Palavras-chave: Constituição, Direitos Sociais, Direito à saúde, “ralé”.

ABSTRACT: Due to the redemocratization of Brazil, the enactment of the Magna Carta in 1988, the development of human rights and elevation of human dignity to the centre of the

¹ Mestranda em Direitos Fundamentais e Democracia pelas Faculdades Integradas do Brasil – UNIBRASIL; graduada em Direito pela UNIBRASIL; graduada em Secretariado Executivo pela PUC-PR; pós-graduada em Gestão de Pessoas pela Faculdade Dom Bosco; membro dos Grupos NUPECONST – Núcleo de Pesquisas em Direito Constitucional – e de Pesquisa em Direito Civil-Constitucional da UNIBRASIL; assim como do Grupo de Estudos em Direitos Fundamentais (GEDF) da PUCRS (todos vinculados ao CNPq); advogada com área de concentração em Biodireito e Direito Médico, consultora jurídica nas áreas de operadoras de planos de saúde e cooperativas médicas.

² Mestrando em Direitos Fundamentais e Democracia pelas Faculdades Integradas do Brasil – UNIBRASIL; graduado em Direito pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (1985); pós-graduado em Direito Administrativo pela FESP; pós-graduado em Direitos Humanos pela Universidad Pablo de Olavide (Espanha). Advogado, com atuação para sindicatos de trabalhadores e de empresas no Estado do Paraná; é Vice-Presidente da Comissão da Verdade no âmbito da Seccional da OAB Paraná (2012/2014). Foi membro do Conselho Estadual de Trânsito representando o Município de Londrina - 2002/2003 e assessor Especial do Governador do Estado do Paraná exercendo a função de Secretário Especial de Governo - 2003-2004; Presidente do Conselho de Política Automotiva do Paraná (Decreto 2.300 de 09.12.2003) e Coordenador do Programa de Expansão do Setor Sucro-Alcooleiro do Estado do Paraná (Decreto 3493, de 19.08.2004).

Constitution, the social rights have occupied a prominent place near of the rights and guarantees fundamental. Among them is the right to health, universalized, but full of challenges in their construction and effective implementation. This paper aims to present some aspects of the social right to health from the history and reality in Brazil, mainly due to the difficulty of the "Brazilian rabble" - the dispossessed second Jesse Souza - having access to a quality service or often even enjoy the right to health in a dignified manner.

Keywords: Constitution, Social Rights, Right to Health, "rabble".

INTRODUÇÃO

O pós-guerra foi o momento dos países repensarem suas constituições em busca de uma visão mais humanitária, já que o Holocausto mostrou todo arbítrio do homem sobre o homem. No Brasil, o período ditatorial também gerou desrespeito a direitos de toda soma, especialmente, no tocante a liberdade e igualdade.

A Constituição Federal de 1988 foi um grande marco, pois além de contribuir para a redemocratização do país, assegurou direitos e garantias individuais inexistentes e suscitou transformações que importaram na noção de uma nova ideia de Direito, possibilitando a concepção do Estado Social e Democrático de Direito.

A dignidade da pessoa humana foi levado ao cerne da carta magna e com isso se reforçou os direitos sociais, especialmente o direito de todos à saúde e à educação por meio de um dever prestacional por parte do Estado. Entretanto, a concretização destes direitos não tem sido fácil, em decorrência especialmente da necessidade de investimento e da criação e aplicação de políticas públicas.

A relação entre direito e saúde existe de longa data, vez que os primeiros cursos universitários instituídos no país foram justamente medicina e direito, todavia, a interface entre cidadania e bem estar parece não estar completa. Apesar de legislações que regularam a saúde pública (Lei 8.080/90) e a saúde privada (Lei 9.656/98), a insatisfação da população acerca da saúde é geral.

No caso da "ralé brasileira" – indivíduos assim denominados por Jessé de Souza devido ao seu caráter de exclusão social – a situação é ainda pior. Muitas vezes sem acesso ao considerado mínimo existencial pelo direito, os "despossuídos" sequer chegam a conhecer um atendimento médico de qualidade e/ou efetivamente usufruir do tão universal e almejado direito à saúde.

Foi neste contexto de desigualdade, onde as endemias são negligenciadas por não serem economicamente rentáveis para produção de medicamentos devido ao fato de serem “doenças de pobre”, que se deve perceber e fomentar um real olhar da Sociedade e do Direito brasileiros frente a “ralé”.

Por esta nova (velha) visão obrigar a uma análise da universalização (por meio do SUS – Sistema Único de Saúde) da saúde no Brasil, o presente artigo visa contribuir na discussão da efetividade deste importante direito social, assim como, dos fatores que contribuem para os atuais percalços na promoção do direito à saúde.

O DIREITO SOCIAL À SAÚDE NO BRASIL E AS DIFICULDADES ENFRETADAS PELA “RALÉ BRASILEIRA” PARA SUA EFETIVIDADE

A Constituição Federal brasileira vigente nasceu tanto do movimento em busca da redemocratização do país³ pós período ditatorial, quanto pela crise social que assolou a nação nas décadas de 70 e 80. Considerada como uma constituição cidadã⁴, foi iniciada no compromisso de campanha de Tancredino Neves (eleito em 15/01/1985), sendo que “[...] após dezoito meses de trabalho, culminando um processo constituinte exaustivo e desgastante, muitas vezes subjugado pela política ordinária” (BARROSO, 2008, p. 14), promulgou-se a Constituição da República Federativa do Brasil aos 5 de outubro de 1988.

Com ela houve uma superação da ideia de Estado com fim em si próprio, que o Brasil havia vivenciado no seu período ditatorial, ou seja, o Estado passa a representar o mecanismo de alcance para o bem estar social. Nas palavras de Barcellos (2002, p. 26), “O Estado e todo o seu aparato, portanto, são meios para o bem-estar do homem e não fins em si mesmos ou meios para outros fins. Este é, bem entendido, o valor fundamental escolhido pelo constituinte originário, o centro do sistema, a decisão política básica do Estado brasileiro.”

A Constituição Federal (CF) de 88 representou um avanço institucional e sacramentou a transição de um Estado autoritário para o Estado Democrático de Direito. Relevante esclarecer que o fato não significou apenas unir os conceitos de Direito de Estado e

³ Os anos que precederam a promulgação da Constituição Brasileira de 1988 foram tensos e turbulentos, vez que, apesar da promoção da anistia e liberdade partidárias pelo novo presidente General João Baptista Figueiredo, as forças ditatoriais se manifestaram em atos de violência contra a redemocratização. (BARROSO, 2008, p. 7).

⁴ Em 27 de julho de 1988, Ulysses Guimarães proferiu discurso enquanto presidente da Assembleia Constituinte, no qual afirmou “essa será a Constituição cidadã. Porque recuperará como cidadãos milhões de brasileiros.” P. 12151. (BRASIL. **Diário...**, 1988).

Estado Democrático, mas sim a criação de um novo patamar, por isso a importância do art. 1º da carta magna, que proclama e funda o Estado Democrático de Direito quando afirma que a República Federativa do Brasil se constitui desse Estado. Ademais, baseia-se na democracia como valor fundante:

A democracia que o Estado Democrático realiza há de ser um processo de convivência social numa sociedade livre, justa e solidária (art. 3º, I), em que o poder emana do povo, e deve ser exercido em proveito do povo, diretamente ou por representantes eleitos (art. 1º, parágrafo único); participativa, porque envolve a participação crescente do povo no processo decisório e na formação dos atos de governo; pluralista, porque respeita a pluralidade de idéias, culturas e etnias e pressupõe assim o diálogo entre opiniões e pensamentos divergentes e a possibilidade de convivência de formas de organização e interesses diferentes da sociedade; há de ser um processo de liberação da pessoa humana das formas de opressão que não depende apenas do reconhecimento formal de certos direitos individuais, políticos e sociais, mas especialmente da vigência de condições econômicas suscetíveis de favorecer o seu pleno exercício. (SILVA, 2004, p. 119-120).

Segundo Silva (2004, p. 120):

É um tipo de Estado que tende a realizar a síntese do processo contraditório do mundo contemporâneo, superando o Estado capitalista para configurar um Estado promotor da justiça social que o personalismo e o monismo político das democracias populares sob o influxo do socialismo real não foram capazes de construir.

Para tanto, diferentemente da ditadura, valeu-se da democracia, pois “[...] como realização de valores (igualdade, liberdade e dignidade da pessoa) de convivência humana, é conceito mais abrangente que o Estado de Direito.” (SILVA, 2004, p. 112).

Bastos (1994, p. 38) esclarece que:

A idéia democrática é eminentemente evolutiva e hoje abre muito espaço não só à procura de fazer valer a vontade popular, como de não buscar a sua representação apenas nos legisladores eleitos, mas também nas organizações civis da sociedade, tais como: sindicatos, associações de classe, partidos políticos, enfim, em diversos setores organizadores da sociedade nos quais se procura um contrapeso para o próprio Estado. É, portanto, uma democracia calcada fundamentalmente na divisão do poder, não somente na divisão clássica, que triparte o poder em três órgãos diferentes: Legislativo, Executivo, e Judiciário, mas com reconhecimento de diversos outros poderes dentro da sociedade: os poderes locais, regionais, municipais, dos Estados-Membros, as províncias, aqueles existentes dentro da organização econômica, a indústria, assim como das igrejas, das manifestações de defesa do consumidor, enfim, tudo aquilo que possa representar a expressão dos diversos segmentos da vontade popular.

Sendo uma particular maneira de ser do Estado (BASTOS, 1999, p. 38), a Constituição traz preceitos imperativos para ordenação jurídica (TEMER, 2007, p. 17) de uma

nação. No caso da CF 88, tais preceitos trouxeram grandes avanços⁵ e conquistas aos cidadãos e aos três poderes⁶, mas também, trouxeram grandes responsabilidades ao Legislativo, Executivo e Judiciário, pois justamente por seu caráter cidadão, a constituição brasileira valorizou os direitos e garantias individuais, garantiu direitos políticos e sociais e elevou o princípio da dignidade da pessoa humana ao seu núcleo central.

Classificados como direitos fundamentais, nas palavras de Moraes, tais direitos são colocados “em elevada posição hermenêutica em relação aos demais direitos previstos no ordenamento jurídico.” (MORAES, 2011, p. 10). Ademais, tais direitos possuem características importantes, quais sejam:

- *imprescritibilidade*: os direitos humanos fundamentais não se perdem pelo decurso do prazo;
- *inalienabilidade*: não há possibilidade de transferência dos direitos humanos fundamentais, seja a título gratuito, seja a título oneroso;
- *irrenunciabilidade*: os direitos humanos fundamentais não podem ser objeto de renúncia. ...;
- *inviolabilidade*: impossibilidade de desrespeito por determinações infraconstitucionais ou por atos das autoridades públicas, sob pena de responsabilização civil, administrativa e criminal;
- *universalidade*: a abrangência desses direitos engloba todos os indivíduos, independentemente de sua nacionalidade, sexo, raça, credo ou convicção político-filosófica;
- *efetividade*: a atuação do Poder Público deve ser no sentido de garantir a efetivação dos direitos e garantias previstos, com mecanismos coercitivos para tanto, uma vez que a Constituição Federal não se satisfaz com o simples reconhecimento abstrato;
- *interdependência*: as várias previsões constitucionais, apesar de autônomas, possuem diversas intersecções para atingirem suas finalidades. ...;
- *complementariedade*: os direitos humanos fundamentais não devem ser interpretados isoladamente, mas sim de forma conjunta com a finalidade de alcance dos objetivos previstos pelo legislador constituinte. (MORAES, 2011, p. 11, grifo do autor).

Silva afirma que o “[...] reconhecimento dos direitos fundamentais do homem, em enunciados explícitos nas declarações de direitos, é coisa recente, e está longe de se esgotarem suas possibilidades, já que cada passo na etapa da evolução da Humanidade importa na conquista de novos direitos.” (SILVA, 2012, p. 149). Relevante lembrar que tal evolução decorreu das declarações de direitos⁷ que, justamente para ter assegurada a efetividade, tiveram sua inscrição no texto das constituições.

⁵ Reis afirma que “No atual sistema constitucional, fora estabelecido a tripartição dos poderes conforme teoria desenvolvida no século XVI pelo Montesquieu. Além do sistema check and balances (freios e contra pesos) dos Poderes da República com a ampliação do sistema de controle de constitucionalidade pelo Poder Judiciário e ampliação dos legitimados para propositura de tais ações.” (REIS, 2013).

⁶ Barroso ressalta que “A nova Constituição, ademais, reduziu o desequilíbrio entre os Poderes da República, que no período militar haviam sofrido o abalo da hipertrofia do Poder Executivo, inclusive com a retirada de garantias e atribuições do Legislativo e do Judiciário. A nova ordem restaurou e, em verdade, fortaleceu a autonomia e a independência do Judiciário, assim como ampliou as competências do Legislativo.” (BARROSO, 2008, p. 30).

⁷ Sobre a “Formação das Declarações Históricas de Direitos”, ver Silva (2012, p. 150-171).

Ressalte-se que segundo Sarlet (2001), para que se possa compreender o conteúdo, a importância e as funções dos direitos fundamentais, imprescindível se faz verificar suas dimensões⁸. Para tanto, classifica os direitos civis e políticos como sendo de primeira dimensão; os direitos econômicos, sociais e culturais como segunda dimensão; os direitos de solidariedade e fraternidade como terceira dimensão. Wolkmer (2003, p. 12-16) afirma ainda que há uma quarta e quinta dimensões, quais sejam, de direitos referentes à biotecnologia, à bioética e à regulação da engenharia genética; assim como, de direitos advindos das tecnologias da informação (Internet), do ciberespaço e da realidade virtual em geral, respectivamente.

Segundo Silva (2012, p. 184), podemos classificar os direitos fundamentais em cinco grupos, quais sejam: (1) direitos individuais (art. 5º); (2) direitos à nacionalidade (art. 12); (3) direitos políticos (arts. 14 a 27); (4) direitos sociais (arts. 6º e 193 e ss.); (5) direitos coletivos; (art. 5º); (6) direitos solidários (arts. 3º e 225). Ressalte-se que:

A Constituição agora, fundamenta o entendimento de que as categorias de direitos humanos fundamentais, nela previstos, integram-se num todo harmônico, mediante influências recíprocas, até porque os direitos individuais, consubstanciados no seu art. 5º, estão contaminados de dimensão social, entre eles, e os direitos de nacionalidade e políticos, lhes quebra o formalismo e o sentido abstrato. Com isso, transita-se de uma democracia de conteúdo basicamente político-formal para a democracia de conteúdo social, se não de tendência socializante. Quanto mais precisos e eficazes se tornem os direitos econômicos, sociais e culturais, mais se inclina do liberalismo para o socialismo. Transforma-se a pauta de valores: o liberalismo exalta a *liberdade individual*, formalmente reconhecida, mas, em verdade, auferida por pequeno grupo dominante; o socialismo realça a *igualdade material* de todos como a única base sólida em que o efetivo e geral gozo dos direitos individuais de liberdade encontra respaldo seguro. A antítese inicial entre direitos individuais e direitos sociais tende a resolver-se numa síntese de autêntica garantia para a democracia, na medida em que os últimos forem enriquecendo-se de conteúdo e eficácia. (SILVA, 2012, p. 184-185).

Respeitada a relevância dos direitos apresentados para cada dimensão, neste trabalho importante distinção se faz para a segunda dimensão, já que desta decorrem os direitos sociais, que para Moraes (2011, p. 23-24) podem ser caracterizados como verdadeiras “[...] liberdades positivas, de observância obrigatória em um Estado Social de Direito, tendo por finalidade a melhoria das condições de vida dos hipossuficientes, visando à concretização da igualdade social, que configura um dos fundamentos de nosso Estado Democrático”. Nas

⁸ Alguns autores utilizam o termo “gerações”, ainda que a doutrina alegue que tal nomenclatura poderia desencadear a falsa ideia de que conforme fossem evoluindo, ocorreria uma substituição de uma geração por outra, o que jamais poderá acontecer. (DIÓGENES JR.; 2012).

palavras de Araújo (2005, p. 116), os direitos sociais “são aqueles que exigem uma atividade prestacional do Estado, no sentido de buscar a superação das carências individuais e sociais.”

Surgiram no final do século XIX, quando o impacto da industrialização e os graves problemas sociais e econômicos geraram amplos movimentos de reivindicação para o reconhecimento de direitos, principalmente, atribuindo ao Estado comportamento ativo na realização de justiça social (SARLET, 2001, p. 51). Nas constituições brasileiras os direitos sociais só apareceram de forma explícita no texto de 88, visto que apesar do surgimento de um capítulo sobre direitos econômicos e sociais do homem no texto de 1824 (SILVA, 2012, p. 167), estes não tiveram maior repercussão e principalmente, nenhuma aplicação na época da ditadura militar.

Em síntese feita acerca do processo de evolução dos direitos sociais nas constituições brasileiras⁹, Sarlet; Marinoni e Mitidiero (2013, p. 557) afirmam que:

é preciso enfatizar que os direitos sociais somente podem ser compreendidos (e aplicados) de modo adequado a partir de uma análise conjunta e sistemática de todas as normas constitucionais que direta e indiretamente a eles se vinculam, bem como à luz de toda a legislação infraconstitucional e da jurisprudência que os concretiza. Além disso, na sua condição de direitos fundamentais ... os direitos sociais exigem uma abordagem que esteja em permanente diálogo com a teoria geral dos direitos fundamentais.

Marmelstein (2011, p. 202-203) ressalta que:

os direitos fundamentais devem ser vistos como direitos interdependentes e indivisíveis. Não basta proteger a liberdade sem que as condições básicas para o exercício desse direito sejam garantidas. Por isso, o constituinte brasileiro foi bastante feliz ao positivar, junto com os demais direitos fundamentais, os chamados direitos econômicos, sociais e culturais, que são inegavelmente instrumentos de proteção e concretização do princípio da dignidade da pessoa humana, pois visam garantir as condições necessárias à fruição de uma vida digna.

Na carta magna, os direitos sociais constam do Título II – Dos Direitos e Garantias Fundamentais, no Capítulo II, artigo 6º, “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.” (SABATOVSKI; FONTOURA (org.), 2013); e do Título VIII que trata da “Ordem Social”, onde diversos direitos podem ser vistos, como os previstos nos artigos 196, 203, etc.

⁹ Sobre toda a evolução dos direitos sociais, ver mais em “Generalidades: os direitos sociais no quadro da evolução constitucional brasileira”. (SARLET; MARINONI e MITIDIERO, 2013, p. 554-557).

Outro fator relevante a esclarecer é o caráter de aplicabilidade dos direitos sociais, uma vez que estes são considerados como normas de dimensão programática, ou seja, que “reclamam uma concretização legislativa” (SARLET, 2012, p. 290). Nas palavras de Sarlet (2012, p. 293) “[...] estas normas são dotadas de eficácia e não podem ser consideradas meras proclamações de cunho ideológico ou político”, tanto pelo contido no parágrafo 1º do artigo 5º da CF – As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata. – quanto porque

Os direitos fundamentais prestacionais de cunho programático constituem parâmetro para a interpretação, integração e aplicação das normas jurídicas (demais normas constitucionais e normas infraconstitucionais), já que contêm princípios, diretrizes e fins que condicionam a atividade dos órgãos estatais e influenciam, neste sentido, toda a ordem jurídica, resultando, ainda neste contexto, no condicionamento da atividade discricionária da Administração e do Poder Judiciário na aplicação, interpretação e concretização de suas normas e das demais normas jurídicas. (SARLET, 2012, p. 297)

Acerca do assunto, também é posição do Superior Tribunal Federal que:

O caráter programático das regras inscritas no texto da Carta Política não pode converter-se em promessa constitucional insequente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado.¹⁰ (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL..., 2004).

No tocante a concretização dos direitos sociais, embora não seja tratado neste artigo, importante se faz o entendimento do STF acerca do conflito entre a reserva do possível e o mínimo existencial (onde de um lado o Estado afirma que não há recursos para custear a assistência médica, pois as verbas já foram divididas e aplicadas; e no outro os princípios e direitos fundamentais constitucionais garantem o acesso de todos a uma vida digna).

Não deixo de conferir, no entanto, assentadas tais premissas, significativo relevo ao tema pertinente à "reserva do possível" (STEPHEN HOLMES/CASS R. SUNSTEIN, "The Cost of Rights", 1999, Norton, New York), notadamente em sede de efetivação e implementação (sempre onerosas) dos direitos de segunda geração (direitos econômicos, sociais e culturais), cujo adimplemento, pelo Poder Público, impõe e exige, deste, prestações estatais positivas concretizadoras de tais prerrogativas individuais e/ou coletivas. É que a realização dos direitos econômicos, sociais e culturais - além de caracterizar-se pela gradualidade de seu processo de concretização - depende, em grande medida, de um inescapável vínculo financeiro subordinado às possibilidades orçamentárias do Estado, de tal modo que, comprovada, objetivamente, a incapacidade econômico-financeira da pessoa estatal, desta não se poderá razoavelmente exigir, considerada a limitação material referida,

¹⁰ Trecho da ADPF 45 MC/DF, julgamento em 29 de abril de 2004, na qual foi relator o ministro Celso de Melo.

a imediata efetivação do comando fundado no texto da Carta Política. Não se mostrará lícito, no entanto, ao Poder Público, em tal hipótese - mediante indevida manipulação de sua atividade financeira e/ou político-administrativa - criar obstáculo artificial que revele o ilegítimo, arbitrário e censurável propósito de fraudar, de frustrar e de inviabilizar o estabelecimento e a preservação, em favor da pessoa e dos cidadãos, de condições materiais mínimas de existência. (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL..., 2004).

Nas palavras de Hesse (1991, p. 22), “Se o direito [...] têm a sua eficácia condicionada pelos fatos concretos da vida, não se afigura possível que a interpretação faça deles tabula rasa. Ela há de contemplar essas condicionantes, correlacionando-as com as proposições normativas da Constituição.” Assim, para que o povo possa usufruir de um Estado Social de Direito, deve a Constituição promover e garantir os direitos fundamentais, por meio da concretização de seus postulados normativos.¹¹

O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

Importante conquista sacramentada no rol de direitos sociais previstos no artigo 6º da carta magna é o direito à saúde, que no Brasil se apresenta de forma concomitante como:

- um direito individual, pois é pertencente a cada indivíduo e não pode ser violado pelo Estado, ensejando uma abstenção política deste em relação à realização de qualquer prejuízo à saúde do cidadão; um direito social, pois diz respeito à esfera pública e deve ser objeto de políticas sociais, ensejando uma ação do Estado para a redução de desigualdades e a efetivação de direitos com a implementação de ações e estratégias governamentais; - um direito de participação, pois pressupõe a participação popular de forma ativa no processo de formulação, execução e fiscalização de políticas de saúde, de forma plural e com expressão nos três entes da federação. (ASENSI, 2013, p. 154)

Entretanto, antes de adentrar ao direito à saúde, se faz necessário falar da evolução do conceito “saúde”, vez que este passou por grande mudança desde o Império. Para Polignano (s.d.), a “saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do estado brasileiro, sendo sempre deixada na periferia do sistema, ... tanto no que diz respeito a solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população, quanto na destinação de recursos direcionados ao setor saúde.”

A história nos mostra que entre 1500 e o primeiro reinado inexistiu um modelo de saúde, vez que além da cura ser realizada por curandeiros, foi somente a partir da vinda da

¹¹ Sobre os direitos fundamentais e o Estado Social Democrático de Direito, ver mais em Maliska (2001, p. 46-57), assim como, sobre Estado Social ver Bonavides (2013, p. 165-204).

família real ao Brasil que se viu a necessidade de organização de uma estrutura sanitária mínima, com criação das primeiras escolas de medicina em 1808, na Bahia (Colégio Médico Cirúrgico no Real Hospital Militar) e depois no Rio de Janeiro (Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro). No governo de Rodrigues Alves, de 1902 a 1906, se dará outra mudança, quando foi realizada a primeira grande medida sanitária do país conhecida como a “Revolta da Vacina”, promovida pelo médico Oswaldo Cruz.¹²

Em 1923 é promulgada a Lei Elói Chaves (BRASIL, Decreto-Lei nº 72, de 21 de novembro de 1966), que criou as Caixas de Aposentadoria e Pensão, mantidas por empresas que ofereciam serviços de assistência médica, descontos em medicamentos e aposentadorias aos seus funcionários, além de pensões aos seus herdeiros. Além de não ter qualquer participação da União, este serviço era destinado apenas aos funcionários urbanos. Com a revolução de 1930 o modelo começa a mudar e além de criados o Ministério da Educação e Saúde, as caixas são substituídas pelos IAPs (Institutos de Aposentadoria e Pensões)¹³, agora subsidiados pelos sindicatos.

Após discussões na época (1960) da ditadura foi sancionada a Lei Orgânica da Previdência Social, que unificou os IAPs em um regime único para os trabalhadores em regime CLT, participando o Estado no subsídio do sistema. Por meio desta medida se oficializou a exclusão dos trabalhadores rurais, empregados domésticos e pessoas desempregadas ou detentoras de trabalhos autônomos ou informais ao direito à saúde, principalmente quando os militares criaram o INPS – Instituto Nacional de Previdência Social em 1966.

Devido a grande procura, o governo abriu a prestação de serviços da saúde à iniciativa privada em meados de 1970, criando em 1974 o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social¹⁴, que além de ampliar a rede privada de hospitais por meio de empréstimos frente ao governo, possibilitou um aumento vertiginoso do sistema privado de saúde. Em 1977, modificando sua própria estrutura, o governo criou o INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social¹⁵, e terminou por consagrar a era dos convênios médicos, procurados pela classe média em virtude justamente das falhas na saúde pública.

¹² Barroso afirma que “É somente entre 1870 e 1930 que o Estado passa a praticar algumas ações mais efetivas no campo da saúde, com a adoção do modelo “campanhista”, caracterizado pelo uso corrente da autoridade e da força policial. Apesar dos abusos cometidos, o modelo “campanhista” obteve importantes sucessos no controle de doenças epidêmicas.” (BARROSO, 2009).

¹³ Sobre o assunto ver **Institutos de Aposentadoria e Pensões**.

¹⁴ Sobre o assunto ver Lei nº 6.168, de 9 de dezembro 1974 (BRASIL..., 1974).

¹⁵ Sobre o assunto ver Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977 (BRASIL..., 1977).

No tocante a construção social do direito à saúde no Brasil, Asensi (2013, p. 138-140) afirma em sua análise que:

O direito à saúde foi construído no Brasil com uma forte influência do pluralismo e da política, e as repercussões disso para a cultura política também estiveram orientadas pelas estratégias governamentais. Em geral, denomina-se como *movimento da reforma sanitária* o movimento social que recebeu destaque a partir da década de 70 [...] em virtude de sua atitude combativa e resistente ao modelo assistencial de saúde presente no país e à ideia de saúde como um *serviço* a ser prestado pelo Estado em decorrência da *situação trabalhista* da pessoa *beneficiária*. [...] Observa-se, então, um quadro excludente no tocante ao alcance do direito à saúde, que reforçou a desigualdade social historicamente constituída no Brasil. Aqueles que trabalham têm o direito à assistência, e os que não trabalham possuem uma alternativa: suportar os custos e despesas de um plano de saúde privado. Ora, percebe-se um círculo vicioso presente nesta relação, uma vez que quem não trabalhasse não usufruiria os direitos trabalhistas (e, conseqüentemente, o direito à saúde) e, além disso, também não usufruiria a assistência em saúde, na medida em que não disporia de recursos suficientes para suportar as despesas dos planos privados. De modo, aquele que não possuísse vínculo empregatício teria possibilidades reduzidas de acesso a serviços públicos de saúde. Uma das escassas alternativas possíveis [...] foram as Santas Casas, que são instituições filantrópico-religiosas destinadas à ajuda de pessoas carentes. (grifo do autor)

A partir da redemocratização, o debate sobre a universalização da saúde¹⁶ se tornou mais proeminente e “a VIII Conferência Nacional de Saúde foi realizada no bojo das atividades que precederam a Assembleia Nacional Constituinte, que foi responsável pela formulação e consolidação da Constituição de 1988.” (ASENSI, 2013, p. 142) Para Souza (2011, p. 309-310), “A convocação da Oitava Conferência Nacional de Saúde, em 1986, é considerada o marco histórico mais importante no processo de constituição de uma plataforma e de estratégias a favor da democratização da saúde.”

Segundo o Ministério da Saúde, o que levou os constituintes a proporem uma mudança foi o consenso acerca de que o sistema de saúde era inadequado, em especial pelos seguintes aspectos:

- um quadro de doenças de todos os tipos condicionados pelo tipo de desenvolvimento social e econômico do país e que o velho sistema de saúde não conseguia enfrentar com decisão; - completa irracionalidade e desintegração das unidades de saúde, com sobre-oferta de serviços em alguns lugares e ausência em outros; - excessiva centralização implicando por vezes em impropriedade das decisões pela distância de Brasília dos locais onde ocorrem os problemas; - recursos financeiros insuficientes em relação às necessidades de atendimento e em comparação com outros países; - desperdício dos recursos alocados para a saúde, estimado nacionalmente em, pelo menos 30%, produzido por incompetência

¹⁶ “Apesar de algumas conquistas do movimento sanitário – tido como movimento ideológico e de prática política – na contestação desse modelo liberal, apenas com a saída dos militares do poder os sanitaristas puderam efetivamente ocupar posições-chave nas instituições que gerenciavam a política de saúde no país.” (SOUZA, 2011, p. 309).

gerencial; - baixa cobertura assistencial da população, com segmentos populacionais excluídos do atendimento, especialmente os mais pobres e nas regiões mais carentes; - falta de definição clara das competências dos vários órgãos e instâncias político-administrativas do sistema, acarretando fragmentação do processo decisório e descompromisso com as ações e falta de responsabilidade com os resultados; - desempenho desordenado dos órgãos públicos e privados conveniados e contratados, acarretando conflito entre os setores público e privado, superposição de ações, desperdícios de recursos e mau atendimento à população; - insatisfação dos profissionais da área da saúde que vêm sofrendo as conseqüências da ausência de uma política de recursos humanos justa e coerente; - insatisfação da população com os profissionais da saúde pela aparente irresponsabilidade para com os doentes, greves freqüentes, freqüentes erros médicos e corporativismo se sobrepondo à saúde do povo; - baixa qualidade dos serviços oferecidos em termos de equipamentos e serviços profissionais; - ausência de critérios e de transparência dos gastos públicos, bem como de participação da população na formulação e gestão das políticas de saúde; - falta de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação dos serviços; - imensa preocupação e insatisfação da população com o atendimento à sua saúde. (BRASIL, Ministério..., 1990, p. 3)

Promulgada aos 5 de outubro de 1988, a Constituição Federal trouxe – além de direitos e garantias fundamentais – o direito a saúde sacramentado em seu artigo 196, “A saúde é direitos de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação.” (SABATOVSKI; FONTOURA (org.), 2013, art. 196).

Para Barroso (2009), “A partir da Constituição Federal de 1988, a prestação do serviço público de saúde não mais estaria restrita aos trabalhadores inseridos no mercado formal. Todos os brasileiros, independentemente de vínculo empregatício, passaram a ser titulares do direito à saúde.” A carta magna definiu ainda em seu artigo 197 que “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.” (SABATOVSKI; FONTOURA (org.), 2013, art. 197) e, para tanto, criou o SUS – Sistema Único de Saúde:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.
§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (SABATOVSKI; FONTOURA (org.), 2013, art. 198)

Segundo Asensi (2013, p. 143-144), a Constituição também estabeleceu cinco princípios básicos que devem, tanto orientar o ordenamento em relação ao SUS, quanto serem seguidos pelo Poder Público:

O princípio da universalidade diz respeito ao reconhecimento da saúde enquanto um direito fundamental de todo e qualquer ser humano, cabendo ao Estado garantir as condições indispensáveis ao seu pleno exercício e o efetivo acesso à atenção e à assistência à saúde em todos os níveis de complexidade. Portanto, tal princípio pressupõe uma relação em que os cidadãos têm um direito que se configura como um dever do Estado, sem possibilidade de restrição à sua universalidade. *O princípio da integralidade* significa, originariamente, a garantia do fornecimento de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos, coletivos, exigidos para todos os níveis de complexidade de assistência. Deste modo, tal princípio engloba ações de promoção, proteção e assistência na saúde. *O princípio da equidade* expressa a ideia de justiça social, uma vez que busca reduzir as desigualdades entre os titulares do direito à saúde. Isto significa admitir uma postura de tratar desigualmente os desiguais, investindo mais recursos públicos nas Unidades das Federações em que a carência e as deficiências no sistema público de saúde são maiores. *O princípio da descentralização* exige que um único gestor responda por toda a rede assistencial na sua área de abrangência, conduzindo a negociação com os prestadores e assumindo a responsabilidade pelas políticas de saúde. A descentralização ainda permite uma maior aproximação com a realidade social de cada localidade, de modo a tornar as políticas públicas mais efetivas por meio da incorporação da sociedade civil no processo de formulação, fiscalização e execução das políticas. *O princípio da participação social* expressa uma forma de ampliar a efetividade das políticas públicas de saúde e uma via de exercício do controle social, de modo a democratizar essa descentralização do sistema de saúde, principalmente a partir da atuação dos Conselhos de Saúde. Assim, são criados canais de participação popular na gestão do SUS em todas as esferas (municipal, estadual e federal). (grifo do autor)

Em 19 de setembro de 1990 foi promulgada a Lei Orgânica de Saúde¹⁷, que além de estabelecer a estrutura, definia o modelo de funcionamento do SUS¹⁸. Segundo Barroso (2009) “O SUS é concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais estaduais e municipais, da Administração direta e indireta. A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar.” Moraes (2011, p. 726-727) afirma que ao SUS compete:

controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; participar do controle e fiscalização da produção, transporte,

¹⁷ Sobre o assunto ver Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. (BRASIL, 1990)

¹⁸ Também em 1990 o INAMPS é transferido para o Ministério da Saúde, sendo sua extinção realizada em 1993. (SOUZA, 2011, p. 310).

guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Segundo Souza (2011, p. 310), na base jurídica do SUS a concepção de saúde foi alterada, sendo “[...] ampliada em relação à visão dominante que a ligava à doença. Agora a noção de saúde deveria se reportar a fatores econômicos, sociais, culturais e bioecológicos, ao mesmo tempo em que a produção de condições de vida saudável tornava-se um desafio do novo sistema.”

Quanto ao seu funcionamento, os princípios que regem a organização do SUS são regionalização e hierarquização; resolubilidade; descentralização; participação dos cidadãos e complementariedade do setor privado. Seus gestores são as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, além do Ministério da Saúde na esfera federal, que são responsáveis pela implementação das diretrizes do SUS. A fiscalização do pleno funcionamento do SUS deve se dar por meio da população e do poder Legislativo, sendo que os gestores devem democratizar as informações de controle do SUS. Os investimentos para custeio do SUS devem vir das arrecadações dos Municípios, Estados e União, sendo tais recursos administrados pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, Ministério..., 1990, p. 5-8).

As ações e programas em andamento no SUS, desenvolvidos pelo governo e/ou ou por parceria privada, podem ser esclarecidos pelo site Portal da Saúde¹⁹ e são: Mais Perto de Você – atenção básica; Toda Hora – Atenção às Urgências; Conte com a Gente – Atenção Saúde Mental; Da Mulher – atenção à mulher; Não tem Preço – assistência farmacêutica; Proverb – programa de valorização do profissional de atenção básica; Saúde toda Hora; Academia da Saúde; Saúde da Família; Melhor em Casa; Farmácia Popular; PNAN – política nacional de alimentação e nutrição; UPA24h – Unidade de Pronto Atendimento; Doação de Órgãos; SAMU 192; Olhar Brasil; HumanizaSUS; Medicamento fracionado; Redução da Mortalidade; Bancos de Leite Humano; Programas de Controle do Câncer; Projeto Expande; De volta para casa; Controle do Tabagismo; QualiSUS – Rede; Cartão Nacional da Saúde; Programa Mais Médicos.

A Saúde Suplementar por sua vez veio, nasceu como uma alternativa aos serviços públicos. Existente desde meados de 1960 na característica de convênios, disponibiliza assistência médica-hospitalar por meio de pessoas jurídicas privadas (seguradoras, empresas de medicina de grupo e cooperativas médicas), utilizando o mercado para ofertar os serviços mediante contrato individual ou empresarial. É regulada desde 1998 pela Lei 9.656 de 3 de

¹⁹ Sobre o assunto ver **Acesso à Informação / Ações e Programas**. (PORTAL DA SAÚDE).

junho, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde²⁰, assim como pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar desde 2000.²¹

Desde a criação da agência reguladora, as pessoas jurídicas que prestam assistência à saúde por meio de planos são chamadas de operadoras, independente do tipo de sociedade (sociedade anônima, limitada, cooperativa, etc.) e têm suas diretrizes definidas – além da Constituição Federal, Código Civil, Leis relativas ao tipo de sociedade²² e normas contábeis – por meio de Resoluções Normativas expedidas pela ANS.

Ademais, a regulação do setor de saúde suplementar impõe os índices máximos de reajustes para planos de pessoa física, o rol mínimo para coberturas de exames e procedimentos de saúde; o tempo mínimo para atendimento dos beneficiários; a portabilidade (possibilidade de troca) dos planos de saúde; o plano de contas (contabilidade) das operadoras; os provisionamentos legais (para garantia dos serviços em caso de “quebra” comercial); as garantias financeiras para margem de solvência do negócio; o fornecimento dos dados internos das operadoras e de toda a sua carteira; a forma (metodologia) de tráfego de informações entre as operadoras e sua rede credenciada (TISS); o registro obrigatório para existência e manutenção da operadora; a autorização (ou não) para comercialização de determinados planos; os programas de medicina preventiva para aplicação aos beneficiários; além da definição de multas e sanções aplicáveis às operadoras, dentre outras exigências.²³

No Brasil – segundo informações do governo – a saúde movimenta 160 bilhões ao ano, o que representa 8% do PIB (produto interno bruto).²⁴ Além disso, possui: 197 faculdades de medicina, frente a 130 nos Estados Unidos; concentra 56,38% dos médicos na região Sudeste, contra apenas 4,21% no norte; possui 1,5 médicos por mil habitantes segundo dados do CNES, 1,8 pelo MEC e 1,95 pelo CFM, contra a recomendação de 2,5 da OMS e 3,9 em Portugal (GLOBO NEWS, 2013) e tem 388.015 médicos (CREMESP, 2013, p. 20) registrados como “ativos” nos Conselhos de classe.

Dados da OMS mostram que enquanto 15,1% do orçamento do mundo vai a saúde, no Brasil este percentual cai para 10,7%, sendo que os demais países emergentes aplicam 11,7%. Os números são ainda mais alarmantes se comparado o custo médio com a saúde dos cidadãos, vez que o índice mundial era de US\$ 571 cidadão/ano em 2010 frente a US\$ 466 no

²⁰ Sobre o assunto ver Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998. (BRASIL, 1998)

²¹ Sobre o assunto ver Lei n° 9.961, de 28 de janeiro de 2000. (BRASIL, 2000).

²² Lei n° 5.764/1971 – dispõe sobre Sociedades Cooperativas; Lei n° 6.404/1976 – dispõe sobre Sociedades Anônimas; Lei n° 11.638/2007 – dispõe sobre a elaboração e divulgação das demonstrações financeiras.

²³ Sobre o assunto ver **Normas mais acessadas**. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR)

²⁴ Sobre o assunto ver **Complexo empresarial em números**. (PORTAL DA SAÚDE). Ressalte-se que conforme levantamento da Federação das Unimed's de Minas Gerais, este número era de R\$ 174 bilhões de reais, o que significava 8,8% do PIB em 2008. (CAMPOS, 2008, p. 14).

Brasil, enquanto países como Estados Unidos, Holanda e Noruega gastam anualmente per capita US\$ 3,7 mil, 4,8 mil e 6,8 mil, respectivamente. (ESTADÃO.COM.BR, 2013).

A SAÚDE DA “RALÉ BRASILEIRA”

Apesar de promovidos pelo texto constitucional, os direitos sociais ainda padecem e “têm enfrentado trajetória mais acidentada, sendo a sua efetivação um dos tormentos da doutrina e da jurisprudência.” (BARROSO, 2008, p. 28). Barroso (2008, p. 41) afirma que “sob a Constituição de 1988, houve uma revitalização da cidadania”, afinal, esta é um dos fundamentos do Estado, sacramentada no artigo 1º da carta magna. Além disso, conforme inciso I e IV, é objetivo fundamental da nação “construir uma sociedade livre, justa e solidária” e, primordialmente, “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.” (grifo nosso)

Silva (2012, p. 286-287) ressalta que:

os direitos sociais, como dimensão dos direitos fundamentais do homem, são prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais. São, portanto, direitos que se ligam ao direito de igualdade. Valem como pressupostos do gozo dos direitos individuais na medida que criam condições materiais mais propícias ao auferimento da igualdade real, o que, por sua vez, proporciona condição mais compatível com o exercício efetivo da liberdade.

Entretanto, não é a igualização ou a promoção do bem de todos sem discriminação que é percebida ao se avaliar a judicialização ou as políticas públicas de saúde no Brasil. Apesar de a carta magna definir claramente desde 1988 que “saúde é direito de todos e dever do Estado”²⁵ por meio de um Sistema Único de Saúde (SUS), este foi regulado em 1990 com a herança da divisão entre a saúde pública e a saúde privada das décadas de 60 e 70. Nas palavras de Souza (2011, p. 309),

Esse período de nossa história foi então a expressão clara da delimitação entre duas formas de sistema de saúde, marcada por um caráter fortemente meritocrático: de um lado, a assistência médica individual atrelada à Previdência Social; do outro, ações de saúde de caráter coletivo destinadas a ralé.

²⁵ Trecho do artigo 196 da CF de 1988. (SABATOVSKI; FONTOURA (org.), 2013)

Com funcionamento definido por meio da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização e o funcionamento dos serviços correspondentes; o SUS é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo²⁶, com extensão pelo território nacional e destinado aos mais de 193 milhões de brasileiros (SUS: a saúde no Brasil...).

Já o sistema privado é denominado Saúde Suplementar e é formado por pessoas jurídicas que disponibilizam por meio do mercado (contrato) a opção de assistência médico-hospitalar a mais de 48 milhões de pessoas (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, Caderno...). Sua regulação se dá por meio da Lei 9.656 de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e por agência reguladora instituída por meio da Lei 9.961 de 28 de janeiro de 2000.

Nas palavras de Menicucci

A reforma que estabeleceu o sistema universal e público não logrou incorporar todos os cidadãos à assistência pública e não rompeu com o padrão segmentado. Essa duplicidade se expressa no próprio texto constitucional e se consolida no final da década de 90 com o estabelecimento da política regulatória, voltada para o segmento privado que formalizou essa dualidade do ponto de vista legal, normativo e institucional, paralelamente ao processo de implementação do SUS. A falta de identificação dos segmentos organizados da população com uma assistência pública e igualitária contribuiu para o enfraquecimento da proposta de caráter publicista e universalista e para o fortalecimento da segmentação, reforçando a perspectiva de que ao SUS cabe a cobertura da população mais pobre e em condições desfavoráveis de inserção no mercado de trabalho. (MENICUCCI, 2009).

Relevante mencionar que quando apresentados os dados pelo Ministério da Saúde, acerca de comparativos do SUS e da Saúde Suplementar, as desigualdades da população ficam ainda mais latentes. Os números nitidamente demonstram mais discrepâncias, principalmente por haver uma mera análise quantitativa, que carece primordialmente de análise qualitativa. Neste tocante, Souza (2011, p. 15-16) demonstra ser esta uma característica tipicamente brasileira.

Quando se sabe pouco sobre assuntos tão importantes, não só não se admite que não se sabe, como tenta-se também passar a impressão de se sabe muito. É isso que explica que cientistas sociais de todos os matizes, políticos de todos os partidos, jornalistas de todos os jornais e canais de TV acreditem efetivamente que a realidade seja transparente, de fácil acesso, e confundam o tempo todo “quantificação” e o fetiche dos “números” com “interpretação” e “explicação.

²⁶ Sobre o assunto ver mais em **Apresentação do SUS**. (PORTAL DA SAÚDE).

Prova disso é que, embora a discussão do direito à saúde permeie constantemente as esferas do legislativo, executivo e principalmente o judiciário, percebe-se claramente a falta de efetividade na aplicação de políticas públicas capazes de sanar em definitivo o problema da saúde no Brasil. Isso porque, ainda que vários programas tenham sido implantados pelo SUS ao longo dos últimos 20 anos, a população menos privilegiada financeiramente ainda convive no Brasil com doenças erradicadas na Europa, como tuberculose e hanseníase (lepra)²⁷. Mesmo no Mercosul o comparativo é gritante, pois no Brasil foram registrados mais de 33 mil casos de lepra em 2011 frente a nenhum caso no Chile (OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013).

Em Portugal, doenças como a malária são previstas antes mesmo de acontecerem, já que no país a mesma foi erradicada em 1950 e em 2010 ainda se preparavam caso houvesse algum caso em decorrência da mudança climática (AMI, s.d.), frente ao Brasil que registrou foi registrado em 2009 mais de 308 mil casos (PORTAL DA SAÚDE, Malária..., 2009, p. 228).

Ademais, apesar de sua característica universal, o SUS acaba por atender (não em sua totalidade (SOUZA, 2011, p. 311), ressalte-se) as classes sociais menos abastadas, já que apesar de destinado a toda a população brasileira (atualmente mais de 193 milhões de pessoas, em decorrência dos impostos pagos pelos contribuintes ao Estado e principalmente pelo direito fundamental atribuído a todos pela Constituição), não chega a 700 municípios (REVISTA EXAME, Cidades..., 2013). Levantamentos demonstram que o Brasil possui índice de 1,5 médicos por mil habitantes (estando muito abaixo do índice recomendado pela OMS – Organização Mundial de Saúde de 2,5²⁸).

Ao se falar em atendimentos versus fila de espera, a situação se agrava ainda mais, tanto pela falta de atualização de levantamentos – na Europa e nos Estados Unidos trabalhos que investigam as filas nos sistemas de saúde são comuns, mas no Brasil pesquisas como essas são raras – como pela dificuldade de parâmetros de estimativa média por região devido a abrangência – já que cidades capitais acabam importando doentes de outras regiões por falta de especialistas e/ou até médicos para atendimento em suas localidades de origem.

²⁷ Sobre o assunto ver as matérias **Líder em casos de tuberculose no Brasil, Rio tem hoje dia de combate à doença e Lepra erradicada na Europa mas ainda endêmica na Índia e Brasil**.

²⁸ Dos 287.832 médicos registrados no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, apenas 13% estão em municípios com até 50 mil habitantes (que correspondem a quase 90% das cidades brasileiras e contém 64 milhões de pessoas). Ademais, a taxa de médicos por mil habitantes é muito inferior a recomendação da OMS (2,5/1.000), sendo 0,8 no Norte, 1,6 no Centro-Oeste, 1,6 no Sul, 1,0 no Nordeste e 2,0 no Sudeste, fechando a média do Brasil em 1,5 médicos por mil habitantes. (O GLOBO PAÍS, **Mapa...**, s.d.).

Em estudo realizado pelo IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada em 2004, dados de 2002 demonstram que o tempo de espera de um internamento poderiam variar de 8 horas a 5 dias dependendo da região (independente se emergência), assim como a probabilidade de um leito estar ocupado no SUS é de aproximadamente 40% (IPEA, 2006).

Na atualidade não há levantamentos que subsidiem os dados, entretanto, por meio de matérias jornalísticas percebe-se que o tempo de espera por atendimento continua altíssimo. Prova disso é a edição da Lei nº 12.732/2013, que determina o início de atendimento oncológico em no máximo sessenta dias, vez que algumas pessoas esperavam de seis meses a um ano. Quanto mais especializado, pior fica o atendimento, a exemplo, em Brasília registra-se um dentista para 5.580 habitantes e tempo para agendamento de consulta de até quatro anos (BOM DIA BRASIL, 2013).

Levantamento – também do IPEA – denominado SIPS – Sistema de Indicadores de Percepção Social, 40% dos brasileiros que utilizaram o SUS consideram o serviço regular, enquanto mais de 27% consideram ruim, sendo as principais reclamações acerca da falta de médicos e o tempo de espera para atendimento, aproximadamente, 58% e 36% respectivamente (IPEA, 2011). Mas a falta de profissionais e/ou atendimento é somente parte do problema, uma vez que depoimentos de médicos da rede pública confirmam que ainda que atendidas, as pessoas podem ter que esperar até dois anos para um exame que confirme o diagnóstico para efetivamente ser iniciado um tratamento (ZERO HORA, 2013).

A ineficiência governamental em garantir o direito constitucional à saúde se explica por diversos fatores. Nas palavras de Souza (2011, p. 311), reportando-se a estudo de Telma Menicucci, há “uma ‘inviabilização sistêmica’, pois, ainda que no discurso dominante os princípios do SUS não sejam negados, a atenção à saúde universal e igualitária não possui condições objetivas de se concretizar.” (grifo do autor)

Baseando-se na audiência pública promovida pelo Supremo Tribunal Federal acerca da saúde nos dias 27, 28 e 29 de abril e 04, 06 e 07 de maio de 2009, Asensi (2013, p. 163-164) faz alguns comentários que podem ser trazidos analogamente à discussão do SUS, visto que, apesar de promissores como parâmetros decisórios de ações judiciais futuras, as observações demonstram que:

Uma primeira questão diz respeito à distribuição dos participantes de acordo com os três entes da federação. Observa-se que há predominância significativa da presença da União, restando aos municípios, por exemplo, a presença de apenas dois participantes. Isso traz desafios porque ao município cabe a execução de políticas de saúde de forma mais recorrente, além de também estar presente de forma mais contínua no cotidiano do processo de cuidado. ... Sabe-se que, nos processos em que

a saúde é judicializada, a onerosidade das condenações é maior para os municípios do que em relação aos demais entes da federação. ... Observa-se que as regiões norte e nordeste possuem uma sub-representação, pois contaram com apenas um participante, enquanto os demais participantes eram oriundos, predominantemente, das regiões sul e sudeste. Se o critério de representação fosse uma relativa carência nas políticas de saúde, as regiões norte e nordeste deveriam, inclusive, possuir uma sobre-representação. Estas regiões possuem as maiores taxas de mortalidade infantil e as menores expectativas de vida da população, que são índices fortemente relacionados a questões sanitárias. ... Observa-se uma predominância significativa dos técnicos/especialistas da área médica. Não estiveram presentes, por exemplo, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos ou assistentes sociais. Cabe destacar que apenas cinco dos cinquenta e três expositores eram usuários do sistema único de saúde, ou seja, aqueles que estão sujeitos à eficiência ou ineficiência do SUS. ... Por fim, também é interessante ressaltar a ausência de representantes do Poder Legislativo. Isso traz implicações significativas, na medida em que este Poder também possui uma forte responsabilidade na efetivação do direito à saúde no Brasil.

Independente da descentralização das ações e serviços públicos de saúde prevista no artigo 198 da Constituição Federal, e da alegada participação da sociedade por meio dos espaços institucionalizados dos Conselhos e Conferências de Saúde²⁹, a análise supracitada demonstra em situação análoga que talvez um dos principais problemas do SUS seja a falta de discussão aberta entre as pessoas que efetivamente utilizam o serviço e os entes e representantes da federação em número condizente com a realidade social regionalizada; representantes de todas as profissões ligadas a assistência à saúde que prestam atendimento na rede pública e, principalmente, representantes das três esferas de poder (legislativo, executivo e judiciário).

Afinal, seguindo entendimento de Barroso (2009), por mais que o judiciário promova a defesa dos direitos sociais por meio da judicialização da saúde, apenas aqueles que têm mais recursos (financeiros e/ou culturais) acabarão por se beneficiar do direito à saúde na esfera individual, sem esta garantia judicial atingir efetivamente a coletividade.

Ademais, pode-se entender que a esfera que detém conhecimento para emanar políticas³⁰ públicas de ações específicas voltadas à saúde é o Executivo, uma vez que nas palavras do renomado constitucionalista e atual ministro do STF “o Poder Judiciário não tem como avaliar se determinado medicamento é efetivamente necessário para se promover a saúde e a vida. Mesmo que instruído por laudos técnicos, seu ponto de vista nunca seria capaz de rivalizar com o da Administração Pública.” (BARROSO, 2009)

Cabe ao governo tomar medidas preventivas e efetivas para aplicação do direito à saúde, especialmente no tocante a universalização e integralização do SUS, pois o destino da

²⁹ Ver mais sobre os Conselhos e Conferências de Saúde em Asensi (2013) e no Portal da Saúde.

³⁰ Sobre o assunto Políticas Públicas, interessante ver Liberati (2013, p. 81-180).

“ralé” tem sido diuturnamente destinado à mistanásia³¹. Nas palavras de Villas-Bôas (2005, p. 75) é um descaso social, pois não chega muitas vezes sequer a alcançar as atenções hospitalares avançadas, é como se não habitasse UTIs e nem chegasse ao erro médico, porque este (o médico) lhe falta, ou seja, os pacientes que sofrem a mistanásia estão em macas e chão de corredores de hospitais públicos lotados e tão carentes quanto eles.

Justamente por comportar as vertentes negativa e positiva³², o direito à saúde deve ser efetivamente priorizado pelo Executivo (com vistas a combater a desigualdade social³³), fiscalizado pelo Legislativo e defendido pelo judiciário. No tocante à “ralé”, não basta a criação de políticas públicas com caráter imediatista, mas sim, que promovam concretamente a igualdade³⁴ e garantam os meios para se evitar as doenças (saneamento básico e/ou instrução de como realizar um tratamento e uma correta assepsia)³⁵ e, principalmente, se tematize a existência da “ralé” enquanto classe social com o legado de uma vida material e moral precária (SOUZA, 2011, p. 326-327).

CONCLUSÃO

O setor de saúde movimenta milhões no Brasil, mas enfrenta graves problemas em decorrência da alteração do clima; da alteração da densidade demográfica; da fácil caracterização de epidemias quando indevida e atemporalmente tratadas; das endemias

³¹ MISTANÁSIA - conceito que provém do grego mis, que significa infeliz. Remete a uma morte miserável devido às carências econômica, política e cultural, que acabam por fazer com que pessoas que desde o nascimento são tidas como desprivilegiadas perante a sociedade, acabem por morrer em situações degradantes, sem a mínima garantia humana e social (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 75). É tida como fora e antes da hora e nas palavras de Martin “Nada tem de boa, suave ou indolor. Dentro da categoria de mistanásia pode-se focalizar três situações: primeiro, a grande massa de doentes e deficientes que, por motivos políticos, sociais e econômicos, não chegam a ser pacientes, pois não conseguem ingressar efetivamente no sistema de atendimento médico; Segundo, os doentes que conseguem ser pacientes, para, em seguida, se tornar vítimas de erro médico e, terceiro, os pacientes que acabam sendo vítimas de má-prática por motivos econômicos, científicos ou sóciopolíticos. A mistanásia é uma categoria que nos permite levar a sério o fenômeno da maldade humana.” (MARTIN, 1998).

³² O direito à saúde comporta duas vertentes: “uma, de natureza negativa, que consiste no direito a exigir do Estado (ou de terceiros) que se abstenha de qualquer acto [sic] que prejudique a saúde; outra, de natureza positiva, que significa o direito às medidas e prestações estaduais visando a prevenção das doenças e o tratamento delas.” (CANOTILHO; MOREIRA, apud SILVA, 2012, p. 309).

³³ Sobre desigualdade e diversidade nos Estados Modernos ver Guimarães (2011, p. 166-175).

³⁴ Leciona Bonavides que “O centro medular do Estado Social e de todos os direitos de sua ordem jurídica é indubitavelmente o princípio da igualdade. Com efeito, materializa ele a liberdade da herança clássica. Com esta compõe um eixo ao redor do qual gira a concepção estrutural do Estado Democrático contemporâneo.” (BONAVIDES, 2013, p. 388).

³⁵ Segundo Souza “muitos programas [...] não alcançam êxito, devido em parte ao fato de muitos pacientes abandonarem o tratamento. São pessoas que, além de não possuírem uma base formal de ensino e uma conduta de vida disciplinada, não dispõem de habitação saneada, fatores que acarretam o fracasso no prosseguimento das ordens terapêuticas.” (SOUZA, 2011, p. 314).

caracterizas pela não erradicação total de doenças; da prevalência de doenças crônicas devido ao meio ambiente e qualidade de vida das pessoas; dos altos custos da saúde visto fatores epidemiológicos e rápido envelhecimento da população, dentre tantos outros, especialmente, da desigualdade social.

Apesar de haver entendimento consensual de que os direitos sociais são prestações (deveres) que devem ser proporcionadas pelo Estado em prol da diminuição da desigualdade social, infelizmente não é o que se percebe ao avaliar a criação e aplicação de políticas públicas pelo governo e, principalmente, a aplicação e gestão de recursos financeiros em saúde. Ademais, também não se percebe aplicação integral do conceito de saúde pública³⁶ pelo SUS, independentemente de seus princípios e diretrizes de funcionamento.

No tocante a “ralé brasileira” uma análise qualitativa dos dados – ao cruzar informações acerca da indisponibilidade de médicos, demora de atendimento, dificuldade de acesso ao mínimo necessário para uma vida com qualidade e conseqüentemente saúde (saneamento básico, boa alimentação, instrução básica, erradicação de doenças), tratamento desumano (em macas e chão de hospitais) – reforça a desigualdade social³⁷ e ratifica as palavras de Souza (2013, p. 17) de que há uma “invisibilidade da sociedade e de seus conflitos” e principalmente, de que há uma “desvalorização moral, social e política dos brasileiros que mais utilizam o SUS.” (p. 312).

Vários aspectos foram apresentados acerca da saúde no Brasil, em especial a distinção entre o funcionamento, operação e controle da saúde pública e privada; pois embora a carta magna tenha proporcionado formalmente o direito universal à saúde – corrigindo a divisão textual das décadas de 60 e 70 – materialmente a unificação não aconteceu e o direito à saúde continua girando em torno do valor econômico e/ou da meritocracia. Pior, nos depoimentos contidos na obra de Souza (A ralé brasileira: quem é e como vive) percebe-se claramente que a ralé ainda o concebe como um “benefício” fornecido pelo Estado e não como um “direito” a ser reivindicado e exigido (grifo nosso).

³⁶ Amory define saúde pública como "A arte e a ciência de prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde e a eficiência física e mental mediante o esforço organizado da comunidade. Abrangendo o saneamento do meio, o controle das infecções, a educação dos indivíduos nos princípios de higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de [enfermagem] para o diagnóstico precoce e pronto tratamento das doenças e o desenvolvimento de uma estrutura social que assegure a cada indivíduo na sociedade um padrão de vida adequado à manutenção da saúde" (AMORY, 1988, p. 347).

³⁷ Na obra Morte e Vida Severina, trecho demonstra com mestria a questão da desigualdade social: “E se somos Severinos, iguais em tudo na vida, morremos de morte igual, mesma morte Severina: que é a morte de que se morre de velhice antes dos trinta, de emboscada antes dos vinte, de fome um pouco por dia, (de fraqueza e de doença é que a morte severina ataca em qualquer idade, e até gente não nascida).” (MELO NETO, 1955).

AMI. **Malária pode voltar a Portugal.** [s.d.]. Disponível em: <<http://www.ami.org.pt/default.asp?id=p1p211p215p515p516&l=1>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

AMORY, Edward. Saúde Pública. In: CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira. **Evolução histórica da educação em saúde como disciplina de ensino na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - 1925 a 1967.** Revista Saúde Pública on line. 1988, vol. 22, n. 4, pp. 347-365. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v22n4/12.pdf>>. Acesso em 23 set. 2013.

ARAÚJO, Luiz Alberto David. **Curso de direito constitucional.** 9 ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

ASENSI, Felipe Dutra. **Direito à saúde: práticas sociais reivindicatórias e sua efetivação.** Curitiba: Juruá Editora, 2013.

BARCELLOS, Ana Paula. **A eficácia Jurídica dos princípios constitucionais.** Rio de Janeiro-São Paulo: Renovar, 2002.

BARROSO, Luís Roberto. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para atuação judicial.** 2009. Disponível em: <<http://www.ejef.tjmg.jus.br/home/files/publicacoes/artigos/0132009.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2013.

BARROSO, Luís Roberto. **Vinte anos da constituição brasileira de 1988: o Estado a que chegamos.** 2008. Disponível em: <<http://www12.senado.gov.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/outras-publicacoes/volume-i-constituicao-de-1988/vinte-anos-da-constituicao-de-1988-a-reconstrucao-democratica-do-brasil>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

BASTOS, Celso Ribeiro. **Curso de Direito Constitucional.** 2 ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

BASTOS, Celso Ribeiro. **Dicionário de direito constitucional,** São Paulo: Editora Saraiva, 1994.

BOM DIA BRASIL. **Espera por consulta em dentista no SUS de Brasília chega a 4 anos.** 2013. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2013/09/espera-por-consulta-em-dentista-no-sus-de-brasilia-chega-4-anos.html>>. Acesso em: 24 set. 2013.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional.** 28 ed. São Paulo: Editora Malheiros, 2013.

BRASIL. **Diário Assembléia [sic] Nacional Constituinte.** Brasília-DF: Centro Gráfico do Senado Federal, ano II, n. 282, 28 jul. 1988. Disponível em: <<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/282anc28jul1988.pdf#page=106>>. Acesso em 30 ago. 2013.

BRASIL. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Historicos/DPL/DPL4682.htm>. Acesso em: 5 set. 2013.

BRASIL. Decreto-Lei nº 72, de 21 de novembro de 1966. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/24/1966/72.htm>>. Acesso em: 5 set. 2013.

BRASIL. Lei nº 6.168, de 9 de dezembro 1974. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6168.htm>. Acesso em: 5 set. 2013.

BRASIL. Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1977/6439.htm>>. Acesso em: 5 set. 2013.

BRASIL. Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 5 set. 2013.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm>. Acesso em: 5 set. 2013.

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que criou a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm>. Acesso em: 5 set. 2013.

CAMPOS, Emerson Fidelis. **Desenvolver a Saúde:** modelo cuidador da Federação das Unimed's de Minas Gerais. Belo Horizonte: Editora Federação das Unimed's de Minas Gerais, 2008.

CANOTILHO, J. J. Gomes; MOREIRA, Vital. Constituição da República Portuguesa anotada, 3 ed. Coimbra: Coimbra Editora, 1984, apud SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 35 ed. São Paulo: Editora Malheiros, 2012.

CPDOC-FGV. **Institutos de Aposentadoria e Pensões**. [s.d.]. Disponível em: <<http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas1/anos30-37/PoliticaSocial/IAP>>. Acesso em: 5 set. 2013.

CREMESP. **Demografia Médica no Brasil:** cenários e indicadores de distribuição. São Paulo, fev. 2013, p. 20. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2013.

DIOGENES JR., J. E. N. Gerações ou dimensões dos direitos fundamentais?. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XV, n. 100, maio 2012. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=11750>. Acesso em: 15 fev. 2014.

DWORKIN, Ronald. **A virtude soberana**. São Paulo: Martins Fontes, 2012.

ESTADÃO.COM.BR. **Gasto per capita do Brasil com saúde é menor que média mundial**. 2013. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/impreso,gasto-per-capita-do-brasil-com-saude-e-menor-que-media-mundial-,1032260,0.htm>>. Acesso em: 5 set. 2013.

GLOBO NEWS. **Confira os números das faculdades de medicina no Brasil**. 2013. Disponível em: <<http://g1.globo.com/globo-news/fotos/2013/02/confira-os-numeros-das-faculdades-de-medicina-no-brasil.html>>. Acesso em: 5 set. 2013.

GUIMARÃES, Antonio Sérgio Alfredo. Desigualdade e Diversidade: os sentidos contrários da ação. In: BOTELHO, André; SCHWARCZ, Lilia Maria (org.). **Agenda Brasileira: temas de uma sociedade em mudança**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011, p. 166-175.

HESSE, Konrad. **A força normativa da Constituição**. Tradução de Gilmar Ferreira Mendes. Porto Alegre: Sérgio Antonio Fabris Editor, 1991.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Ipea divulga percepção social sobre a saúde no Brasil**: gráficos de apresentação. 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=7165>. Acesso em: 10 set. 2013.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Saúde – tempo real**. 2006. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=991:reportagens-materias&Itemid=39>. Acesso em: 10 set. 2013.

JORNAL DA CIÊNCIA. **Líder em casos de tuberculose no Brasil, Rio tem hoje dia de combate à doença**. 2013. Disponível em: <<http://www.jornaldaciencia.org.br/Detalhe.jsp?id=88557>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

Lepra erradicada na Europa mas ainda endêmica na Índia e Brasil. 2010. Disponível em: <<http://www.publico.pt/sociedade/noticia/lepra-erradicada-na-europa-mas-ainda-endemica-na-india-e-brasil-1420612>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

LIBERATI, Wilson Donizeti, **Políticas Públicas no Estado Constitucional**. São Paulo: Editora Atlas, 2013.

MALISKA, Marcos Augusto. **O direito à educação e a constituição**. Porto Alegre: Sérgio Antonio Fabris Editor, 2001.

MARMELSTEIN, George. **Curso de Direitos Fundamentais**. 3 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2011.

MARTIN, Leonard M. Eutanásia e distanásia. In: COSTA, Sergio Ibiapina Ferrea; OSELKA, Gabriel e GARRAFA, Volnei (coord.). **Iniciação à Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/bioetica/ParteIIIeutanasia.htm> Acesso em: 23 set. 2013.

MELO NETO, João Cabral. **Morte e vida severina**. 1955. Disponível em: <http://www.releituras.com/joaocabral_morte.asp> Acesso em: 24 set. 2013.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **O Sistema único de saúde, 20 anos: balanço e perspectivas**. Rio de Janeiro: Caderno Saúde Pública, v. 5, n. 7, jul. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000700021&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 ago. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, dez. 1990, p. 3. Disponível em: <<http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/texto-17-abc-do-sus-doutrinas-e-principios.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2013.

MORAES, Alexandre. **Direitos Humanos Fundamentais: teoria geral**. Comentários aos arts. 1º a 5º da Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Editora Atlas, 2011.

O GLOBO PAÍS. **Mapa da concentração de médicos nos municípios**. 2013. Disponível em: <oglobo.globo.com/infograficos/médicos-municipios/>. Acesso em: 30 ago. 2013.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **World health statistics 2013**. 2013. Disponível em: <www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2013_Part3.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2013.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. [s.d.] Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-%5B16-030112-SES-MT%5D.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

PORTAL DA SAÚDE. **Acesso à Informação / Ações e Programas**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=4824&codModuloArea=813&chamada=acoes-e-programas>>. Acesso em: 23 set. 2013.

PORTAL DA SAÚDE. **Apresentação do SUS**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1395>. Acesso em: 30 ago. 2013.

PORTAL DA SAÚDE. **Complexo empresarial em números**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=32495>. Acesso em: 5 set. 2013.

PORTAL DA SAÚDE. **Malária no Brasil**: epidemiologia e controle, p. 228. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/saudebrasil2009_parte2_cap8.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2013.

REIS, Felipe Amorim. **O Neoconstitucionalismo e os 25 anos da Constituição Federal de 1988**. 2013. Disponível em: <<http://www.oabmt.org.br/Artigo/Artigo.aspx?id=175>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

REVISTA EXAME. **Cidades sem médicos não foram escolhidas por candidatos**. 2013. Disponível em: <www.exame.abril.com.br/brasil/noticias/cidades-sem-medicos-nao-foram-escolhidas-por-candidatos>. Acesso em: 30 ago. 2013.

SABATOVSKI, Emilio; FONTOURA, Iara P. (org.). **Constituição Federal de 1988**. Curitiba: Juruá, 11 ed., 2013.

SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. **Curso de Direito Constitucional**. 2 ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2013.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 11 ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 11 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2012.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. São Paulo: Malheiros Editores, 2004.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 35 ed. São Paulo: Editora Malheiros, 2012.

SOUZA, Jessé. **A Ralé Brasileira**: quem é e como vive. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2011.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **ADPF 45 MC/DF**. 2004. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo345.htm>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

SUS: a saúde do Brasil. Disponível em: <www.ccms.saude.gov.br/sus20anos/mostra/antesedepois.html>. Acesso em: 15. ago. 2013.

TEMER, Michel. **Elementos de Direito Constitucional**. 22ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

WOLKMER, Antonio Carlos. Introdução aos fundamentos de uma teoria geral dos “novos” direitos. In: WOLKMER, Antonio Carlos; LEITE, José Rubens Morato (org.). **Os “novos direitos no Brasil: natureza e perspectivas.** São Paulo: Saraiva, 2003.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. **Da eutanásia ao prolongamento artificial:** aspectos polêmicos na disciplina jurídico-penal do final de vida. Rio de Janeiro: Forense, 2005.

ZERO HORA. **O que pensam os médicos que atuam na rede pública de saúde brasileira.** 2013. Disponível em: <<http://zerohora.clicrbs.com.br/rs/geral/noticia/2013/09/o-que-pensam-os-medicos-que-atuam-na-rede-publica-de-saude-brasileira-4277099.html>>. Acesso em: 23 set. 2013.