



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA

ROSILÉIA ROSA

**DIREITO E SAÚDE:
REFLEXÕES SOBRE O DIREITO À SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL**

Palhoça

2021

ROSILÉIA ROSA

**DIREITO E SAÚDE:
REFLEXÕES SOBRE O DIREITO À SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Direito, da Universidade do Sul de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientadora: Profª Sâmia Mônica Fortunato, Ma

Palhoça

2021

ROSILÉIA ROSA

**DIREITO E SAÚDE:
REFLEXÕES SOBRE O DIREITO À SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado à obtenção do título de Bacharel em Direito e aprovado em sua forma final pelo Curso de Graduação em Direito, da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Palhoça, 22 de novembro de 2021.

Profª Sâmia Mônica Fortunato, Ma
Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof. Nome do Professor, titulação
Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof. Nome do Professor, titulação
Universidade do Sul de Santa Catarina

TERMO DE ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE

DIREITO E SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE O DIREITO À SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Declaro, para todos os fins de direito, que assumo total responsabilidade pelo aporte ideológico e referencial conferido ao presente trabalho, isentando a Universidade do Sul de Santa Catarina, a Coordenação do Curso de Direito, a Banca Examinadora e o Orientador de todo e qualquer reflexo acerca deste Trabalho de Conclusão de Curso.

Estou ciente de que poderei responder administrativa, civil e criminalmente em caso de plágio comprovado do trabalho monográfico.

Palhoça, 22 de novembro de 2021.



ROSILÉIA ROSA

Às minhas filhas, Beatriz e Clarice, por me
fazerem tão feliz.

AGRADECIMENTOS

Senhor Meu Deus, quão grande és Tu! Estás sempre na minha frente, mostrando-me novos caminhos e me ensinando por onde seguir. Tua presença é tão real na minha vida...!

Minhas filhas queridas, Beatriz e Clarice, mesmo tão pequenas, muitas vezes conseguiram compreender que a mamãe precisava estudar. Esta conquista também é *por e para* vocês!

Marcelo, amor meu, obrigada por dividir comigo mais este momento. Concluir esta etapa foi muito importante em um ano tão desafiador para nós.

Meu pai e minha mãe, na simplicidade da criação que me ofereceram, nada deixaram faltar. Os princípios que me ensinaram estarão sempre aqui comigo.

Minha sogra amada, muito obrigada pela força que me oferece. Mesmo distante fisicamente eu sempre recebo o seu colo. Você é única!

Ao meu grande amigo e compadre, Fabiano Zoldan, pelo incentivo para concluir o curso. Nossos caminhos mais uma vez se encontram. Deve ser o destino mesmo!

À professora Sâmia Mônica Fortunato, por imediatamente dizer sim para ser minha orientadora. Muita gratidão a você!

À professora e amiga para sempre, Angélica Carlini, por me mostrar a base literária fundamental para este estudo. Você se tornou minha maior referência neste tema!

“Ninguém nasce feito, ninguém nasce marcado para ser isso ou aquilo.
Pelo contrário, nos tornamos isso ou aquilo”. Paulo Freire.

RESUMO

Este trabalho objetiva propor reflexões sobre o direito à saúde pública no Brasil. Para tanto, recorre-se na literatura para abarcar alguns marcos históricos sobre a Saúde Pública no Brasil no século XX, destacando-se que, nas primeiras décadas, as políticas públicas de saúde eram inexistentes, havendo campanhas de saúde somente quando alguma epidemia se instalava. Observa-se que a assistência à saúde por décadas foi destinada apenas para trabalhadores com vínculo formal de trabalho, até que, com a chegada da Constituição da República Federativa do Brasil e do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde pública e gratuita é destinada para todos os brasileiros, sendo regida por leis específicas e pelos princípios da universalidade, igualdade e equidade. A partir do presente estudo é possível concluir que o direito à saúde continua sendo tema de grande relevância na literatura, que levanta questionamentos sobre, em que medida, o caminho da judicialização da saúde auxilia no acesso para todos os cidadãos brasileiros e de que forma repercutem no sistema coletivo de saúde.

Palavras-chave: Direito. Saúde Pública. Sistema Único de Saúde (SUS).

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	10
2.1	DELIMITAÇÕES E MARCOS HISTÓRICOS SOBRE A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL NO SÉCULO XX.....	10
2.2	A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E O DIREITO À SAÚDE	23
3	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO BRASIL	26
3.1	A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	26
3.2	O SUS E A LEI 8080/90.....	29
3.2.1	<i>Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)</i>	29
3.2.2	<i>Princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS)</i>	34
3.3	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A LEI 8142/90.....	36
4	DIREITOS FUNDAMENTAIS SOCIAIS E O DIREITO À SAÚDE	39
4.1	DIREITOS FUNDAMENTAIS E A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA	39
4.2	O PRINCÍPIO DA RESERVA DO POSSÍVEL.....	41
4.3	REFLEXÕES SOBRE A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	43
5	CONCLUSÃO	47
	REFERÊNCIAS	50
	ANEXOS	55
	ANEXO A – TÍTULO	56

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho buscará refletir sobre o direito à saúde pública no Brasil. A primeira abordagem trará conceitos de saúde ao longo das décadas e apresentará reflexões sobre a história da saúde pública do Brasil no século XX, a partir de períodos históricos que dialoguem com o tema proposto.

A seguir, destaca-se a Constituição da República Federativa do Brasil no que tange o direito à saúde e a relevância do texto constitucional para o reconhecimento da saúde com um direito de todo cidadão brasileiro. Seguidamente, o texto apresenta a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, constituído a partir de movimentos populares que lutaram por uma saúde pública para todos. Com a chegada do SUS o cidadão brasileiro já não precisa comprovar o vínculo formal de trabalho para conseguir acesso aos cuidados de saúde. Neste sentido, as Leis 8080/90 e 8142/90 são trazidas para elucidar a organização desta grande política pública de saúde brasileira.

O trabalho também discorre sobre o direito à saúde na perspectiva da dignidade da pessoa humana e apresenta algumas discussões sobre movimentos judiciais dos últimos anos que discutem a saúde pública a partir do contexto da judicialização da saúde, que busca atender uma demanda populacional que aciona o poder judiciário para pleitear o direito à saúde.

Considerando a limitação do tema, este estudo estará voltado para a saúde pública, não entrando nos aspectos da saúde privada, que também se solidificou durante o século XX no Brasil.

A partir do recorte didático esta pesquisa não possui o intuito de apresentar dados quantitativos, nem tratar de discussões mais específicas sobre o acesso à saúde pública no Brasil na atualidade. Também não objetiva julgar decisões judiciais, analisar ideários políticos ou estratégias de governo dos períodos analisados.

2 SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Neste primeiro capítulo pretende-se apontar algumas passagens históricas sobre a saúde pública no contexto brasileiro durante o século XX.

Ao longo das décadas, o olhar para a saúde pública no Brasil sofreu ajustes, remodelou-se e viveu transformações.

O texto a seguir possui a finalidade de apresentar uma síntese de marcos históricos considerados significativos para o debate sobre as políticas de saúde pública no Brasil. Reconhece-se, porém, que as abordagens expostas não esgotam, de qualquer maneira, a literatura que discorre sobre o tema durante este século.

A história das políticas de saúde no Brasil está intimamente vinculada aos contextos e conjunturas históricas e sociais que as geraram.

2.1 DELIMITAÇÕES E MARCOS HISTÓRICOS SOBRE A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL NO SÉCULO XX

Primeiramente, antes de tecermos sobre a saúde pública no Brasil, nos parece prudente refletir, ainda que sucintamente, sobre alguns significados de *saúde*.

O conceito de saúde definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, é amplo e não se restringe apenas a ausência de enfermidades, sendo compreendido como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de afecções e enfermidades (BRASIL, 2021).

Para o Ministério da Saúde (2006, p. 18),

o reconhecimento da saúde como bem-estar, satisfação, bem coletivo e direito, configura um paradigma civilizatório da humanidade, construído num processo de embates de concepções e de pressões dos movimentos sociais por estabelecerem uma ruptura com as desigualdades e as iniquidades das relações sociais, numa perspectiva emancipatória, levando-se em conta, evidentemente, as diferentes culturas e formas de cuidado do ser humano.

Na perspectiva de Scliar (2007, p. 30), “o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social”. A história da saúde é também a história dos países e cidades, do trabalho, das guerras e das viagens (HERZLICH, 2004).

A saúde ainda é entendida como o estado dinâmico de adaptação a mais perfeita possível às condições de vida em dada comunidade humana, num certo momento da escala histórica (SILVA, 1973). Num olhar ampliado,

[...] a existência de saúde, que é física e mental - está ligada a uma série de condições irreduzíveis umas às outras [...]. É produzida dentro de sociedades que, além da produção, possuem formas de organização da vida cotidiana, da sociabilidade, da afetividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura e do lazer, das relações com o meio ambiente. É antes resultante do conjunto da experiência social, individualizada em cada sentir e vivenciada num corpo que é também, não esqueçamos, biológico. Uma concepção de saúde não-reducionista deveria recuperar o significado do indivíduo em sua singularidade e subjetividade na relação com os outros e com o mundo. Pensar a saúde hoje passa então por pensar o indivíduo em sua organização da vida cotidiana, tal como esta se expressa não só através do trabalho mas também do lazer - ou da sua ausência, por exemplo - do afeto, da sexualidade, das relações com o meio ambiente. Uma concepção ampliada da saúde passaria por pensar a recriação da vida sobre novas bases (VAITSMAN, 1992, p. 171).

Percebe-se, assim, que as concepções de saúde foram sendo remodeladas ao longo das décadas e, conforme aponta Asensi (2013), recebeu diversas significações sociais e políticas ao longo da história brasileira. No entanto, conforme já exposto, os apontamentos deste estudo estarão voltados para o século XX.

Primeiramente, vale destacar que no início deste século a população brasileira vivia o fim do escravismo e a recente Proclamação da República. Tais movimentos trouxeram certa desconfiança da sociedade para as propostas de ações públicas do Estado, o que incluía, também, as ações de saúde. Em virtude das pandemias ainda existentes neste período, o Brasil apresentava alto índice de mortes, especialmente nos canteiros de obras. As campanhas sanitárias atuavam durante o período de um surto epidêmico, mas não eram exercidas de forma contínua e com propósito educativo da população.

A saúde começa a emergir sob o olhar do governo brasileiro no começo do século XX, partindo da implantação da economia exportadora de café, na região Sudeste. A melhoria das condições sanitárias, entendida então como dependente basicamente do controle das endemias e do saneamento dos portos e do meio urbano, tornou-se uma política de Estado, embora essas ações estivessem bastante concentradas no eixo agrário-exportador e administrativo formado pelos estados do Rio de Janeiro e São Paulo (JUNIOR *et al.*, 2002, p. 117). Neste sentido, JUNIOR *et al.* (2002) ainda explicam que esse período corresponde ao da formação de um

verdadeiro mercado de trabalho no Brasil, envolvendo uma massa considerável de trabalhadores, com integração produtiva entre os setores urbano e rural. Para a formação desse mercado, houve uma contribuição fundamental dos imigrantes de países estrangeiros, que constituíam uma força de trabalho de nível educacional diferenciado.

Segundo a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA, 2021), nos primeiros anos do século XX, o presidente da época, Rodrigues Alves, atuou para mudar a imagem do Brasil no contexto nacional e internacional, uma vez que o país vinha sendo intitulado como o “túmulo dos mortos”. Uma das primeiras tarefas seria trabalhar em ações de saneamento e reformas urbanas das residências e estabelecimentos comerciais das cidades. Para tal desafio, contou com o auxílio de Oswaldo Cruz¹, ex-aluno e pesquisador do Instituto Pasteur, que organizou e implementou, progressivamente, instituições públicas de higiene e saúde no Brasil (LUZ, 1991) e recebe o título de Diretor Geral de Saúde Pública do Brasil (DGSP); este, segundo Benchimol (1990, p. 83-84), tinha como atribuições a “direção dos serviços sanitários dos portos, fiscalização do exercício da medicina e da farmácia, estudos sobre as doenças infecto-contagiosas, organização de estatísticas demográfico-sanitárias e auxílio aos estados”.

Como modelo de intervenção, Oswaldo Cruz elegeu as “campanhas sanitárias” destinadas ao combate de endemias e epidemias urbanas e rurais. De inspiração americana, o modelo campanhista foi trazido de Cuba e é baseado na imposição coercitiva à população, na concentração do poder decisório nas mãos de uma tecnocracia e num estilo repressivo de intervenção médica, tanto no âmbito individual como no social (LUZ, 1991).

As primeiras medidas estabelecidas foram a cobrança de multas e intimidações aos proprietários de imóveis insalubres, especialmente na cidade do Rio de Janeiro, local brasileiro onde as primeiras ações sanitárias se concentraram. A ordem era demolir ou reformar os espaços impróprios para habitação ou comércio e, conforme explica Cury (2009), em março de 1904 é iniciada uma reforma dos serviços sanitários, que dotou o órgão público de uma grande soma de atribuições, reforçando a participação da União na área de saúde. Um dos primeiros alvos do plano reformista

¹ Oswaldo Cruz foi um médico, bacteriologista, epidemiologista e sanitarista brasileiro. Pioneiro no estudo das moléstias tropicais e da medicina experimental no Brasil, em 1900 fundou o Instituto Soroterápico Federal, no Rio de Janeiro, sendo atualmente a Fundação Oswaldo Cruz, instituição respeitada internacionalmente.

relacionava-se com as formas de moradia dos populares. Ainda, segundo o autor, neste momento parte da elite econômica e política brasileira aspirava um centro urbano semelhante ao de países capitalistas desenvolvidos europeus, o que era interpretado como sinônimo de civilização.

Segundo Carvalho (1987), a DGSP se utilizava muito dos serviços policiais para vencer a resistência dos moradores às investidas sanitárias. A invasão de suas casas para desinfecção, retirada de doentes, interdição ou até mesmo a invasão de seus corpos acontecia de forma extremamente violenta.

Numa ilustração de Bretas (1997, p. 100), vê-se que:

O controle do mundo urbano revela a não-aceitação por diversos grupos do conjunto de serviços e procedimentos oferecidos ou necessários para o funcionamento da cidade moderna [...]. A ação contra 'certas casas de habitação coletiva, espalhadas pelo litoral dessa capital' é tarefa dos médicos da diretoria de higiene e assistência pública, mas deve ser feita com a colaboração da polícia [...]. A resistência à institucionalização do serviço urbano transparece em inúmeros pequenos combates onde as agências da prefeitura ou as empresas têm de recorrer a polícia [...]. A diretoria de obras e viação também tem de recorrer constantemente à polícia para impedir a passagem de carroceiros pelas ruas em obras, pois estes desmancham frequentemente as cercas e trincheiras, recusando ao governo o direito de interditar as vias públicas.

Ainda é possível perceber na literatura que, com o adensamento populacional no fim do século XIX e início do século XX, uma solução comum para abrigar a população pobre foram os grandes casarões coloniais, que viravam habitações coletivas. Neste sentido, Cury (2009, p. 3) retrata que “os chamados ‘cortiços’ apareciam com frequência cada vez maior sob diferentes aspectos, possuíam condições insalubres aliadas à falta de saneamento total da cidade, forte calor tropical e péssimas condições de trabalho e alimentação”. Havia, portanto, um ótimo ambiente para propagação de doenças e o desencadeamento de epidemias.

Melhores condições sanitárias significariam uma garantia para o sucesso da política governamental de atração de força de trabalho estrangeira e impunham-se como uma necessidade de preservação do contingente ativo de trabalhadores, em um contexto de relativa escassez de oferta de trabalho. O destaque em matéria de atenção à saúde ficava, assim, por conta do controle de enfermidades, tais como a febre amarela, a peste bubônica, a varíola e outras, para as quais o governo federal impôs medidas de higiene, vacinação, notificação de casos, isolamento de enfermos e eliminação de vetores (JUNIOR *et al.*, 2002, p. 118). Então, “as ações de

saneamento básico e infraestrutura eram realizadas, prioritariamente, nos espaços de circulação de mercadorias, especialmente, nos portos de Santos e Rio de Janeiro” (AGUIAR, 2011, p. 20).

Dessa forma o projeto governamental brasileiro trazia saneamento e revitalização dos espaços de circulação de pessoas e mercadorias destinadas ao comércio e à exportação entre as principais metas a serem atingidas. E, reforçando o mencionado acima, as doenças que mais atrapalhavam este propósito de controle eram a febre amarela, a peste bubônica e a varíola (BRETAS, 1997). Essas doenças, segundo CURY (2009), eram responsáveis por muitos óbitos, e o quadro se agrava uma vez que a pobreza atingia a maior parte da população, que buscava formas de sobrevivência na cidade ficando à margem na participação de um modelo de modernização tão em voga no período

A febre amarela foi uma doença que suscitou grandes discussões devido às dúvidas sobre as formas de contágio. Segundo o Ministério da Saúde (2018), a febre amarela é uma doença infecciosa febril aguda transmitida por vetores artrópodes e causada por um vírus do gênero *Flavivirus*. A identificação do *Aedes aegypti* como transmissor do vírus, em 1900, foi seguida por ações de controle do vetor que resultaram em significativo declínio da doença fora das áreas tropicais endêmicas.

Para minimizar esta enfermidade no Brasil, Oswaldo Cruz, em 1903, constituiu uma equipe intitulada de *Brigada de mata-mosquitos*, tendo a responsabilidade de limpar caixas d’água, calhas, telhados, ralos e bueiros. As casas eram expurgadas com produtos à base de enxofre e pireto², e os doentes com suspeita de febre amarela precisavam ficar em isolamento domiciliar ou eram removidos para casas de saúde ou hospitais filantrópicos que tivessem capacidade de atendimento (FUNASA, 2021). A perspectiva de que um mosquito fosse o transmissor da febre amarela era motivo de dúvidas e até mesmo de chacotas, especialmente sobre Oswaldo Cruz que, não raramente, era caricaturizado em capas de jornais da época.

Uma outra doença que atingiu o corpo e o imaginário das populações foi a peste bubônica. Conhecida também como *peste negra*, assolou o Brasil e é considerada como uma das mais trágicas epidemias brasileira. Conforme explica Vainfas (2020), trata-se de uma doença bacteriana, provocada por um bacilo em forma de bastonete.

² Para a profilaxia dos ambientes era utilizado enxofre com pós de pireto, sulfato de cobre, cloreto de cal, cloreto de zinco, permanganato de potássio, alcatrão, leite de cal, petróleo, entre outros compostos para a desinfecção dos locais considerados insalubres.

A doença é inoculada por mordeduras de pulgas, em geral hospedeiras de roedores já contaminados. Ao picarem humanos, as pulgas transmitem a *Yersinia Pestis*, nome científico da bactéria, que penetra na pele e se desloca para os vasos linfáticos, derrota os linfócitos que defendem o organismo humano e, quando alcança o pulmão, mata o infectado em cerca de dez dias.

Quem era acometido pela doença sofria a marginalização social, uma vez que o corpo do doente demonstrava putrefação, especialmente em suas extremidades. A principal medida de saúde pública para esta doença constituiu-se a partir da operação intitulada de *Caça aos ratos*, tendo o intuito de capturar um número máximo de roedores pelas cidades do país (FUNASA, 2021). Tal ação se justificava por Oswaldo Cruz e sua equipe compreenderem que os ratos seriam os disseminadores da doença, visão já adotada em alguns países europeus.

No começo de 1904, Oswaldo Cruz deu início à campanha contra a peste bubônica, muito menos controversa que a da febre amarela, pois nenhum médico contestava o fato de que a doença era transmitida pela picada das pulgas infectadas pelo sangue de ratos pestosos. A profilaxia dependia, também, da notificação obrigatória do doente para que fosse submetido ao tratamento com o soro fabricado em Manguinhos. Além da aplicação preventiva da vacina entre os habitantes das áreas mais infestadas, como os da zona portuária, procedeu-se à *desratização* da cidade (BENCHIMOL, 1990).

Então, buscando estimular a participação da população nesta ação de saúde pública, o governo oferece uma bonificação para cada rato capturado. De fato, com a captura dos ratos a incidência da peste bubônica diminuiu, ainda que se tenha descoberto *criadouros* de ratos em algumas residências onde moradores buscavam lucratividade com esta ação do Estado.

O Brasil passa a preocupar-se, ainda, com a incidência da varíola, uma doença infecto-contagiosa que atingiu a população também no século XX. A varíola é doença virótica, e não bacteriana, como a peste bubônica. Transmite-se pelo ar e pelo contato físico, alcança os pulmões e provoca pústulas na pele do infectado (VAINFAS, 2020). Assim, a porta de entrada do vírus no organismo humano se dá pelo trato respiratório. Por manifestar-se com erupções generalizadas de vesículas postulósas, a varíola ficou conhecida no Brasil como “bexiga” e foi considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma das enfermidades mais devastadoras da História humana.

Como medida de controle, em 1904 o governo instituiu a vacinação obrigatória, reconhecida na literatura como uma das ações de saúde pública mais polêmicas deste período histórico. Isto porque a vacinação passou a ser conduzida de forma coercitiva, onde os vacinadores entravam nas casas com o apoio de militares, que utilizavam a força física para a imunização dos brasileiros (FIOCRUZ, 2005).

A reiteração da obrigatoriedade da vacinação contra a varíola se deu por meio do resgate de uma lei de 1837. A obrigatoriedade proposta por Oswaldo Cruz acentuou a resistência popular, de militares positivistas insatisfeitos com o domínio da política pelo grupo cafeeiro e civis sob diversas orientações ideológicas (CURY, 2009).

Neste cenário, Bertolli Filho (1996) aponta que a crescente intervenção médica nos espaços urbanos foi recebida com desconfiança e medo pela população, que era retirada à força dos ambientes a serem saneados e acompanhada pela vigilância policial, pois temia-se que o povo se revoltasse, agredindo os agentes sanitários. Além disso, o autor afirma que, muitas vezes, a polícia agia com violência sem motivo, reproduzindo as formas repressoras comumente empregadas pelo regime oligárquico contra os protestos coletivos como passeatas e greves.

Percebe-se, assim, que no início do século XX as campanhas realizadas sob moldes militares implementaram as atividades de saúde pública no Brasil, onde, segundo Júnior *et al.* (2002), eram tratadas pelas autoridades locais, não havendo por parte do governo central um programa de ação no sentido de atendê-las. A atuação do Estado restringia-se, em grande parte, a situações emergenciais, como as epidemias em centros urbanos.

A natureza autoritária dessas campanhas gerou oposição de parte da população, políticos e líderes militares. Tal oposição levou à Revolta da Vacina no mesmo ano, em 1904, episódio de resistência a uma campanha de vacinação obrigatória contra a varíola sancionada por Oswaldo Cruz. (SINGER, 1978). A “Revolta da Vacina, um dos mais famosos acontecimentos da época adquiriu grande magnitude, sobretudo pela ação da população pobre” (CURY, 2009, p. 6).

A Revolta da Vacina foi uma reação popular ocorrida no período de 10 a 16 de novembro de 1904, contra a Lei da Vacinação obrigatória de combate à varíola, aprovada em 31 de outubro de 1904. A população estava insatisfeita com as medidas autoritárias e policiais das campanhas sanitárias comandadas por Oswaldo Cruz para combate de várias epidemias. Com a aprovação dessa Lei que permitia a entrada nas residências e brigadas sanitárias acompanhadas por policiais para a vacinação à força, movimentos estudantis e populares iniciam manifestações, sob a liderança de políticos

opositores do governo e médicos contrários à vacina. O centro da cidade do Rio de Janeiro transformou-se em campo de guerra e sua contenção deu-se após forte repressão policial que resultou em muitas prisões, feridos e mortes (AGUIAR, 2011, p. 21).

A oposição ao modo como as campanhas eram feitas foi liderada por um grupo de cadetes positivistas que eram oposição ao governo. Muitos se revoltaram acusando o governo de despótico, de devassar a propriedade alheia com interdições, desinfecções, da derrubada maciça de bairros pobres, de arrombamentos de casas para nelas entrarem à força. No entanto, a revolta foi reprimida, uma vez que a questão saúde ainda era concebida como uma questão policial (CEFOR, s.d.).

Para Piveta (2014, p. 119), o relato de tais passagens ilustra a forma como a saúde pública brasileira era tratada no início do século XX:

O modelo campanhista privilegiava o combate às epidemias, como forma de se evitar que o contágio de doenças se alastrasse de maneira incontrolável sobre a população. Não havia, portanto, uma concepção de saúde ligada a qualquer conceito de “qualidade de vida” ou de proteção da dignidade da pessoa humana. As ações do Estado não tinham um aspecto promocional da saúde, restringindo sua atuação a uma esfera de proteção geral (adoção de medidas voltadas a evitar a disseminação de doenças).

Passaram-se os anos e o Brasil continuava sem uma clara proposta de saúde pública para a população. Segundo Rodriguez Neto (2003), a assistência à saúde, não era reconhecida no ordenamento jurídico brasileiro até o ano de 1923, mas as crescentes necessidades da população em torno dos problemas inerentes à saúde e as pressões exercidas por certos agrupamentos sociais levaram os governos a direcionar o olhar para a saúde.

Assim, na década de 20, a Previdência Social Brasileira é iniciada por meio das CAPs, que possuíam natureza previdenciária, mas também estavam voltadas para a assistência médica e fornecimento de medicamentos. As CAPs, segundo Cunha & Cunha (1998) eram organizadas por empresas, de natureza civil e privada, responsáveis pelos benefícios pecuniários e serviços de saúde para os empregados de empresas específicas; eram financiadas com recursos dos empregados e empregadores e administradas por comissões formadas de representantes da empresa e dos empregados. Cabia ao setor público apenas a resolução de conflitos.

Observa-se nesse período o nascimento da saúde pública, cujo modelo de intervenção, antes reconhecido como *sanitarismo campanhista*, estrutura-se, agora, sob a influência dos saberes fundamentados pela bacteriologia e pela microbiologia

e, por outro lado, a Previdência Social vai incorporar a assistência médica aos trabalhadores como uma de suas atribuições a partir das CAPs (AGUIAR, 2011).

Assim, em 1923, por meio do decreto-legislativo nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, expressa-se um representativo marco histórico do reconhecimento da saúde no ordenamento jurídico brasileiro. Como explica Santana (2010), o decreto, conhecido como Lei Eloi Chaves (deputado e autor do respectivo projeto), assegurou o marco inicial na constituição do Sistema de Saúde, dentro do Sistema Previdenciário brasileiro. No entanto, conforme aponta o autor, a saúde brasileira neste momento foi pensada e estruturada como assistência médica vinculada ao mundo do trabalho.

Posteriormente, um segundo decreto (Decreto n. 5. 1 09, de 20 de dezembro de 1926) estende a matéria da Lei Eloy Chaves a outras categorias profissionais, tais como portuários e marítimos. Segundo estes decretos, era de competência das CAPs a prestação de "socorros médicos" ao trabalhador e à sua família, o fornecimento ou a venda de medicamentos a preços subsidiados, o pagamento de vencimentos aos aposentados e de pensões aos herdeiros em caso de morte do segurado. Também era dever das CAPs a assistência ao acidentado no trabalho e a responsabilidade pelos custos de internações e cirurgias (SOUTO-DE-MOURA L.; SOUTO-DE-MOURA G., 1997).

Neste contexto, Asenti (2013) aponta que ainda não havia no Brasil uma atuação do Estado no âmbito das políticas de saúde que fossem voltadas para todos os cidadãos brasileiros. A cobertura existente não era para todos, sendo destinada apenas para trabalhadores com carteira assinada. Esses trabalhadores formais contribuíam com o sistema de previdência social para que tivessem assistência compreendida como médico-curativa e:

observa-se uma reduzida possibilidade de acesso aos serviços públicos de saúde neste período, pois as formas através das quais o cidadão poderia usufruir deste serviço foram basicamente duas:

- ser um trabalhador em sentido estrito, ou seja, possuidor de carteira assinada e contribuinte da previdência social;
- e/ou, ser capaz de suportar os custos dos planos privados de saúde, que surgiram principalmente a partir da década de 70 (ASSENTI, 2013, p. 133).

O benefício, complementa Rodriguez Neto (2003), era destinado apenas aos trabalhadores com vínculo formal no mercado de trabalho, uma vez que só quem contribuía com a Previdência Social era quem possuía o direito ao atendimento médico e medicação, sendo este um fator determinante para a privação do acesso à

assistência médica da maioria da população, os quais tinham que recorrer às assistências prestadas por entidades filantrópicas. Evidenciava-se “um protecionismo em relação a estes em detrimento dos desempregados, dos empregados informais e dos que trabalhavam na zona rural do país” (GONÇALVES, 2012, p. 35). E, ainda, as pessoas com empregos esporádicos tinham uma oferta inadequada de serviços, composta por serviços públicos, filantrópicos ou serviços de saúde privados pagos do próprio bolso (DRAIBE, 1997).

Mesmo diante das fragmentações expostas as CAPs se constituem e, a primeira Caixa de Aposentadoria e Pensão apresentada, conforme já apontado, foi a dos trabalhadores ferroviários. Este modelo de seguro social da década de 20 foi rapidamente multiplicado nos anos subsequentes. Sendo entidades públicas com larga autonomia em relação ao Estado, as CAPs eram constituídas por meio de um contrato compulsório, sendo organizadas por empresas e geridas através de representação direta de empregados e empregadores. Seus recursos originavam da contribuição compulsória de empregados e empregadores (3,0% do salário e 1,0% da renda bruta da empresa) e da União (1,5% das tarifas dos serviços). O Estado instituiu essa modalidade de seguro social, mas não participa diretamente do seu gerenciamento (NUNES *et al.*, 2010).

Registra-se que, ao final de 1932, existiam 140 CAPs com quase 19 mil segurados ativos, 10.300 aposentados e aproximadamente 8.800 pensionistas. Entre as prestações oferecidas aos segurados das CAPs, constavam, além das de natureza previdenciária, a assistência médica e o fornecimento de medicamentos. (MERCADANTE, 2002). Porém, Mercadante (2002) ainda alerta que havia grandes diferenças entre os planos de benefícios, porque inexistiam regras comuns de funcionamento técnico e administrativo. Cada órgão estabelecia seu regulamento, que refletia parcialmente os anseios de cada segmento da classe trabalhadora e dependia da capacidade de receita disponível por meio das contribuições.

O modelo assistencial das CAPs foi duramente criticado no final dos anos 20 e início dos 30. Sobre elas recaíam as denúncias de que os pesados orçamentos, decorrentes da amplitude, extensão e excessiva benevolência, inviabilizariam o sistema em breve. A necessidade de imediatas medidas que contivessem a amplitude e restringissem a extensão tomava corpo e ganhava adeptos entre legisladores e administradores públicos e privados. Alguns teóricos da questão previdenciária já apontavam à necessidade de desvincular "previdência" de "assistência à saúde".

Entendiam que a primeira devia destinar-se exclusivamente ao pagamento de benefícios pecuniários (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

As primeiras CAPs serão instituídas, primeiramente, nas empresas ferroviárias e, mais tarde, estendidas aos portuários, marítimos e outras áreas, dando início ao sistema previdenciário no Brasil, como proposta das empresas e do governo às reivindicações operárias (SOUTO-DE-MOURA L.; SOUTO-DE-MOURA G., 1997).

Em substituição ao sistema fragmentário das CAPs, foram fundados os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), congregando o conjunto dos trabalhadores de um dado ofício ou setor de atividade (MERCADANTE, 2002), que institucionalizam o seguro social, fragmentando as classes assalariadas urbanas por inserção nos setores da atividade econômica: marítimos, bancários, comerciários, industriários e outros. Transformados em autarquias, “os institutos passam a ser geridos pelo Estado, continuando a contar com recursos financeiros de origem tripartite, com a diferença marcante de a contribuição patronal ser agora calculada, com a dos empregados, sobre o salário pago” (NUNES *et al.*, 2010, p. 16).

Os IAPs foram organizados, a partir de iniciativa do governo Vargas, para atender às categorias de trabalhadores urbanos de maior interesse para o modelo econômico, justamente aquelas mais mobilizadas, reivindicadoras e organizadas em torno de sindicatos (SOUTO-DE-MOURA L.; SOUTO-DE-MOURA G., 1997). Complementa Luz (1991, p. 79) que, “tanto os IAPs quanto os sindicatos, de inspiração populista típicos da Era Vargas, eram atrelados ao Estado que controlava, selecionava, organizava e formava suas lideranças e seus dirigentes, sempre entre os "simpatizantes" do regime em vigor”.

A transformação das CAPs em IAPs passa a ser compreendida como os embriões da política previdenciária. Foi-se consolidando um ideário favorável à uma relação pacífica entre trabalhador e empregador. Com o tempo, os IAPs tornaram-se estruturas poderosas, com forte poder econômico e capacidade de dominação política, sempre monitorados e conduzidos pelo governo central. A expansão industrial acelerada gerou um contingente de trabalhadores com suas famílias, que pressionavam por assistência médico-hospitalar. A pressão ocorria também por parte do empresariado, que exigia um trabalhador com plena capacidade produtiva (NOGUEIRA, 2002).

Neste mesmo sentido, Nunes *et al.* (2010) reforçam que, acompanhando as profundas transformações da sociedade brasileira nesse período, sobretudo os

processos de acelerada industrialização e urbanização, os serviços previdenciários de saúde vão progressivamente sendo pressionados pela demanda dos trabalhadores assalariados urbanos, sem outro serviço médico alternativo, quer estatal, quer privado, à exceção de uma rede de estabelecimentos de natureza filantrópica e de uma rarefeita rede pública hospitalar, ambulatorial e de atenção primária.

Em 1967 ocorre a unificação dos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O Instituto fica responsável pelos planos de seguridade e pela prestação de assistência médica, entendida como sinônimo de atenção à saúde. No seio do Instituto se instala a vanguarda médica identificada com o discurso curativista-privatista que concebe e elabora o modelo assistencial do órgão. O INPS fica subordinado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social (SOUTO-DE-MOURA L.; SOUTO-DE-MOURA G., 1997).

A medida uniforma o benefício para todas as categorias, mas acaba com a gestão tripartite (trabalhadores, empregadores e União) que existia até então nos IAPS, passando o INPS a uma gestão centralizada do ponto de vista administrativo e financeiro e com fins de capitalização. Assim, o INPS passou a ser o grande comprador de serviços privados de saúde, estimulando-se um padrão de organização de prática médica pela lógica do lucro (AGUIAR, 2011).

Posteriormente ao INPS, institui-se o denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social. O Inamps, na perspectiva de Andrade e Andrade (2010), tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados, o que justificava a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também a contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos, onde estava a maioria dos seus beneficiários. Os autores esclarecem que, mais uma vez, a assistência à saúde desenvolvida pelo Inamps beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, com carteira assinada, e seus dependentes, ou seja, não tinha o caráter universal que passa a ser um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde – SUS (ANDRADE E. N.; ANDRADE E. O., 2010), conforme observaremos na sequência deste trabalho.

Ainda na compreensão dos autores acima,

o Inamps aplicava nos estados, por intermédio de suas superintendências regionais, recursos para a assistência à saúde de modo mais ou menos proporcional ao volume de beneficiários e recursos arrecadados. Portanto,

quanto mais desenvolvida a economia do estado, com maior presença das relações formais de trabalho, maior o número de beneficiários e, conseqüentemente, maior a necessidade de recursos para garantir a assistência a essa população (ANDRADE E. N.; ANDRADE E. O., 2010, p. 66 e 67).

De fato, os trabalhadores “de carteira assinada”, fossem empregados ou autônomos, ativos ou aposentados, trabalhadores urbanos ou rurais, e seus dependentes, tinham o direito assegurado aos serviços do INAMPS, na medida em que contribuía (como contribuem ainda hoje) para a Previdência Social. Aos excluídos do mercado formal de trabalho restava a condição de “indigentes”, pobres que ainda recorriam às instituições filantrópicas ou, mais frequentemente, aos serviços públicos mantidos pelo Ministério da Saúde ou da Educação (Centros e Hospitais universitários) e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. (TEIXEIRA, 2011).

Sedimentam-se até a década de 70 essas dicotomias, quando, nos anos seguintes, a rede pública de serviços de saúde passa a assumir crescentemente também a assistência médica individual (NUNES *et al.*, 2010). Porém, a partir desta década, o Brasil começa a acompanhar o movimento mundial que ampliava a importância das ciências sociais na abordagem à saúde, razão pela qual participou de uma grande Conferência em Alma-Ata, na antiga União Soviética, em 1978, em evento patrocinado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Durante os anos 70 e 80, segundo PAIM (2008), o Brasil retoma a discussão em torno da integralidade e da humanização da saúde; e, sob a influência da Conferência Internacional de Alma-Ata (URSS), a saúde colocou-se em evidência.

A partir deste período é adotada e popularizada a concepção de saúde baseada nas propostas sancionadas pela Reunião da OMS, em Alma-Ata, onde a maioria dos governos do planeta reconheceu que a atenção primária e a participação popular eram mecanismos essenciais para o cumprimento da meta social de saúde que trazia a expressão “saúde para todos no ano 2.000” (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989). A difusão do ideário de saúde, como um bem universal e desejável a ser atingido, recoloca uma série de inquietações e desafios aos diferentes setores direta ou indiretamente envolvidos com os problemas de saúde (MENEZES, 2015).

Foi nesta época que, segundo Menicucci (2007, p. 158), iniciaram-se as discussões e mobilizações que marcaram profundamente “a história da Saúde Pública no Mundo; pensamentos de ousadia e com experiências nacionalistas permitiram a

elaboração da Declaração de Alma-Ata, e assim, a ampliação da compreensão da complexidade da garantia desse direito fundamental ao ser humano: a saúde”. Dentre o que ficou estabelecido na Declaração de Alma-Ata está principalmente a de que a conquista do mais alto grau de saúde exige a intervenção de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.

No entanto, com a chegada da crise da previdência no início da década de 80, cresce o aumento da insatisfação popular e o sucateamento da rede determinavam a necessidade de alguma transformação no sistema. É criado, em 1981, o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), impulsionando as primícias de um grande debate em torno de uma necessária reorientação das políticas públicas, democratizando o discurso e as práticas. No campo da saúde, os intelectuais lutam por uma reforma sanitária (SOUTO-DE-MOURA L.; SOUTO-DE-MOURA G., 1997).

No período de 1983, o Governo Federal implantou as Ações Integradas de Saúde (AIS), com o objetivo de ampliar a cobertura de atendimento no setor. Já os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), são considerados um importante passo para a reforma, assim como a criação de um Sistema Único de Saúde (GONÇALVES, 2011, p. 49).

Até que, em 1986, ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, marcando uma verdadeira revolução na concepção de saúde. Vence o discurso que considera saúde muito mais do que a simples ausência de doença, típica do modelo médico curativista, para a evolução do conceito em nível muito mais social do que biológico (SOUTO-DE-MOURA L.; SOUTO-DE-MOURA G., 1997).

No final da década de 80, a proteção social, inicialmente restrita aos contribuintes do sistema previdenciário, veio a ser ampliada com a Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, que estendeu à população em geral o conjunto de benefícios a serem cobertos, bem como se viu afirmada a universalização dos serviços de saúde e de assistência social (MENEZES, 2015), conforme apontaremos a seguir.

2.2 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E O DIREITO À SAÚDE

A criação da Constituição da República Federativa do Brasil consagrou, em 1988, com força de lei, o direito à saúde, e contribuiu para a ampliação dessa cobertura, que se estruturou nos estados e municípios brasileiro.

As atribuições do novo sistema são enunciadas no artigo 200 da constituição:

Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar com a proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988, p. 134).

A partir do seu surgimento revoluciona-se a forma de tratamento dispensado à saúde pública no Brasil. Isso porque, ao longo da maior parte do século XX, as intervenções sanitárias do Estado pautavam-se, em geral, por dois objetivos: em primeiro lugar, para fazer frente a situações emergenciais, muitas vezes com uso do aparato policial; em segundo lugar, para manter a integridade física do trabalhador (ou seja, para evitar que as forças produtivas do Estado fossem enfraquecidas) (PIVETA, 2014).

Na história brasileira, a Constituição Federal constitui-se como um marco político-institucional, uma vez que foi elaborada diante de um momento em que a sociedade efetivamente lutava por transformações sociais, pleiteando coberturas de direitos e enfatizando a necessidade de um sistema público de saúde para todos. E este sistema público de saúde consagra-se com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Importante lembrar que a Constituição foi proclamada numa época de instabilidade econômica, durante a qual os movimentos sociais se retraíram, a ideologia neoliberal proliferava e os trabalhadores perdiam poder de compra (PAIM *et al.*, 2011).

Até se cristalizar enquanto direito na Constituição de 1988, a saúde foi objeto de uma série de transformações no Brasil, “que configuraram variadas oportunidades políticas ao longo do tempo, apesar de sua dimensão relativamente recente enquanto

assunto típico de Estado e de titularidade de todos os cidadãos” (ASENSI, 2013, p. 131).

A partir do art. 196 do texto Constitucional apresenta-se a saúde como direito de todos e dever do Estado, e será garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988). A saúde passa a ser considerada na sua complexidade, colocando-se como um bem econômico não restrito ao mercado, como forma de vida da sociedade, e direito que se firma enquanto política, com as dimensões de garantias de acesso universal, qualidade, hierarquização, conforme ficou estabelecido na Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 2006).

Inaugura-se, assim, um novo momento político-institucional no Brasil ao reafirmar o Estado democrático e definir uma política de proteção social abrangente. Reconhece-se a saúde como direito social de cidadania e com isso a inscreve no rol de um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade voltados para assegurar a nova ordem social, cujos objetivos precípuos são o bem-estar e a justiça sociais (BRASIL, 2003).

3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO BRASIL

O atual modelo de prestação de serviços de saúde do Brasil, corporificado no Sistema Único de Saúde (SUS) é resultado de um processo histórico de lutas do Movimento Sanitário Brasileiro, intensificado a partir dos anos 1970 e 1980 em consonância com as lutas pelo processo de redemocratização da sociedade brasileira (RONCALLI, 2003).

A seguir, apresenta-se a proposta de criação do SUS, elucidando esta relevante política pública brasileira.

3.1 A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O modelo do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil iniciou seu desenvolvendo com a chamada Reforma Sanitária, movimento social que pleiteava acesso universal para a saúde desde a década de 70 (CAMPOS, 2002). A participação de vários profissionais da área, dirigentes sindicais, intelectuais, parlamentares, entre outros, levou à formação da proposta da Reforma Sanitária (BRASIL, 2002).

Esta Reforma foi resultante de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. Transformou-se em projeto a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde e desenvolveu-se como processo desde então, especialmente com a instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (PAIM, 2008).

Por meio de um processo democrático, com ampla participação da sociedade, foram formatadas, como propostas políticas, as principais ideias que vinham sendo discutidas. Envolvendo um conceito abrangente de saúde, seu reconhecimento como direito de cidadania e dever do Estado, entre outras, estabeleceu diretrizes que passaram a fundamentar e orientar as ações no âmbito da saúde do país (ALMEIDA; CASTRO; VIEIRA, 1998).

Em março de 1986, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, o texto SUS foi efetivamente criado.

A partir dessa Conferência, a sociedade brasileira passou a dispor de um corpo doutrinário e um conjunto de proposições políticas voltados para a saúde que apontavam para a democratização da vida social e para uma Reforma Democrática

do Estado. E foi justamente nesse processo de democratização da saúde que naquela época cunhou o nome de Reforma Sanitária (PAIM, 2008).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde contou com a participação de mais de 4.000 pessoas, propondo e discutindo os temas 'Saúde como direito', 'Reformulação do sistema de saúde' e 'Financiamento do setor' (GADELHA, 1988) e, no olhar de Carlini (2011), quase todas as palestras e painéis da conferência enfatizaram, em alguma medida, a importância da participação popular na escolha das políticas sociais de saúde e na fiscalização da aplicação e dos resultados dessas políticas. A autora aponta que a perspectiva de "construir juntos" (Estado e cidadãos) uma saúde pública de melhor qualidade para a população brasileira norteou este grande encontro, exigindo, "o enfrentamento de distorções estruturais do sistema de saúde, tendo como principal desafio a superação do grave quadro de desigualdades em saúde observado no país" (BAPTISTA *et al.*, 2009, p. 2).

Assim, a concepção política e ideológica do movimento pela Reforma Sanitária brasileira defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público (PAIM *et al.*, 2011). Pressupunha a criação de um organismo que, reunindo tudo o que existe "a nível da União, possa, a partir de um grande fundo nacional de saúde, promover uma política de distribuição desses recursos mais justa e igualitária, alcançando, assim, a universalização, isto é, garantindo a cada pessoa neste País o direito aos serviços básicos de saúde" (AROUCA, 1986, p. 43).

Passada a conferência foi criada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, "cuja composição incluía representantes do movimento sanitário, das organizações populares, dos organismos governamentais, dos parlamentares, dos prestadores de serviços privados de saúde e das organizações patronais" (NOGUEIRA, 2002, p. 147). No ano seguinte, em 1987, ainda, conforme Nogueira (2002), como resultado da ação da Comissão, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), com o objetivo de contribuir para a consolidação da Reforma, através de várias medidas de cunho administrativo e político. Assim, admitia-se que o SUDS poderia acionar mudanças imediatas nos serviços de saúde, coerentes com os princípios da democratização da saúde, assegurando melhoras progressivas na assistência aos cidadãos e nas condições de trabalho e de remuneração dos que prestavam serviços de saúde (PAIM, 2008).

A conferência acabou se desdobrando em várias outras conferências em campos específicos de saúde e, como resultado da criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, constituída por vários setores da sociedade civil organizada, foi possível a elaboração de um anteprojeto para a saúde, apresentado à Assembleia Nacional Constituinte, cuja base tinha a saúde como um direito de todos e como dever do Estado. Chega-se, assim, a criação de um Sistema Único de Saúde, com comando único em cada nível de governo, com participação social, autossuficiência, caminhando, dessa forma, para o surgimento de um sistema de saúde puramente estatal (GONÇALVES, 2011).

Além das conferências nacionais de saúde, foi institucionalizada uma estrutura inovadora, que estabeleceu conselhos de saúde e comitês intergestores nos níveis estadual (bipartite) e federal (tripartite) nos quais as decisões são tomadas por consenso (PAIM *et al.*, 2011). Inicia-se, assim, o primeiro rompimento com a situação anterior, em relação ao plano jurídico e político, a partir da ideia de universalidade. A partir desta nova concepção, todo cidadão brasileiro passa a ter direito ao acesso universal e igualitário, aos serviços e ações de saúde, quebrando com uma desigualdade histórica (NOGUEIRA, 2002).

Conforme nos lembra Matta (2007, p. 2), “a base legal do SUS é constituída fundamentalmente por três documentos que expressam os elementos básicos que estruturam e organizam o sistema de saúde brasileiro”. São eles:

1 - A Constituição Federal de 1988, na qual a saúde é um dos setores que estruturam a seguridade social, ao lado da previdência e da assistência social (Brasil, 1988).

2 - A lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, também conhecida como a Lei Orgânica da Saúde e que dispõe principalmente sobre a organização e regulação das áreas e serviços de saúde em todo território nacional (Brasil, 1990a).

3 - A lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que estabelece o formato da participação popular no SUS e dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990).

Assim, destaca-se que a normatização do SUS vem sendo implementada por uma série de legislações que incluem as Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8080 e Lei 8142, ambas de 1990) e outras leis, emendas, decretos, normas e portarias que foram editadas posteriormente, além das leis orgânicas estaduais e municipais necessárias em cada instância, previstas na legislação federal, que orientam o funcionamento do sistema. A operacionalização do SUS orienta-se pelas Normas Operacionais Básicas

(NOB) e Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), além das resoluções dos conselhos de saúde, nas três esferas de governo (AGUIAR, 2011).

Para o delineamento deste trabalho, serão apresentados, a seguir, alguns apontamentos sobre as Leis Orgânicas da Saúde.

3.2 O SUS E A LEI 8080/90

O SUS norteia-se por princípios doutrinários e organizativos. Os princípios doutrinários expressam as ideias filosóficas que permeiam a criação e implementação do SUS e personificam o conceito ampliado de saúde e o princípio do direito à saúde. Os princípios organizativos orientam o funcionamento do sistema, de modo a contemplar seus princípios doutrinários (RONCALLI, 2003).

3.2.1 *Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)*

Conforme relatado, como fruto das lutas populares e sindicais, a área da saúde foi a que mais obteve sucesso, no que diz respeito ao fortalecimento dos direitos sociais, o que se refletiu na Constituição de 1988. Esse avanço foi reiterado, em 1990, com a aprovação das Leis 8080 e 8142 (NOGUEIRA, 2002).

Reconhecida como a Lei Orgânica da Saúde, a Lei nº 8.080 parte do artigo 196 da Constituição e retoma a perspectiva da concepção ampliada de saúde no artigo 3, onde:

a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990).

Como norma infraconstitucional reguladora do sistema, “a Lei nº 8.080 definiu o SUS com comando único em cada esfera de governo e colocou o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União” (ANDRADE E. N.; ANDRADE E. O., 2010, p. 67).

No art. 7º do Capítulo II, esta Lei estabelece os Princípios e Diretrizes do SUS, que constituem as bases para o funcionamento e organização do sistema de saúde em nosso país, afirmando direitos conquistados historicamente pelo povo brasileiro e

o formato democrático, humanista e federalista que deve caracterizar sua materialização (MATTA, 2007).

Pela relevância do tema, traremos o texto do artigo na íntegra para posterior discussão:

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

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

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

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

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

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

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

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

VIII - participação da comunidade;

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

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

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

X - integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

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

e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990).

Nesse sentido, o SUS é um projeto que assume e consagra os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população brasileira, o que implica conceber “como “imagem-objetivo” de um processo de reforma do sistema de saúde “herdado” do período anterior, um “sistema de saúde”, capaz de garantir o acesso universal da população a bens e serviços que garantam sua saúde e bem-estar, de forma equitativa e integral” (TEIXEIRA, 2011, p. 2), para que todos possam usufruir igualmente as vantagens da vida em sociedade (SILVA, 2011).

As noções de universalidade, equidade e integralidade não podem ser compreendidas sem considerar a sua historicidade. Diante das articulações que se estabelecem entre saúde e estrutura social, cada sociedade engendra o seu sistema

de proteção social e intervenções sanitárias, ainda que influenciada pelas relações internacionais (PAIM, SILVA, 2010).

A universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, reconhece que “tal proposição constituiu grande mudança da situação até então vigente” (ANDRADE E. N.; ANDRADE E. O., 2010, p. 67), isso porque, conforme já apontado, a implantação de um sistema de saúde universal no Brasil teve início em um contexto político e econômico desfavorável, que promovia a ideologia neoliberal, perspectiva essa reforçada por organizações internacionais contrárias ao financiamento público de sistemas de saúde nacionais e universais (PAIM, 2011).

Em estudo que discute os sentidos de universalidade da saúde (ROSÁRIO, BAPTISTA E MATTA, 2020), aponta-se que um primeiro tema associado à universalidade foi o de ampliação do acesso, subdividido em dois eixos de discussão: ampliação do acesso vinculado ao conceito ampliado de saúde e ampliação do acesso como garantia da prestação de serviços de saúde. Neste sentido, os autores acima sinalizam que a garantia do direito à saúde e a ampliação de seu acesso exigem a definição de políticas sociais e econômicas que fossem capazes de enfrentar situações de desigualdades.

A universalidade torna-se, portanto, um princípio finalístico, ou seja, é um ideal a ser alcançado, indicando uma das características do sistema que se pretende construir e um caminho para sua construção. Mas, para que o SUS venha a ser efetivamente universal, é preciso se desencadear um processo de extensão de cobertura dos serviços, de modo que venham, paulatinamente, a se tornar acessíveis a toda a população. Para isso, é preciso eliminar barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais que se interpõem entre a população e os serviços (TEIXEIRA, 2011).

Assim, a universalidade passa a ser contemplada e, num momento ulterior, ganha espaço a noção de equidade. Do ponto de vista etimológico, a palavra equidade está próxima da igualdade e ambas têm sido frequentemente usadas como sinônimos. São consideradas um contraponto para as desigualdades, sejam as socioeconômicas, sejam as de saúde (PAIM, SILVA, 2010).

A noção de equidade não aparece nos textos fundacionais do SUS e só algum tempo depois surge como norteador das políticas de saúde em documentos e textos acadêmicos (ESCOREL, 2001).

A equidade aparece como sinônimo de igualdade, embora não conste entre os princípios do SUS, seja na Constituição, seja na Lei Orgânica da Saúde. Os princípios e diretrizes nesses marcos legais são a igualdade, a universalidade e a integralidade (BRASIL, 2003).

A literatura, por sua vez, tem mostrado que o termo equidade tem servido a diversas interpretações, sendo estas fundadas no princípio da igualdade de oportunidades de acesso a serviços de saúde, de recursos despendidos para cada indivíduo de uma condição particular, de vida sadia ganha por unidade monetária utilizada, de possibilidade das pessoas atingirem seu potencial de vida saudável, ou atendimento desigual a pessoas desiguais; interpretações baseadas no princípio da diferença, tratamento igual para os iguais e desigual para os desiguais (FORTES, 2003).

Assim, o princípio da equidade surge, justamente, no espaço das diferenças. Sua discussão levaria a reconhecer a pluralidade da condição humana, com a conseqüente diversidade das suas necessidades, e a atentar para as iniquidades das condições sociais, planejando políticas e ações para reduzi-las. A ideia de equidade, portanto, complexifica a noção de igualdade, comprometendo-se com a máxima: a cada um segundo a sua necessidade (LOPES, MATTA, 2014).

O princípio da equidade, tem sido, atualmente, o tema central em todos os debates sobre as reformas dos sistemas de saúde no mundo ocidental. A noção de equidade, reforça Teixeira (2011), diz respeito à necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais” de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade.

Segundo a Fundação Oswaldo Cruz o princípio da equidade se evidencia no atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades, oferecendo mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados. Busca-se, com este princípio, reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender a diversidade (FIOCRUZ, 2021).

Assim, o ponto de partida da noção de equidade é o reconhecimento da desigualdade entre as pessoas e os grupos sociais e o reconhecimento de que muitas dessas desigualdades são injustas e devem ser superadas. Em saúde, especificamente, as desigualdades sociais se apresentam como desigualdades diante

do adoecer e do morrer, reconhecendo-se a possibilidade de redução dessas desigualdades, de modo a garantir condições de vida e saúde mais iguais para todos (TEIXEIRA, 2011).

Embora a igualdade seja um valor importante, haveria situações em que ocorrem grandes desigualdades, como no acesso aos serviços de saúde. Nesses casos, atender igualmente os desiguais poderia resultar na manutenção das desigualdades. Assim, a questão posta vai no sentido de demonstrar que a igualdade pode não ser justa. Com vistas, sobretudo, à distribuição de recursos, a noção de equidade admite a possibilidade de atender desigualmente os que são desiguais, priorizando aqueles que mais necessitam para poder alcançar a igualdade (PAIM, SILVA, 2010).

Como se pode perceber, a questão da equidade está historicamente relacionada à noção de justiça. Justiça social e individual entre os membros de uma sociedade que, de alguma forma, vivem sobre a necessidade de construção de direitos e regras comuns (LOPES, MATTA, 2014).

Por fim, sobre a integralidade, a Lei 8.080/90 refere-se à integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 2003).

Um modelo “integral” é aquele que dispõe de estabelecimentos, unidades de prestação de serviços, pessoal capacitado e recursos necessários, à produção de ações de saúde que vão desde as ações inespecíficas de promoção da saúde em grupos populacionais definidos, às ações específicas de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica dirigidas ao controle de riscos e danos, até ações de assistência e recuperação de indivíduos enfermos, sejam ações para a detecção precoce de doenças, sejam ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação (TEIXEIRA, 2011).

A noção de integralidade diz respeito ao leque de ações possíveis para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência a doentes, implicando a sistematização do conjunto de práticas que vem sendo desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde.

Segundo Paim e Silva (2010, p. 5), a Reforma Sanitária Brasileira contemplou originalmente a integralidade em pelo menos quatro perspectivas:

- a) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária;
- b) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social;
- c) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde;
- d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial.

Assim, visando o cuidado integral, a pessoa passa a ser compreendida na sua totalidade, considerando-se os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. A assistência integral, mesmo na dimensão individual, apresenta um caráter completo, valorizando as interações entre os sujeitos e a construção de vínculos na atenção entre os usuários do cuidado e os cuidadores.

Numa tentativa didática e explicativa sobre os princípios do SUS, recorre-se novamente a Paim e Silva (2010, p. 6) que trazem que:

a universalidade supõe que todos os brasileiros tenham acesso igualitário aos serviços de saúde e respectivas ações, sem qualquer barreira de natureza legal, econômica, física ou cultural. A equidade possibilita a concretização da justiça, com a prestação de serviços, destacando um grupo ou categoria essencial alvo especial das intervenções. E a integralidade tende a reforçar as ações intersetoriais e a construção de uma nova governança na gestão de políticas públicas.

De tal modo, é possível compreender que os princípios e diretrizes do SUS devem ser analisados a partir de uma perspectiva histórica e epistemológica, constituindo-se como um processo político e que expressa concepções sobre saúde e doença, direitos sociais, gestão, além das relações entre as esferas de governo do país (MATTA, 2007).

3.2.2 Princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS)

O projeto do SUS se organiza seguindo as diretrizes de descentralização, regionalização, hierarquização e participação social.

Dentre as diretrizes previstas pelos incisos do art. 198 da Constituição Federal, pela lei disciplinadora do Sistema Único de Saúde (SUS), inclui-se a descentralização, mas com direção única em cada esfera de governo (DECOMAIN, 2003).

A descentralização do sistema de saúde esteve vinculada a um processo mais amplo de transição política e de reconfiguração da Federação Brasileira, iniciado pelos movimentos democráticos da década de 1980 e moldado, posteriormente, pelos programas de ajuste macroeconômico. Esse novo acordo federativo deu mais autonomia aos municípios, mas também expandiu os recursos e controles do nível federal. A saúde foi o único setor que implementou uma descentralização radical, com importante financiamento e ações regulatórias do governo federal (PAIM, 2011).

A descentralização da gestão do sistema implica na transferência de poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal (Ministério da Saúde) para os estados (Secretarias Estaduais de Saúde) e municípios (Secretarias Municipais de Saúde). Esta transferência ocorre a partir da redefinição das funções e responsabilidades de cada nível de governo com relação à condução político-administrativa do sistema de saúde em seu respectivo território (nacional, estadual, municipal), coma transferência, concomitante, de recursos financeiros, humanos e materiais para o controle das instâncias governamentais correspondentes (TEIXEIRA, 2011).

A descentralização é instituída como direção única em cada esfera de governo, o atendimento integral com prioridade para atividades preventivas, “sem prejuízo dos serviços assistenciais, e a participação da comunidade, além de comprometer, quanto ao financiamento, a participação de recursos do orçamento de seguridade social, da União, dos Estados e Municípios, do Distrito Federal e Territórios” (MENEZES, 2015, p. 117).

A descentralização da saúde corresponde à descentralização do poder político, bem como das responsabilidades e de recursos. Nesse sentido, “há uma desconcentração de poder da União, passando a ser distribuído entre os estados e municípios de forma a efetivar as diretrizes do sistema. Ainda, a descentralização ocorre pela vertente da municipalização” (DRAIBE, 1997, p. 6).

A regionalização e a hierarquização dos serviços, dizem respeito à forma de organização dos estabelecimentos (unidades de unidades) entre si e com a população usuárias. A regionalização dos serviços implica a delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, que leva em conta a divisão político-administrativa do país, mas também contempla a delimitação de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde, subdivisões ou agregações do espaço político-administrativo. A hierarquização dos serviços, por sua vez, diz respeito à possibilidade

de organização das unidades segundo grau de complexidade tecnológica dos serviços, isto é, o estabelecimento de uma rede que articula as unidades mais simples às unidades mais complexas, através de um sistema de referência e contrarreferência de usuários e de informações (TEIXEIRA, 2011).

A hierarquização significa que os serviços seriam estruturados em redes de referência e contra-referência, de acordo com níveis crescentes de complexidade dos atos diagnósticos e terapêuticos. Este conceito se opõe à tendência historicamente dominante, e hoje hegemônica, da medicina científica moderna de sofisticar os meios diagnósticos e terapêuticos desde o início da intervenção médica, privilegiando o interesse em doenças raras e complexas em detrimento de uma atenção mais voltada às necessidades da população (SOUTO-DE-MOURA L.; SOUTO-DE-MOURA G., 1997).

Finalmente, a integração entre as ações promocionais, preventivas e curativas diz respeito à possibilidade de se estabelecer um perfil de oferta de ações e serviços do sistema que contemple as várias alternativas de intervenção sobre os problemas de saúde em vários planos de sua “história (natural) social”, abarcando intervenções sobre condições de vida, riscos e danos à saúde (TEIXEIRA, 2011).

3.3. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A LEI 8142/90

Logo após as mudanças introduzidas a partir da Lei Fundamental e da Lei Orgânica da Saúde nº8080/90, foi introduzida a Lei nº8142/90, que versa sobre participação da comunidade na gestão do sistema e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, respectivamente, passando as decisões em matéria de saúde pública a envolver novos atores sociais, acarretando com isso modificações na formulação das políticas de saúde, com inovações institucionais em termos da estrutura e dinâmica do processo decisório (SILVA, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde, é a garantia constitucional de que a participação popular, por meio de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas públicas de saúde, do controle social e de sua execução, em diversos níveis, desde o local até o federal (BRASIL, 1990).

A Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a "(...) participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (...)" (Brasil, 1990, p.). Cria as Conferências de Saúde, com representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes (SOUTO-DE-MOURA L.; SOUTO-DE-MOURA G., 1997).

Sobre estes recursos financeiros, a Lei explicita em seu artigo 33 que tais recursos serão depositados em conta especial (os fundos de saúde), em cada esfera de atuação e deverão ser movimentados sob o controle fiscalização dos conselhos de saúde (AGUIAR, 2011).

A partir dessas ações abriram-se espaços para gestão e democratização dos serviços de saúde, com a ampliação da participação popular, possibilitando o controle social por diferentes sujeitos coletivos que interagem entre si e com o Estado (NOGUEIRA, 2002), promovendo a participação da comunidade em todos os níveis de governo (PAIM, 2011).

Neste sentido, as propostas das Conferências de Saúde foram constituídas na perspectiva de:

[...] reunir-se a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 1990).

Cria também os Conselhos de Saúde atuando

[...] em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990).

A democracia participativa do conselho de saúde permite ao povo falar em seu próprio nome, expressar seus interesses diretamente, pressionar, acompanhar e fiscalizar as ações do Estado. A democracia participativa traz as "ruas" para dentro do Estado, para os espaços do próprio poder executivo, e, no início do século XXI, timidamente para o poder judiciário (BRASIL, 2006).

A participação popular no contexto da saúde é compreendida como *controle social*. Nesta ótica, o Ministério da Saúde (2006) ainda aponta que o controle social pode ser compreendido, no contexto da saúde, como um fator de publicização do Estado, esta entendida como articulação de uma relação política entre Estado e sociedade, onde os interesses divergentes são expressos, os embates aceitos e as propostas construídas para a efetivação dos direitos conquistados, visando ao alcance de novos direitos, que possam se tornar agendados e institucionalizados.

E reitera:

o controle social, além de publicizar, democratizar e criticar a relação do Estado com os direitos dominantes é, paradoxalmente, uma instituição em movimento, que promove a presença dos movimentos sociais na agenda governamental. Revela as agendas ocultas sob as licitações, contratos e propostas. Avalia o que vem sendo feito e olhar para a construção do futuro do direito e do direito ao futuro, ao sonho, para não se ficar prisioneiro do orçamento exigido pelo pagamento de juros e da dívida, nem prisioneiro do tempo das eficiências pragmáticas (BRASIL, 2006, p. 21).

A participação popular proposta é diferente das iniciativas até então tentadas, numa real democratização das relações entre os profissionais que "operam" o sistema e a clientela usuária que dele, em tese, se beneficia. Se entende como uma inversão dos vetores, do poder burocrático e técnico para o do beneficiário dos serviços (SOUTO-DE-MOURA L.; SOUTO-DE-MOURA G., 1997).

Discutir sobre o planejamento estatal é considerar a participação popular nesse processo, justificando-se pela imprescindibilidade do orçamento público e participativo, com vistas à sua responsabilização coletiva e para realização dos serviços que instrumentalizam os direitos sociais (MENEZES, 2015).

Sobre a relevância da participação social, Carlini (2014, p. 2008) afirma que "é preciso que a sociedade participe do debate de forma contínua e não apenas quando está acometida de uma doença. O sujeito de direitos precisa ser tutelado pelo Estado mas não a ponto de perder sua autonomia". Neste sentido, será a participação efetiva e contínua da sociedade que contribuirá para efetivação do sujeito de direitos.

4. DIREITOS FUNDAMENTAIS SOCIAIS E O DIREITO À SAÚDE

A saúde não é compreendida como apenas a ausência de doença, mas também um primado de direitos fundamentais sociais, ou prestacionais, vindo, assim, a constar no catálogo constitucional de direitos à prestação, direitos estes que impõem um dever do Estado (MENEZES, 2015).

4.1 DIREITOS FUNDAMENTAIS E A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

Reconhece-se, na história e na literatura, que os direitos fundamentais despertam um conceito dinâmico no tempo e sua transformação acompanha a transformação da sociedade humana.

Do ponto de vista terminológico, o vocábulo direito fundamental expressa uma noção própria da teoria constitucional. Apesar de diversos desacordos terminológicos que envolvem a linguagem dos direitos, há certa tendência em utilizar a referida expressão para designar os direitos humanos reconhecidos e positivados em determinada ordem constitucional (PEREIRA, 2006).

Quando se fala em direito fundamental, aborda-se uma categoria jurídica complexa, que pode ser analisada a partir de múltiplos enfoques. Segundo Pereira (2006), isso ocorre porque o significado que os direitos fundamentais assumem no constitucionalismo contemporâneo é resultado de um longo processo histórico em que foram sendo ampliados, de forma progressiva, seu alcance e força vinculante no ordenamento.

Trata-se de situações jurídicas sem as quais a pessoa humana não se realiza, não convive, e às vezes, nem sobrevive; fundamentais do homem no sentido de que a todos, por igual, devem ser, não apenas formalmente reconhecidos, mas concreta e materialmente efetivados (SILVA, 2002).

Titular do direito, notadamente na perspectiva da dimensão subjetiva dos direitos fundamentais, “é quem figura com sujeito ativo da relação jurídico-subjetiva, de tal sorte que destinatário é a pessoa (física, jurídica ou mesmo ente despersonalizado) em face da qual o titular pode exigir o respeito, proteção ou promoção do seu direito” (SARLET, 2011, p. 121).

Nesta reflexão entre o direito fundamental e a dignidade da pessoa humana, Novelino (2009, p. 348) aponta que:

A dignidade em si não é um direito, mas um atributo inerente a todo ser humano, independentemente de sua origem, sexo, idade, condição social ou qualquer outro requisito. O ordenamento jurídico não confere dignidade a ninguém, mas tem a função de proteger e promover esse valor. O reconhecimento da dignidade como fundamento impõe aos poderes públicos o dever de respeito, proteção e promoção dos meios necessários para uma vida digna.

Em 1948, a Declaração dos Direitos Humanos concebeu o caráter universal do princípio da dignidade humana, reconhecendo que esta é fundamento da liberdade, da justiça e da paz mundial. Em seu texto são apresentados os direitos humanos fundamentais, a dignidade e o valor da pessoa humana, no intuito de buscar promover o progresso social e melhores condições de vida, proclamando que todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos.

A Carta Constitucional de 1988, por sua vez, estabeleceu e organizou o Estado Democrático de Direito seguindo as orientações de um modelo de Estado que enfatiza os direitos fundamentais. Forneceu novo tratamento aos direitos sociais e, assim, alcançou o direito à saúde, não só pela previsão de sua aplicabilidade imediata, mas, também, em razão da adoção de um sistema de proteção social de seguridade (CANUT, 2013).

Então, no direito fundamental vinculado ao direito à saúde, um dos papéis seria a efetivação de políticas públicas, executadas em alinhamento com o texto Constitucional, que dialoga, ainda, com a perspectiva da dignidade da pessoa humana.

Mas, para Sarlet (2009), conceituações claras se revelam, no mínimo, difícil de serem obtidas. Tal dificuldade, decorre da circunstância de que se cuida de um conceito de contornos vagos e imprecisos, caracterizados por sua natureza polissêmica, muito embora tais atributos não possam ser exclusivamente atribuídos à noção de dignidade humana.

Sabemos que

aspectos sociais da dignidade da pessoa humana são sobejamente conhecidos nas sociedades ocidentais contemporâneas: são os direitos à saúde, à educação, à moradia, ao trabalho, à assistência social para os vulneráveis. Mas a medida exata de aplicação desses direitos em cada caso concreto, e a solução do caso concreto quando os direitos fundamentais de um indivíduo se chocam com os de outros ou de outros indivíduos (todos portadores dos mesmos direitos em uma dada sociedade) torna a tarefa de

efetivar os direitos fundamentais ainda mais complexa (CARLINI, 2014, p. 106).

Atualmente, é ampla a produção doutrinária que trata da problemática dos direitos fundamentais sociais, sendo bastante frequente o surgimento de novas posições jurídicas com aptidão para alterarem a maneira como eles são interpretados. Apesar disso, segundo Menezes (2015), a doutrina possui muitos pontos de convergência, sendo pacífica no que se refere à trajetória da noção de direitos fundamentais em diferentes gerações ou dimensões, as quais foram se complementando ao longo do tempo.

4.2 O PRINCÍPIO DA RESERVA DO POSSÍVEL

O conceito de reserva do possível, segundo Carlini (2011, p. 117), “sofreu, de início, certo repúdio dos juristas brasileiros preocupados em construir estudos sobre a efetividade dos direitos fundamentais”.

De forma geral, a expressão reserva do possível procura identificar o fenômeno econômico da limitação dos recursos disponíveis diante das necessidades quase sempre infinitas a serem por eles supridas. [...] a reserva do possível significa que, para além das discussões jurídicas sobre o que se pode exigir judicialmente do Estado – e em última análise da sociedade, já que é esta que o sustenta -, é importante lembrar que há um limite de possibilidades materiais para esses direitos. Novamente: pouco adiantará, do ponto de vista prático, a previsão normativa ou a refinada técnica hermenêutica se absolutamente não houver dinheiro para custear a despesa gerada por determinado direito subjetivo.

A rigor, sob o título da reserva do possível convivem ao menos duas espécies de fenômenos. O primeiro deles lida com a inexistência fática de recursos, algo próximo da exaustão orçamentária, e pode ser identificado como reserva do possível fática. [...] O segundo fenômeno identifica uma reserva do possível jurídica já que não se descreve propriamente um estado de exaustão de recursos, e sim a ausência de autorização orçamentária para determinado gasto em particular. (BARCELLOS, 2008, p. 261).

No Brasil, nos aspectos voltados para o direito à saúde, muitas vezes os mais pobres enfrentam dificuldades para conseguir acesso aos tratamentos viabilizados pelo SUS. Estes mesmos indivíduos vulnerabilizados, segundo Silva (2011), não terão facilidade de acesso ao judiciário, enquanto os mais abastados utilizam os serviços de saúde pela rede privada e acessam o Poder Judiciário sem maiores dificuldades, com grandes chances de decisões favoráveis, que em diversas oportunidades

determinam ao Estado a prestação de serviços ou aquisição de medicamentos, custeados com o dinheiro do SUS.

Diante da amplitude temática da reserva do possível no contexto da saúde,

e, para além das considerações de ordem financeiro-orçamentária estrita, envolve também aspectos outros, tais como disponibilidade efetiva de leitos, aparelhos médicos avançados, profissionais de saúde habilitados, etc. Além disso, assume relevo a exigência de capacidade de decisão específica (perícia) acerca das diretrizes terapêuticas a serem observadas quanto à prestação de saúde requerida. Isso porque os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas do SUS, que uniformizam as condutas de tratamento no âmbito do sistema de saúde brasileiro, têm por base o trabalho de profissionais especializados, buscando (pelo menos vale, em princípio, a presunção) acima de tudo, a garantia de eficiência e segurança dos tratamentos e medicamentos indicados, encontrando-se abertos à participação da comunidade científica, a quem é viabilizada a possibilidade de opinar sobre o protocolo em estudo, antes que seja definitivamente aprovado e estabelecido. (SARLET; FIGUEIREDO, 2007, p.57)

Ainda para Silva (2011), mesmo que se considere a limitação de recursos, a necessidade do Estado é a de prover de maneira voluntária, através de políticas públicas ou compelido pelo Judiciário, quando provocado, o mínimo de condições para uma existência digna ao indivíduo, na qual o direito fundamental à saúde é essencial.

Neste sentido, “a compreensão da reserva do possível vai depender, em alguma medida, da aproximação com a Economia, principalmente dos estudos de gastos públicos, de composição de orçamentos e de impacto das decisões judiciais em toda a cadeia de distribuição de rendas” (CARLINI, 2014, p. 119). Para trabalhar com conceitos de reserva do possível, deixar de fora a contribuição da Economia é arriscar a compreensão do problema de forma restrita e, como tal, incompleta (CARLINI, 2014).

Por tudo isso, o Estado, que deve ser entendido como o Executivo, o Legislativo e o Judiciário, tem o ônus de implementar e fazer concretizar direitos que são essenciais para que o ser humano tenha uma vida digna e possa realizar seus projetos de vida, assegurando o direito à educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e à assistência

social aos desamparados (MENEZES, 2015), onde a definição de quanto gastar e onde gastar os recursos públicos são decisões próprias da esfera de deliberação democrática.

As forças políticas e econômicas em tensão após a entrada em vigor da Constituição Federal de 1988 acenderam o debate em torno da efetividade das normas constitucionais, e trouxeram para o centro do interesse dos juristas questões como o [...] conceito de *reserva do possível*, de *mínimo ético exigível* e o direito ao *mínimo existencial*, entre outros temas que frequentam o debate e a pesquisa acadêmica e que, igualmente se tornaram presentes na fundamentação das decisões judiciais (CARLINI, 2014, p. 111).

Com a configuração de um novo sistema de proteção social, o da seguridade, e com ênfase nos direitos fundamentais, o Estado se vê obrigado a garantir os direitos sociais por meio de políticas públicas e diante da sua potencial exigibilidade judicial (CANUT, 2013), que vem sendo denominada, no campo da saúde, como a judicialização da saúde no Brasil.

4.3. REFLEXÕES SOBRE A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Antes de apontarmos algumas discussões sobre a judicialização da saúde, é interessante trazer o significado da palavra judicialização, talvez num sentido mais amplo, expresso por Luís Roberto Barroso como:

Judicialização significa que questões relevantes do ponto de vista político, social ou moral estão sendo decididas, em caráter final, pelo Poder Judiciário. Trata-se, como intuitivo, de uma transferência de poder para as instituições judiciais, em detrimento das instâncias políticas tradicionais, que são o Legislativo e o Executivo (BARROSO, 2011, p. 360).

E é a partir desta transferência de poder que nos parece que uma série de discussões da doutrina sobre a judicialização da saúde inicia.

Realizando uma análise temporal, observa-se que durante os anos 1990 e 2000, cresceu progressivamente o número de mandados judiciais com reivindicações relativas ao direito à saúde. As atuações do Judiciário e do Ministério Público, segundo Baptista *et al* (2009), têm revelado inconsistências e contradições no âmbito legal e normativo do SUS, bem como problemas não equacionados pela política de saúde,

questionando a atuação do Executivo e criando novas demandas por legislação, o que recoloca a questão do direito à saúde na pauta de discussão.

Na passagem da primeira para a segunda década do século XXI, segundo Amaral (2011, p. 81), “a prática judicial acerca do chamado ‘direito à saúde’ buscou uma transição”. No entendimento do autor, seria mais adequado falar em direito aos cuidados de saúde, ou cuidados voltados à saúde, evitando assim uma percepção equivocada de que um estado de “não saúde” seja um estado de violação ao direito, a ser sanado por prestação estatal que reponha a situação “saúde”, ou o mais próximo que dela se possa chegar. Porém, conforme é possível perceber, desde o início deste trabalho a terminologia *direito à saúde* está sendo utilizada como método didático.

O direito à saúde, observado a partir da limitação do SUS e das políticas de saúde pública no Brasil, apresenta, como resultado, uma crescente demanda de ações buscando na Justiça a garantia do acesso à saúde. O Judiciário torna-se a válvula de escape para o cidadão conseguir tratamento médico e remédios, falando-se assim, em judicialização do acesso à saúde (CARVALHO, 2007).

A judicialização da saúde ocorre nos vários Estados brasileiros, tanto como meio de acesso a tratamentos médico-hospitalares sofisticados como também para tratamentos mais comuns não disponíveis em uma determinada unidade de saúde pública e, conforme afirmação de Carlini (2011), consiste em buscar a efetividade do atendimento às necessidades de saúde por meio de decisões judiciais que determinam que uma instituição pública ou privada deve atender àquilo que o sujeito de direito, autor da ação, entende como um direito subjetivo.

Assim, é inegável perceber que se inicia um conflito de interesses entre quem está pleiteando um medicamento e a coletividade. Segundo Timm (2011), este coletivo se formaria a partir do contribuinte que está sendo tributado pelo Estado com vistas ao fornecimento de bens ou serviço público e/ou comunidade que seria destinatária de algum bem ou serviço público alternativo àquele discutido em um processo judicial. Então, um dos pontos a se discutir é que parece despontar um “certo reducionismo em pensar a atuação do Judiciário como uma nova dimensão da esfera do político, sobretudo porque, no âmbito da saúde, as decisões continuam sendo individuais sem a necessária repercussão na melhoria do sistema coletivo” (CARLINI, 2014, p. 138).

Com efeito, no entendimento de Nobre (2011, p. 360), se tornou comum falar no Brasil em judicialização da saúde como se fosse “uma distorção que precisa ser

combatida, por duas razões: uma, porque estaria havendo uma avalanche de ações judiciais objetivando prestações de saúde; duas, porque o Poder Judiciário estaria se envolvendo em algo além das suas atribuições constitucionais”.

Em outras palavras, sobretudo entre alguns operadores do SUS e os gestores dos planos de saúde (em sentido amplo), sob a designação de judicialização da saúde, circula e se propala uma versão negativa da atuação do Poder Judiciário nessas questões, uma vez que carrega forte insinuação de que a magistratura, ao conhecer e decidir sobre pedidos referentes a prestação de saúde, concedendo liminares em processos judiciais movidos para esse fim, estaria interferindo indevidamente na gestão do Sistema Único ou na execução dos contratos celebrados com operadoras privadas, bem como causando sérios prejuízos financeiros em ambos os casos, capazes de inviabilizar sua continuidade (NOBRE, 2011, p. 360).

Tais discussões ganharam amplitude e visibilidade do Conselho Nacional de Justiça que, “em 2010, instituiu o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde, formalizado através de ato normativo, Resolução nº107, de 06 de abril de 2010” (SILVA, 2011, p. 405).

Como resultado do Fórum, foi recomendada a realização de seminários para estudo e mobilização na área da saúde com a presença de magistrados, membros do Ministério Público e gestores, além de recomendar que o Direito sanitário seja incorporado como disciplina nos cursos dos magistrados (CARLINI, 2011), para que o judiciário tenha maior clareza sobre as temáticas voltadas para a saúde no Brasil.

No entanto, na visão de Silva (2011), não se trata, por nenhum modo, do Judiciário fazer as vezes do Executivo, administrando o orçamento, atuando no dia a dia da Administração Pública para prover os meios de efetivação do direito à saúde, mas, sobretudo, a partir de uma leitura ampla, inclusive do quadro orçamentário estabelecido em lei, aferir nas demandas se o interesse público está sendo respeitado a partir das balizas constitucionalmente previstas em relação à saúde em todas as suas dimensões.

Ocorre é que, a imposição judicial, no mais das vezes, é de caráter individual e não influi nas políticas públicas, podendo, inclusive, prejudicar a realização delas nas ocasiões em que um órgão público é obrigado, por decisão judicial, a custear medicamento de alto preço para uma situação individual específica, o que permite inferir que tais valores não serão utilizados em políticas públicas de saúde que haviam sido planejadas e orçadas por aquele governo municipal (CARLINI, 2014, p. 139).

Com isso, evidencia-se que a ampliação da atividade jurídica seja ao menos em parte decorrência das deficiências da própria administração pública, podendo ter um efeito benéfico na responsabilização do Estado em desenvolver procedimentos adequados de incorporação, compra e distribuição de procedimentos terapêuticos pela rede pública. Mas com essa prática corre-se o risco de se desenvolver a via judicial como principal meio para se garantir o acesso ao medicamento, o que é no mínimo contraditório quando se pensa a saúde como direito social de cidadania (BAPTISTA *et al.*, 2009, p. 8).

Esta análise, segundo Nobre (2011), tem o especial propósito de apresentar uma feição negativa e prejudicial às políticas públicas de saúde do nosso país, já que seria provocadora de sérios danos ao financiamento do SUS e ao equilíbrio dos contratos vigentes no sistema suplementar. Em contrapartida, segundo o mesmo autor, essas demandas terminam sendo, na maioria dos casos, os únicos e, por mais paradoxal que possa parecer, derradeiros remédios eficazes e atualmente disponíveis pela sociedade para enfrentar certas disfunções do sistema de saúde brasileiro, as quais decorrem da falta de regras mais claras a respeito dos direitos e dos deveres de cada qual dos atores dos sistemas, bem como sobre as suas responsabilidades e limitações. E ainda aponta que, o indicativo baseado nos números não elide a conclusão de que há excesso de demandas por prestações de saúde; reconhece que o impacto financeiro dessas ações é extremamente gravoso, a ponto de se poder considerá-las excessivas sob esse outro aspecto, mas alega que “tal argumento não se sustenta, pois o volume de recursos disponibilizados nos orçamentos públicos que respondem pelo SUS notoriamente aponta em contrário” (NOBRE, 2011, p. 362).

Contudo, associar a ideia de cidadania ativa ao ato de um cidadão ir ao Poder Judiciário, sozinho, requerer concessão de medicamentos gratuitos, fornecimento de órteses, próteses ou medicamentos excepcionais de alto custo ou tratamentos experimentais em outros países, entre outros pedidos formulados diariamente nos vários fóruns do País, limita em muito o conceito de cidadania e ainda restringe por demasia a atividade política (CARLINI, 2014, p. 146).

5. CONCLUSÃO

A trajetória histórica do ser humano permite compreender que estamos permanentemente envolvidos em aspectos objetivos e subjetivos que se entrelaçam, se complementam e se negam sucessivamente (CARLINI, 2011).

Muito embora a amplitude do tema deste trabalho não permita uma análise detalhada e conclusões concretas, é possível compreender que o direito à saúde possui dimensão individual e coletiva, numa condição de sujeitos de direitos subjetivos.

Considerando o modelo atual da Constituição Federal brasileira, o Estado está obrigado, genericamente falando, a prestar serviços públicos e assistência social aos menos favorecidos, onde, a melhor forma do Estado cumprir esse seu papel é via criação de políticas públicas sociais e assistenciais dentro das orientações das melhores práticas administrativas e econômicas a fim de dotar o gasto de maior eficiência, atingindo um maior número de pessoas necessitadas e dentro do que for realística o orçamentariamente possível ou viável (TIMM, 2011).

Um exemplo a ser elencado são os desafios futuros do SUS, como a reforma de sua estrutura de financiamento, com vistas a assegurar a universalidade, igualdade e sustentabilidade no longo prazo; a adequação do modelo de atenção para atender às rápidas mudanças demográficas e epidemiológicas do país e a promoção da qualidade do cuidado e da segurança dos pacientes (PAIM, 2011).

Quanto às políticas públicas de saúde, em alguns contextos “insinuam-se medidas de *desjudicialização* para desafogar o Judiciário e tornar mais rápidas as soluções dos conflitos” (NOBRE, 2011, p. 365).

No entanto, entende-se que,

sem o debate político prévio e o esgotamento das vias institucionais democráticas, a utilização do Poder Judiciário para obtenção de direitos individuais na área de direitos sociais é próxima a obtenção de um serviço disponível para poucos, até porque não são todos que necessitam de direitos sociais que dispõem de condições de acessar o Judiciário, ainda que por meio da advocacia pública (CARLINI, 2014, p. 147).

No olhar de Menezes (2015), a definição de quanto gastar e onde gastar os recursos públicos são decisões da esfera da deliberação democrática e não do magistrado, vez que a própria Constituição reconhece, ao dispor sobre as

competências do Executivo e do Legislativo, no que diz respeito à elaboração do orçamento, que sua execução e controle são exclusivos. Na perspectiva do autor, seria presunçoso imaginar que os juristas e os juízes tomariam melhor decisão em matéria de políticas públicas do que os agentes públicos encarregados dessa função.

O fato é que nem sempre se dispõe de elementos ou condições de avaliar, sobretudo em demandas individuais, a realidade da ação estatal como um todo. “Preocupado com a solução dos casos concretos, o juiz fatalmente ignora outras necessidades relevantes e a imposição inexorável de gerenciar recursos limitados para o atendimento de demandas ilimitadas” (MENEZES, 2015, p. 187).

De todo modo, toda decisão implicará aceitar que nem todas as necessidades sociais serão supridas e quem nem todas as injustiças serão resolvidas pelo ordenamento jurídico e pelos tribunais (TIM, 2011).

Tal complexidade sugere que o desenvolvimento de potencialidades individuais dos cidadãos brasileiros em relação ao acesso à saúde integral não será construído apenas por decisões judiciais. A ampliação do diálogo entre os Poderes da República se coloca como uma das formas que permitirá aos cidadãos o acesso a tudo o quanto seja essencial para seu bem-estar (CARLINI, 2014).

Os movimentos sociais dos anos pré-constituição, na área da saúde, visavam a um novo paradigma e a uma nova forma de considerar a questão da saúde da população, coletiva e individualmente, como direito e como questão de todos, sobre a qual os sujeitos implicados tomam decisões. A participação de todos os envolvidos articula a transformação dos atores passivos em sujeitos ativos, dos atores individuais em atores coletivos (BRASIL, 2006).

Conclui-se que o direito à saúde, encontra-se, portanto, relacionado à inúmeros fatores que muitas vezes não são previamente identificáveis, como avanços tecnológicos que redundam em novos e mais eficientes tratamentos, surtos epidêmicos que demandam imediata reação por parte do Poder Público, modificações estruturais da sociedade (como o envelhecimento da população) que exijam o repensar do planejamento sanitário. Desse modo, a natureza principiológica da norma Constitucional é condição para que sua realização e proteção alcancem níveis adequados, de acordo com as peculiaridades de cada região e a partir de ações e serviços de saúde existentes em dado momento histórico (PIVETTA, 2014).

Assim, o direito à saúde deve ser tutelado por meio de legislação nacional que trate todos que se encontrem numa mesma situação, da mesma maneira; e deve ser

implementada dentro de possibilidades orçamentárias que observem com relevância a necessidade populacional.

Por fim, o direito à saúde implica, fundamentalmente, reconhecer que todos os cidadãos, sem exceção, possuem as garantias universais de saúde. Assim, não há como desconsiderar que o direito de cada indivíduo, seja individual ou coletivo, acaba, numa perspectiva mais ampla, por reforçar a esfera pública, principalmente quando se assume a condição de direito de cidadania ativa e quando há participação do indivíduo no controle dos atos do poder público.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS**: Sistema Único de Saúde - antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011.

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de, CASTRO, Cláudio Gastão Junqueira de, e VIEIRA, Carlos Alberto Lisboa. **Distritos sanitários**: concepção e organização. São Paulo: Fundação Peirópolis, 1998.

AMARAL, Gustavo. Saúde direito de todos, saúde direito de cada um: reflexões para a transição da práxis judiciária. *In*: NOBRE, Milton Augusto de Brito; SILVA, Ricardo Augusto Dias da. **O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde**. Belo Horizonte: Fórum, 2011.

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** 2010.

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

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria, MACHADO Cristiani Vieira, LIMA, Luciana Dias de. **Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil**: um balanço da atuação dos Poderes. Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, ENSP, Fiocruz, 2009.

BARCELLOS, Ana Paula de. **A eficácia jurídica dos Princípios Constitucionais**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2008.

BARROSO, Luís Roberto. **O controle de constitucionalidade no direito brasileiro**. São Paulo: Saraiva, 2011.

BENCHIMOL, Jaime Larry. **Origens e evolução do Instituto Oswaldo Cruz no período 1899-1937**. *In*: Manguinhos do sonho à vida: A ciência na Belle Époque. Rio de Janeiro: Fiocruz, Casa de Oswaldo Cruz, 1990.

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

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em 03 out de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Relatório final. Brasília, 1986.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**,

Brasília, DF, 20 Set 1990. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-8080-lei-orgnica-da-saude_4163.html. Acesso em: 02 set. 2021.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Legislação do SUS. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Saúde Suplementar**. Brasília: Conass, 2007.

BRASIL. **O Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/> Acesso em: 18 out 2021.

BRETAS, Marcos Luiz. **A guerra das ruas**: povo e polícia na cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 1997.

CAMPOS, O. **Planejamento Setorial de Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação de Recursos Humanos para a Saúde, 2002.

CANUT, Letícia. Estado Democrático de Direito, Políticas Públicas e Direito à Saúde: uma breve introdução sobre o SUS. In: VIEIRA, Reginaldo de Souza; CERETTA Luciane Besognin (org.). **Temas em Direito Sanitário e Saúde Coletiva**: SUS – uma política de Estado: Tomo I. Criciúma, SC: Ed. UNESC, 2013.

CARLINI, Angélica Luciá. **Judicialização da Saúde Pública no Brasil**: Causas e Possibilidades de Solução. São Paulo, 2012.

CARLINI, Angélica. **Judicialização da Saúde Pública e Privada**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2014.

CARVALHO, José Murilo de. **Os bestializados**: o Rio de Janeiro e a república que não foi. São Paulo: Cia. das Letras, 1987.

CARVALHO. **A Judicialização do Acesso à Saúde no Brasil**: O caso HIV-AIDS. Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Pós – Graduação. Preparação para o Magistério Superior. Coordenação de Monografia. Criciúma, 2007.

CEFOR. **Breve história das políticas de saúde no Brasil**. São Paulo, s.d. (mimeo)

CURY, Bruno da Silva Mussa. **Saúde pública e controle social**: a atuação da Diretoria Geral de Saúde Pública no Rio de Janeiro (1903 - 1909). ANPUH – XXV SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA – Fortaleza, 2009.

DECOMAIN, Pedro Roberto. **Direito à Saúde**: Vínculo obrigacional, solidariedade passiva e divisão de competências. Curso de Especialização a distância em Direito Sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal. Brasília, 2003.

DRAIBE, Sônia Miriam. **Avaliação da descentralização das políticas sociais no Brasil: saúde e educação fundamental.** Informe Final do Projeto de Estudios de Descentralización de Servicios Sociales de la División de Desarrollo Económico de la CEPAL. Campinas: Núcleo de Estudos de Políticas Públicas – Universidade Estadual de Campinas; 1997. Mimeo.

SCOREL, Sarah. **Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2001.

JUNIOR *et al.*. As condições de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. (org). **Caminhos da saúde no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. **Reflexões sobre o princípio ético da justiça distributiva aplicado aos sistemas de saúde.** In: Fortes PAC, Zoboli ELCP, organizadores. *Bioética e Saúde Pública.* São Paulo: Edições Loyola; 2003.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). Ministério da Saúde. **Cronologia Histórica da Saúde Pública.** Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>. Acesso em 16 de out 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Direito à Saúde.** Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/atendimento>. Acesso em 21 out. 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A Revolta da Vacina.** Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/revolta-da-vacina-2>. Acesso em 17 nov. 2021.

GADELHA, Paulo Ernani, MARTINS, Rute. **A política nacional de saúde e a 8ª CNS.** *Saúde debate.* p. 79-83, 1988.

GONÇALVES, Emerson. **O Estado e o princípio constitucional do direito à saúde.** São Paulo: Baraúna, 2011. MENEZES, Vitor Hugo Mota de. *Direito à Saúde e reserva do possível.* Curitiba: Juruá, 2015.

GONÇALVES, Luciano Meni. **O Direito Fundamental Social à Saúde: Do Biopoder às Audiências Públicas de Saúde.** Faculdade de Direito do Sul de Minas. Pouso Alegre, 2012. Dissertação de Mestrado.

LOPES, Márcia Cavalcanti Raposo; MATTA, Gustavo Corrêa. **SUS, gestão participativa e equidade.** In: GUIZARDI, Francini L. *et al.* (Org.). *Políticas de participação e saúde.* Rio de Janeiro: EPSJV; Recife: Editora Universitária UFPE, 2014.

LUZ, Madel Therezinha. *Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80.* **Physis,** Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 77-96, 1991.

MATTA, Gustavo Corrêa. **Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde.** Fiocruz, 2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br>. Acesso em 20 out 2021.

MATTOS, Ruben Araújo de. *A Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade).* **Cad Saúde Pública,** p. 1411-1416, 2004.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil**: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MERCADANTE, Otávio Azevedo. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: Finkelman, Jacobo (Org.) **Caminhos da saúde pública no Brasil**. / Organizado por Jacobo Finkelman. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

NOBRE, Milton Augusto de Brito. Da denominada judicialização da saúde: pontos e contrapontos. in: NOBRE, Milton Augusto de Brito; SILVA, Ricardo Augusto Dias da. **O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde**. 1. ed. 2. reimp. Belo Horizonte: Fórum, 2011.

NOVELINO, Marcelo. **Direito Constitucional**. São Paulo: Método, 2009.

NUNES, Edison; JACOBI, Pedro; KARSCH, Ursula S.; COHN, Amélia. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 2010.

OLIVEIRA, Jaime de A.; TEIXEIRA, Sonia M. F. (Im). **Previdência Social**: 60 anos de história da previdência brasileira. Petrópolis: Vozes, 1989.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Ligia Maria Vieira da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, v. 12, n. 2, p. 109-114, 2010.

PAIM, Jairnilson, TRAVASSOS Claudia, ALMEIDA Celia, BAHIA Ligia, MACINKO James. **O sistema de saúde brasileiro**: história, avanços e desafios. Revista The Lancet, 2011.

PEREIRA, Jane Reis Gonçalves. **Interpretação Constitucional e Direitos Fundamentais**. R. de Janeiro: Renovar, 2006.

PIVETTA, Saulo Lindorfer. **Direito Fundamental à Saúde**: regime jurídico, políticas públicas e controle social. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2014.

RODRIGUES NETO, Eleutério. **Saúde**: Promessas e Limites da Constituição. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2003.

RONCALLI, A.G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Antonio Carlos Pereira (Org.). **Odontologia em Saúde Coletiva**: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: ARTMED, 2003.

ROSÁRIO, Celita Almeida, BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria, MATTA, Gustavo Corrêa. **Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde**: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 17-31, jan-mar 2020.

SARLET, Ingo Wolfgang. As dimensões da dignidade da pessoa humana: construindo uma compreensão jurídico-constitucional necessária e possível. In:

SARLET, Ingo Wolfgang (org). **Dimensões da dignidade**. Ensaios de Filosofia do Direito e Direito Constitucional. 2ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p. 29-41, 2007.

SILVA, Guilherme Rodrigues da. Origens da medicina preventiva como disciplina do ensino médico. **Rev. Hosp. Clin.** Fac. Med. S. Paulo, v. 28, n. 2, p. 31-35, 1973.

SILVA, José Afonso. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 21ª edição, São Paulo: Malheiros, 2002.

SILVA, Ricardo Augusto Dias da. O Fórum Nacional do Judiciário como instrumento na efetivação do Direito à Saúde. In: NOBRE, Milton Augusto de Brito; SILVA, Ricardo Augusto Dias da. **O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde**. 1. ed. 2. reimp. Belo Horizonte: Fórum, 2011.

SINGER Paul, CAMPOS, Oswaldo. **Prevenir e curar**: o controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1978.

SOUTO-DE-MOURA, Luís César, SOUTO-DE-MOURA, Gisela Maria Schebella. **Notas de aula sobre a Evolução Histórica das Políticas de Saúde no Brasil**. R. gaúcha Enferm., Porto Alegre, v.18, n.2, p.94-103, jul. 1997.

TEIXEIRA, Carmen. **Os Princípios do Sistema Único de Saúde**. Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho de 2011.

TIMM, Luciano Benetti. Direito a saúde e a maneira mais eficiente de prover direitos fundamentais: uma perspectiva de direito e economia. In: NOBRE, Milton Augusto de Brito; SILVA, Ricardo Augusto Dias da. **O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde**. 1. ed. 2. reimp. Belo Horizonte: Fórum, 2011.

VAINFAS, Ronaldo. **A peste das bexigas no Brasil colonial**: tragédia histórica ou genocídio? Disponível em: <http://ppg.revistas.uema.br/index.php/brathair>. Acesso em 18 out 2021.

VAITSMAN, J. Corporativismo: notas para a sua aplicação no campo da saúde. In: TEIXEIRA, S. (Org.). **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989.

ANEXOS

ANEXO A – Título