

**XXVI CONGRESSO NACIONAL DO
CONPEDI SÃO LUÍS – MA**

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS III

SANDRA REGINA MARTINI

LEONARDO RABELO DE MATOS SILVA

SAULO DE OLIVEIRA PINTO COELHO

Todos os direitos reservados e protegidos.

Nenhuma parte deste anal poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI

Presidente - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UNICAP

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Ingo Wolfgang Sarlet – PUC - RS

Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim – UCAM

Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Maria dos Remédios Fontes Silva – UFRN

Vice-presidente Norte/Centro - Profa. Dra. Julia Maurmann Ximenes – IDP

Secretário Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba – UFSC

Secretário Adjunto - Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto – Mackenzie

Representante Discente – Doutoranda Vivian de Almeida Gregori Torres – USP

Conselho Fiscal:

Prof. Msc. Caio Augusto Souza Lara – ESDH

Prof. Dr. José Querino Tavares Neto – UFG/PUC PR

Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Napolini Sanches – UNINOVE

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva – UFS (suplente)

Prof. Dr. Fernando Antonio de Carvalho Dantas – UFG (suplente)

Secretarias:

Relações Institucionais – Ministro José Barroso Filho – IDP

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho – UPF

Educação Jurídica – Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues – IMED/ABEDI

Eventos – Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta – FUMEC

Prof. Dr. Jose Luiz Quadros de Magalhaes – UFMG

Profa. Dra. Monica Herman Salem Caggiano – USP

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo – UNIMAR

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr – UNICURITIBA

Comunicação – Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro – UNOESC

D597

Direitos sociais e políticas públicas III [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Sandra Regina Martini, Leonardo Rabelo de Matos Silva, Saulo De Oliveira Pinto Coelho – Florianópolis: CONPEDI, 2017.

Inclui bibliografia

ISBN:978-85-5505-570-6

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Direito, Democracia e Instituições do Sistema de Justiça

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Cooperativismo. 3. Cotas. 4. Vulnerabilidade. XXVI Congresso Nacional do CONPEDI (27. : 2017 : Maranhão, Brasil).

CDU: 34



XXVI CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI SÃO LUÍS – MA

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS III

Apresentação

Os Direitos Sociais e as Políticas Públicas tratam-se de uns dos temas mais instigantes da atual conjuntura do debate jurídico brasileiro. A efetividade dos direitos sociais se revelou, nos últimos anos, um dos maiores desafios de um Brasil reconstitucionalizado, desde a década de 1990, mas com um enorme passivo social, ainda não equacionado. Passada a fase inicial, de otimismo com a Constituição Cidadã, verificou-se que, mais que um texto constitucional capaz de sustentar, potencialmente, um Estado Social e Democrático de Direito, é preciso a construção de um arcabouço de políticas públicas voltadas à efetiva promoção dos direitos sociais, condição determinante não só da justiça social, mas da própria qualidade da democracia.

Isto posto, o GT Direitos Sociais e Políticas Públicas, já tradicional nos Encontros e Congressos do Conpedi, se consolida a cada edição como um importante lugar de debate sobre a regulação e a implementação de políticas públicas no país. Cada vez mais, o foco do GT é superar o debate meramente opinativo, ou ideologicamente enviesado, acerca dessas polêmicas questões, por um debate de qualidade, focado em evidências científicas e análises aprofundadas.

Veja-se, assim, os textos oriundos desta edição:

Os pesquisadores Rodrigo Schwarz e Anna Piccoli, apresentaram trabalho em perspectiva crítica sobre a não-regressividade e progressividade dos direitos sociais. O trabalho partir da reflexão sobre a indissociabilidade entre direitos sociais e garantias fundamentais (direitos civis) criticar o avanço da aplicação da cláusula da reserva do possível no contexto atual de crise econômica. Buscou-se, ademais, testar a crítica realizada, frente a estudos de caso referentes à questão. Mais que falar dos custos dos direitos, se buscou evidenciar os custos na não-efetivação desses direitos.

O trabalho das pesquisadoras Kenia Oliveira e Fernanda Soares enfrenta a questão da participação social no desenho de políticas públicas e respectivos Programas. O trabalho abordou de modo crítico a aplicação dos institutos voltados para esse fim (com destaque para as audiências públicas e conselhos participativos), buscando ressaltar que tais ferramentas devem funcionar de forma alinhada com a busca por uma efetiva transparência no desenho de políticas públicas.

Os problemas derivados da intercessão das políticas públicas para a educação e das políticas públicas para a pessoa com deficiência se encontram abordados no trabalho de Fadia Mauro e Raimundo Raiol sobre educação inclusiva da pessoa com deficiência. Realizou-se um estudo teórico sobre as realidades de exclusão deste grupo populacional, seguidas por esforços históricos de integração e, numa busca por superação, os atuais esforços por inclusão. O trabalho enfoca o atendimento educacional especializado como um dos instrumentos capazes de produzir a superação do paradigma da integração, para o paradigma da inclusão, na questão do direito à educação.

O trabalho dos pesquisadores Ricardo Alonso e de Lucas Dantas aborda as contradições e precariedades quanto à situação jurídica da pessoa com deficiência no Brasil, numa problematização da inefetividade das políticas públicas para a pessoa com deficiência, denunciando a relação inversamente proporcional entre a profusão legislativa a respeito e a efetividade, precária, das políticas ali reguladas, num estado de coisa inconstitucional que merece ser devidamente problematizado.

O trabalho dos irmãos Renata e Tiago César aborda a questão do desenho de políticas públicas de saúde para minorias quanto ao direito sanitário. Abordam a definição de minorias em âmbito sanitário, a partir do conceito médico de grupo específico, em saúde. Procurou-se, nesse trabalho, entender como a construção de políticas específicas para tais minorias de dá, bem como evidenciar as várias lacunas quanto a políticas públicas quanto a diferentes grupos específicos minoritários para os quais não há previsão regulamentar de respectivos tratamentos. O trabalho constata a inevitabilidade da judicialização dessas questões, frente à ausência dessas regulações.

O trabalho das pesquisadoras Janaína Sturza e Sandra Martini, avalia o caráter integrador do direito à saúde, em vista de sua correlação com outros direitos. Aborda o tema a partir da concepção do direito à saúde como bem da comunidade e problematiza a questão a partir do referencial teórico da meta-teoria do direito fraterno, tendo em vista as questões transfronteiriças das questões de saúde e da mundialidade de algumas dessas questões; assim como a questão da autoresponsabilidade quanto ao direito à saúde. Nessa perspectiva, aborda-se a questão do direito à alimentação saudável como direito fundamental fraterno indispensável para que se possa falar em atenção à saúde.

O trabalho das pesquisadoras Tauã Rangel e Durcilania Soares aborda o problema da efetivação do direito fundamental à alimentação na perspectiva de Amartya Sen, com foco na percepção da inclusão social como aquisição de capacidades. A partir dessa ótica realiza

uma crítica da insuficiência de modelos de fornecimento imediato da alimentação por meio de ações de serviço social.

O trabalho do pesquisador Samuel Kzam analisa a atuação do Comitê Estadual de Saúde do Estado do Maranhão, traçando as bases para a mensuração da qualidade dessa atuação quanto ao monitoramento das demandas de assistência à saúde no Estado. Busca-se em última instância, avaliar os resultados obtidos pelo Comitê no assessoramento técnico ao judiciário em casos relativos a políticas públicas de saúde. Concluiu-se, quanto ao período analisado, que o Comitê, em seus primeiros anos de atuação, ainda não se consolidou como um núcleo técnico efetivamente utilizado para o suporte a essas demandas judiciais.

Já Ana Maria Viola e Rodolfo Aquino, analisam o fenômeno que identificam como cultura da exclusão social e suas repercussões na perpetuação da violência contra as pessoas idosas, estabelecendo uma relação entre desigualdade social e vulnerabilização do idoso. Segundo o trabalho, a situação de idoso em si não gera tanto a sua vulnerabilização, quando a situação de exclusão econômica e social na qual possa estar inserido esse idoso. Ou seja, a exclusão social é determinante e crucial nas realidades de violência sofrida por idosos.

De outra parte, Carolina Galib e Jorge Mialhe abordaram questões relativas ao ACNUR, com respeito à inclusão local de refugiados, especificamente quanto à inclusão no ambiente de ensino, frente ao direito fundamental à educação e a toda a relação desse direito com a inclusão. O trabalho enfocou a consequente necessidade de desenvolvimento de uma política de ações afirmativas para refugiados nas universidades brasileiras.

Nessa esteia, Cristiane Araújo de Souza e Dorinethe Bantes abordam as diferentes medidas no campo do Direito e das Políticas Públicas que, a partir de 2010, visaram a permitir e fixação de haitianos em seu país para reduzir a necessidade de imigração de refugiados para o Brasil, notadamente no Estado do Amazonas. O trabalho destacou o engajamento do governo no investimento na reconstrução do país e na formação profissional dos haitianos, para o caso da oportunização da permanência no Haiti.

Por outra parte, Daniel Pastre e Juscelino Castardo busca abordar a literatura atual sobre programas de transferência de renda, como o bolsa família. O texto foca no diálogo com a obra de Robert Nozick a este respeito sobretudo sobre os efeitos políticos do programa nas dinâmicas eleitorais. Busca demonstrar, dentre outros resultados, que, ao contrário do que teoricamente se imaginava, a implementação do programa não aumentou o interesse dos grupos beneficiados pela participação nas eleições presidenciais, mostrando que o programa não tem influência sobre questões eleitorais, na intensidade que se costuma propugnar.

O Trabalho de Herta Baracho e Soraya Dantas realiza uma análise da efetividade do Programa Bolsa Família, a partir de uma avaliação crítica dos dados divulgados pelo IBGE e outros institutos que produziram relatórios sobre o referido Programa. O trabalho busca apresentar o estado da arte dos estudos sobre o impacto do Programa quanto à redução

No trabalho dos pesquisadores Pedro Franco e Miguel Kfourri, são problematizadas as relações entre desigualdade e democracia, numa perspectiva teórica, com foco na evidencição da centralidade de elites econômicas na definição de políticas públicas e os problemas daí advindos.

Por fim, Carla Daniela Leite aborda em seu trabalho o desenho das políticas públicas para a agricultura familiar, tomando como referencial teórico a perspectiva da razão indolente, notadamente, nessa, a experiência da razão metonímica. A partir dessa visão, analisa lógicas de exclusão da agricultura familiar, em razão da não priorização da mesma nas últimas décadas. Pese a isso, estuda algumas iniciativas de retomada dessa política nos últimos anos, na busca por evidenciar suas virtudes para a promoção da sustentabilidade.

Boa leitura!

Prof. Dr. Saulo De Oliveira Pinto Coelho - UFG

Profa. Dra. Sandra Regina Martini - UNIRITTER\UFRGS

Prof. Dr. Leonardo Rabelo de Matos Silva - UVA/RJ

Nota Técnica: Os artigos que não constam nestes Anais foram selecionados para publicação na Plataforma Index Law Journals, conforme previsto no artigo 7.3 do edital do evento. Equipe Editorial Index Law Journal - publicacao@conpedi.org.br.

O DIREITO SANITÁRIO PARA OS GRUPOS ESPECÍFICOS – AS MINORIAS DO DIREITO À SAÚDE.

HEALTH LAW FOR SPECIFIC GROUPS - MINORITIES OF THE RIGHT TO HEALTH.

Renata Cezar ¹
Thyago Cezar ²

Resumo

Considerando a necessidade de identificação das minorias do direito à saúde para que haja acesso ao referido direito de forma igualitária, integral e universal, o presente artigo apresenta os conceitos pertinentes ao tema, e quais ferramentas seriam utilizadas pelos operadores do direito para que seja quebrado o ciclo da discriminação pelos acontecimentos de saúde.

Palavras-chave: Direito à saúde, Minorias, Igualdade, Princípios, Judicialização, Ativismo judicial

Abstract/Resumen/Résumé

Considering the need to identify the minorities of the right to health in order to have access to this right in an egalitarian, integral and universal way, this article presents the concepts pertinent to the theme, and which tools would be used by the legal operators to break the Cycle of discrimination through health care.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Right to health, Minorities, Equality, Principles, Judicialization, Judicial activism

¹ Mestranda da USP - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais de Bauru.

² Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais de Bauru- USP

1. INTRODUÇÃO

Entre os mais acalorados debates entre a judicialização do direito à saúde e o ativismo judicial há que se ponderar que o tema de minorias sempre deve ser analisado de forma diferente, observando as especialidades de cada caso.

Destas ponderações, em nossa atual sociedade e forma de Estado democrático de direito enquanto provedor dos direitos fundamentais sociais, surgem questões que não podem e nem devem pautar-se somente no campo do direito, haja vista o momento econômico que o país atravessa.

Com este trabalho, há a intenção de levar à academia jurídica tema que muito embora seja parte do direito sanitário brasileiro, pouco tem sido discutido, mas que carece grandiosa atenção por parte dos estudiosos do tema.

Não é estranho ao operador do direito o conhecimento de que o direito sanitário assim como o direito à saúde, é expresso na Carta Magna brasileira, e fazendo parte implicitamente dos princípios do Estado Democrático de Direito.

Busca-se trazer ao debate a discussão a respeito do direito sanitário em relação as minorias, uma vez que mesmo como o advento da Constituição da República, não assimilou a dimensão da relevância do reconhecimento dos referidos direitos, não tem sido percebida a criação de políticas de atenção às suas necessidades, o que em consequência não é verificada a efetivação voluntária de seus direitos.

Sendo o principal objetivo deste trabalho a apresentação do ideal da Democracia sanitária em relação a efetivação dos direitos sanitários das minorias, bem como o papel do Estado Democrático de Direito na preservação do direito sanitário das minorias.

Ao ponto que o chamamento da comunidade jurídica para o debate do tema proposto servirá como apoio à disseminação de conhecimento, assim como ampliação da luta em favor de milhares de brasileiros que por conta de suas situações pessoais deixam de gozar dos direitos que comumente são apresentados aos que deixam de se encaixar nas minorias.

Para o deslinde deste trabalho, será referencial bibliográfico, bem como artigos de periódicos e revistas, sendo também utilizada a base de dados da Universidade de São Paulo.

2. O DIREITO SANITÁRIO: CONCEITOS E ASPECTOS

Conforme leciona Aith (2006) “é o ramo do Direito que disciplina as ações e serviços públicos e privados de interesse à saúde”. Sendo que “ele é formado pelo conjunto de normas jurídicas (regras e princípios) que visa a efetivação do Direito à saúde e possui um regime jurídico específico”. Complementando esse conceito, para Sueli Gandolfi Dallari (2003), o direito sanitário abrange o conceito integrador da Organização Mundial de Saúde que conceitua a saúde na Declaração Universal como sendo “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”, aliando ao direito à saúde em seus desdobramentos:

Enquanto reivindicação de um direito humano, quanto pelo direito da saúde pública: um conjunto de normas jurídicas que têm por objeto a promoção, prevenção e recuperação da saúde de todos os indivíduos que compõem o povo de determinado Estado, compreendendo, portanto, ambos os ramos tradicionais em que se convencionou dividir o direito: o público e o privado.

Em suma, é no Direito sanitário que encontraremos a positivação das regras que regerão o direito à saúde no país (AITH, 2006)

O Direito Sanitário representa, dentro desse contexto jurídico, o conjunto de princípios e regras que, transformados em normas jurídicas, regulam a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da saúde pública (AITH, 2006)

Sueli Gandolfi Dallari, traz que o Direito sanitário é autônomo, como citado no livro de Aranha (2003):

[...]já se verificou, também, que dada a complexidade do conceito de saúde, o estudo do direito sanitário envolve — necessariamente — seu exame sob várias óticas. É, então, a partir dessas exigências contemporâneas que se deve discutir a eventual autonomia do direito sanitário como ramo do conhecimento.

Embora tal caráter autônomo, esclarecemos que o direito sanitário é também interdisciplinar, por não se importar somente com uma vertente do direito à saúde de recuperação da saúde, mas também com todas as formas de promoção e proteção de tal direito, para que então veja-se garantida a norma constitucional. Significa dizer que o direito sanitário é o gênero do qual depreendem as espécies de direitos à saúde, tais como fornecimento de medicamentos, saneamento básico, alimentação saudável, entre tantos outros.

Importa-nos agora explicar qual vem a ser o conceito de Direito à saúde no cenário brasileiro, conquanto espécie do direito sanitário, já pontuada acima pela Organização Mundial da saúde para que possamos continuar com nosso objeto de estudo.

Importante comentar que no Brasil a primeira Constituição a se preocupar com a saúde da população foi a de 1934 no artigo 10:

Art 10 - Compete concorrentemente à União e aos Estados:
[...]
II - cuidar da saúde e assistência públicas;

Em que pese o cuidado do legislador em elevar a saúde, o artigo 121 da mesma Constituição mostra-nos uma preocupação muito maior com a mão de obra e a produção do que com a manutenção da saúde da pessoa humana ao mencionar:

Art 121 - A lei promoverá o amparo da produção e estabelecerá as condições do trabalho, na cidade e nos campos, tendo em vista a proteção social do trabalhador e os interesses econômicos do País. [...] h) assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante, assegurando a este descanso antes e depois do parto, sem prejuízo do salário e do emprego, e instituição de previdência, mediante contribuição igual da União, do empregador e do empregado, a favor da velhice, da invalidez, da maternidade e nos casos de acidentes de trabalho ou de morte.

Naquela época, o Estado ainda não valorizava o bem da vida como supremo e absoluto, a saúde decorria de interesses econômicos, sem o caráter fundamental, visando melhorar as condições do empregado para que não caísse a produção (GÖTTEMS, 2010).

Apresentado no rol de direitos sociais previstos no artigo 6º da Constituição Federal de 1988, é conferido ao direito à saúde o caráter de direito fundamental social, o que significa dizer que “se realizam pela execução de políticas públicas, destinadas a garantir amparo e proteção social aos mais fracos e mais pobres; ou seja, aqueles que não dispõem de recursos próprios para viver dignamente” (COMPARATO, 2010).

O que o artigo 196 previu é um direito público subjetivo, agora constitucionalmente tutelado pelo Estado Democrático de Direito.

Na lição de José Afonso da Silva:

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

Após ser apresentado como direito social, o direito à saúde tem nova previsão constitucional no artigo 196, destacando-se o caráter igualitário e universal:

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

José Cretella Júnior citando Zanobini asseverou que:

"nenhum bem da vida apresenta tão claramente unidos o interesse individual e o interesse social, como o da saúde, ou seja, do bem-estar físico que provém da perfeita harmonia de todos os elementos que constituem o seu organismo e de seu perfeito funcionamento. Para o indivíduo saúde é pressuposto e condição indispensável de toda atividade econômica e especulativa, de todo prazer material ou intelectual. O estado de doença não só constitui a negação de todos estes bens, como também

representa perigo, mais ou menos próximo, para a própria existência do indivíduo e, nos casos mais graves, a causa determinante da morte. Para o corpo social a saúde de seus componentes é condição indispensável de sua conservação, da defesa interna e externa, do bem-estar geral, de todo progresso material, moral e político.”

Em 1986 houve a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que conceituou de forma mais abrangente:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

[...]

Direito a saúde significa a garantia, pelo estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

Outra ponderação relevante acerca do direito à saúde feita por Dallari (2008), o direito à saúde se difere dos demais direitos sociais por ter aplicabilidade dependente da normatização:

A simples afirmação da saúde como um dos direitos sociais constantes do art. 6.º da Carta de 1988 poderia, entretanto, guardar o caráter de norma de eficácia contida, experiência tradicional do direito constitucional brasileiro, como parece continuar tendo a afirmação do direito ao lazer, contida no mesmo art. 6.º. O forte envolvimento popular e, particularmente, a proposta técnica de um sistema de saúde elaborada pelos sanitaristas, pode explicar porque, contrariando a tradição, desde a promulgação da Constituição, o direito à saúde vem sendo eficaz. Com efeito, diferentemente dos demais direitos sociais ali afirmados, apenas o direito à saúde tem sua garantia claramente vinculada às políticas sociais e econômicas, as diretrizes do sistema expressamente formuladas, envolvendo a participação da comunidade, e suas atribuições enumeradas no próprio texto constitucional (CF, arts. 196, 198 e 200).

O §1º do art. 5º dispõe que “As normas definidoras de direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata”. Classificar o direito a saúde como direito fundamental significa fazer com que a eficácia seja de ordem imediata e que o legislador deva elaborar normas que possibilitem o estrito cumprimento.

O artigo 196, como centro da normatização constitucional à saúde, traz em poucas linhas a quem compete fornecer subsídios, quais os destinatários e como deve ser garantida a saúde.

A saúde é condição de desenvolvimento de um povo, assim como a educação qualquer plano de desenvolvimento estatal tem na saúde um de seus pontos básicos, como sói acontecer, muito embora, faticamente, a promessa não seja cumprida. Até por este motivo é que se fala que um Estado mínimo deve garantir tão somente educação e saúde, pois estes são os requisitos mínimos com os quais deve-se preocupar, e sobre os quais legitimamente se funda o contrato social. (SCHWARTZ, p. 193, 2001 apud SIQUEIRA, 2011, p.43).

O constituinte teve o intuito de impor ao Estado além dos postos de saúde e remédios, mas saneamento básico e alimentação por serem fatores determinantes para a manutenção da saúde.

O Estado, como responsável pela prestação de serviços de saúde, deverá de forma gratuita oferecer integralmente os serviços necessários para a manutenção da saúde, priorizando as atividades preventivas.

As verbas destinadas à saúde são fruto da arrecadação de impostos e contribuições sociais nos âmbitos federais, estaduais e municipais.

Assim, para o funcionamento de nossos serviços à saúde foi criado o SUS. Para universalizar e integralizar, através da Lei nº 8080/90, foi criado o Sistema Único de Saúde – SUS, como disposto no site do Ministério da Saúde:

Com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto.

O artigo central do tema generaliza o campo de destinação do direito à saúde a toda população.

No passivo, encontramos todos os brasileiros e estrangeiros residentes no país, conforme disposto no art. 5º, caput, da Carta Constitucional de 88 e, no ativo o Estado, vinculando os Três Poderes como fornecedores de meios para a saúde.

A universalidade proposta pelo legislador para o pólo passivo, diferentemente do que aparenta, deve considerar a diversidade cultural e econômica, de forma igualitária.

Consoante André da Silva Ordacgy (2007):

A Saúde encontra-se entre os bens intangíveis mais preciosos do ser humano, digna de receber a tutela protetiva estatal, porque se consubstancia em característica indissociável do direito à vida. Dessa forma, a atenção à Saúde constitui um direito de todo cidadão e um dever do Estado, devendo estar plenamente integrada às políticas públicas governamentais.

Fazem parte do SUS os centros e postos de saúde, hospitais, mesmo que universitários, laboratórios, hemocentros, bancos de sangue, além de fundações e institutos de pesquisa, contará também com a participação de entidades privadas quando suas unidades de atendimento não são suficientes para atender a demanda da região.

Compreendido então os conceitos e principais aspectos do direito sanitário e à saúde, passamos então a discorrer brevemente sobre a democracia sanitária, que se refere à participação da sociedade na produção do direito sanitário em conjunto com o Poder Público como previsto no artigo 198 da Constituição da República em seu inciso III que a participação da comunidade é a terceira diretriz para a organização das ações e serviços públicos de saúde. À esta diretriz damos o nome de democracia sanitária. O Sistema único de Saúde possui canais de participação através das Conferências Nacional, Estadual e Municipal de saúde, por exemplo.

3. ASPECTOS PARA RECONHECIMENTO DAS MINORIAS NO DIREITO À SAÚDE

No cenário internacional a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, aprovada por 48 estados, reconheceu o indivíduo como sujeito de direitos, igualando-nos em dignidade e direitos logo em seu primeiro artigo, esclarecendo no segundo artigo que a igualdade não atinge somente classes sociais, mas todos os aspectos da pessoa humana.

Artigo 2º Toda pessoa tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidas nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição.

Não será tampouco feita qualquer distinção fundada na condição política, jurídica ou internacional do país ou território a que pertença uma pessoa, quer se trate de um território independente, sob tutela, sem governo próprio, quer sujeito a qualquer outra limitação de soberania.

Vale dizer que a partir desta declaração, que teve abrangência e aderência internacional, a única condição para que a igualdade seja obtida através de direitos individuais e inalienáveis, é de que seja pessoa humana (PIOVESAN, 196), e nas palavras de Bobbio (2004) acolhida como “inspiração e orientação no processo de crescimento de toda a comunidade internacional no sentido de uma comunidade não só de Estados, mas de indivíduos livres e iguais”.

Para Ingo Wolfgang Sarlet, a dignidade da pessoa humana é:

[...] qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos. (SARLET, 2006)

O Brasil na busca pela concretização de direitos humanos, em sua Carta Magna de 1988, considerada dirigente-programática-compromissória, busca quebrar todos os paradigmas de diferenças que sofreu desde o início de sua história no descobrimento, enquanto colonizadores detinham o poder de fogo e escambo sobre as tribos aqui existentes, passando pela abolição da escravatura e ditadura.

Nesta perspectiva Groff e Pael (2009) chamam atenção para as consequências do passado.

Destarte, aqueles países que tinham suas identidades culturais relativamente definidas difundiram-se com grupos culturais distintos, tanto por seus costumes, credos e

religiões tanto quanto por suas diferenças biológicas. Por esse motivo, o Brasil é um exemplo dessa expansão cultural, pois, por volta do ano de 1500, passou a haver uma miscigenação de grupos culturais distintos, na medida em que os portugueses deram início a colonização do País. Isso trouxe serias consequências, pois assistiu-se ao surgimento de identidades distintas e a uma tendência para a fragmentação cultural, bem como a um grande número de minorias discriminadas.

Nossa história é marcada pela segregação de pessoas, seja por raças, cores, habilidades ou poder aquisitivo, e a Constituição vigente veio para, teoricamente, encerrar o debate, igualando todos desde o seu preâmbulo, como um dos valores supremos da República, no artigo 3º, inciso IV como a próxima previsão de igualdade tornando-a agora objetivo fundamental, e chegando ao ápice no caput do artigo 5º: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade [...]”.

Barbieri (2008, p. 22) argumenta que:

[...] o Estado Democrático de Direito traria em seu conceito todo o ideário de justiça, igualdade e dignidade, com um mínimo normativo capaz de fundamentar os direitos e pretensões da sociedade e também de princípios, também formais do Estado de Direito que são: soberania, cidadania, Dignidade da Pessoa Humana, os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa, o pluralismo político encartados no mandamento constitucional.

Para Aristóteles, o princípio da igualdade consistia em “tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, na medida em que eles se desigualem”. Assim, como premissa à institucionalização brasileira e internacional do direito à igualdade, surge no Estado Brasileiro o princípio da dignidade da pessoa humana, como, dentre outras características, instrumento norteador e defensor do referido direito, para que não caiamos no problema suscitado por Bobbio (2004) de apenas proclamar o direito, sem realmente efetivá-lo, por não ser de “solução que depende de um certo desenvolvimento da sociedade e, como tal, desafia até mesmo a Constituição mais evoluída e põe em crise até mesmo o mais perfeito mecanismo de garantia jurídica”.

3.1 Das Minorias

Não há uma definição de minoria, senão por ser a parte menos numerosa, por ser grande a variedade entre os subgrupos, que muitas vezes são interligados a não ser pelo reduzido número.

Um grupo numericamente inferior ao resto da população de um Estado, em posição não dominante, cujos membros – sendo nacionais desse Estado – possuem

características étnicas, religiosas ou linguísticas diferentes das do resto da população e demonstram, pelo menos de maneira implícita, um sentido de solidariedade, dirigido à preservação da sua cultura, das suas tradições, religião ou língua. (CATAPORTI, 1979)

O Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos, onde se pode encontrar elencadas algumas dessas características, veja:

Artigo 27 — Nos Estados em que haja minorias étnicas, religiosas ou linguísticas, as pessoas pertencentes a essas minorias não poderão ser privadas do direito de ter, conjuntamente com outros membros de seu grupo, sua própria vida cultural, de professar e praticar sua própria religião e usar sua própria língua.

Da mesma forma a ONU define que:

A descrição mais habitualmente utilizada de uma minoria num dado Estado pode ser resumida como um grupo não dominante de indivíduos que partilham certas características nacionais, étnicas, religiosas ou linguísticas, diferentes das características da maioria da população (NAÇÕES UNIDAS, 2008, p. 18)

Como já exposto os grupos excluídos, aos quais chamamos de minorias, devem buscar pela tutela estatal como forma de alcançar a efetivação do direito à igualdade, criando-se uma auto-identificação como minoria, assim como preservando a identidade daqueles, como bem nos ensina Muniz Sodré (2005):

O conceito de minoria é o de um lugar onde se animam os fluxos de transformação de uma identidade ou de uma relação de poder. Implica uma tomada de posição grupal no interior de uma dinâmica conflitual. Por isso, pode-se afirmar que o negro no Brasil é mais um lugar do que o indivíduo definido pura e simplesmente pela cor da pele. Minoria não é, portanto, uma fusão gregária mobilizadora, como a massa ou a multidão ou ainda um grupo, mas principalmente um dispositivo simbólico com uma intencionalidade ético-política dentro da luta contra-hegemônica.

Na perspectiva de Sodré, destacamos as quatro principais características de grupo minoritário: a vulnerabilidade jurídico-social, a identidade *in statu nascendi*, a luta contra-hegemônica e as estratégias discursivas, a saber:

1. Vulnerabilidade jurídico-social - O grupo dito minoritário não é institucionalizado pelas regras do ordenamento jurídico-social vigente. Por isso, pode ser considerado “vulnerável”, diante da legitimidade institucional e diante das políticas públicas. Donde sua luta por uma voz, isto é, pelo reconhecimento societário de seu discurso.
2. Identidade *in statu nascendi* - Do ponto de vista de sua identificação social, a minoria apresenta-se sempre *in statu nascendi*, isto é, na condição de uma entidade em formação que se alimenta da força e do ânimo dos estados nascentes. Mesmo quando já existe há muito tempo, a minoria vive desse eterno recomeço. Por exemplo, um grupo como o dos curdos (Iraque), mesmo numeroso e antigo, constitui-se minoria ativa no interior do território nacional iraquiano. Nos Estados Unidos, os negros já puderam ser caracterizados como minoria, mas resta determinar o seu status atual na luta contra-hegemônica.
3. Luta contra-hegemônica - Uma minoria luta pela redução do poder hegemônico, mas em princípio sem objetivo de tomada do poder pelas armas. Nas tecnodemocracias ocidentais, a mídia é um dos principais “territórios” dessa luta. Há até mesmo o risco de que as ações minoritárias possam ser empreendidas apenas em virtude de sua repercussão midiática, o que de algum modo esvaziaria a possível ação no nível das instituições da sociedade global.

4. Estratégias discursivas - Estratégias de discurso e de ações demonstrativas (passeatas, invasões episódicas, gestos simbólicos, manifestos, revistas, jornais, programas de televisão, campanhas pela internet) são os principais recursos de luta atualmente.

Em suma, podemos entender as minorias como sendo grupos de exclusão social coletiva, que começam sem qualquer representatividade e que embora tenham os mesmos direitos individuais e coletivos, são privados de seu acesso no patamar da igualdade, tendo como maior consequência a ferida direta em sua dignidade da pessoa humana. Sobre o assunto, Sawaia (2001, p. 09) expõe:

A exclusão é processo complexo e multifacetado, uma configuração de dimensões materiais, políticas, relacionais e subjetivas. É processo sutil e dialético, pois só existe em relação à inclusão como parte constitutiva dela. Não é uma coisa ou um estado, é processo que envolve o homem por inteiro e suas relações com os outros.

Jürgen Habermas (2002) neste sentido nos ensina que há fundamentalidade de assegurar o direito das minorias na sua origem cultural diversa, buscando a efetividade de direitos.

Os direitos das minorias são normas que protegem as minorias nacionais nos Estados e constituem direitos adicionais para determinados grupos. Os direitos específicos garantidos às minorias permitir-lhes-ão preservar a sua identidade. Os direitos das minorias incluem o direito à educação dos alunos na língua da minoria, o direito ao uso da língua da minoria em público e nos serviços governamentais, o uso de nomes e apelidos na língua da minoria, o direito a manter a cultura da minoria, o direito à participação política, etc.

Os direitos individuais contrastam com os direitos das minorias, por estes últimos exigirem e necessitarem gozar de medidas especiais para que alcancem o patamar de igualdade.

Com tais considerações sobre a formação e conceituação das minorias iniciamos o primeiro debate aqui proposto: quem são as minorias em termos de direito sanitário no Brasil?

3.2 Das ferramentas para atuação com as minorias do direito à saúde

O economista indiano Amartya Sen (2000), em seu livro *A ideia de justiça*, afirma que as pessoas devem aproveitar de capacidades básicas iguais, com os recursos sendo distribuídos de forma que cada pessoa pudesse ser capaz de exercer o mesmo conjunto de capacidades, mas como bem suscitado por Ana Paula Comin de Carvalho no combate às desigualdades do livro *Desigualdades de gênero, raça e etnia*, há três aspectos sobre a igualdade das minorias: “ igualdade de que? O segundo se refere a como medir a igualdade, enquanto o terceiro diz respeito a qual tipo de igualdade deve ser valorizada”.

Sobre o primeiro aspecto, deve-se considerar que cada indivíduo tem suas necessidades diferenciadas, e a Organização Mundial de Saúde conceitua a saúde na Declaração Universal como sendo “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”, deve então entender-se desta forma a igualdade almejada pelas minorias do direito à saúde, como também já exarado pela A Lei nº 8.080/90, Lei Orgânica da Saúde, consolida a criação do Sistema Único de Saúde, reafirmando o texto constitucional que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1990).

O segundo aspecto trata da medida da igualdade, que podemos encontrar na teoria Rawls:

Cada pessoa possui uma inviolabilidade fundada na justiça que nem o bem-estar de toda a sociedade pode desconsiderar. Por isso a justiça nega que a perda da liberdade de alguns se justifique por um bem maior desfrutado por outros. Não permite que os sacrifícios impostos a poucos sejam contrabalanceados pelo número maior de vantagens de que desfrutam muitos. A característica de minoria sob a perspectiva do direito sanitário é tão somente um segmento das diversas minorias existentes, devendo ser entendida como um subgrupo específico que abrange várias áreas e perspectivas, como a democracia, igualdade, acesso à justiça, e o direito à saúde. Por conseguinte, na sociedade justa as liberdades da cidadania igual são consideradas irrevogáveis; os direitos garantidos pela justiça não estão sujeitos a negociações políticas nem ao cálculo de interesses sociais (Rawls, 2008, p.4)

Por último, qual tipo de igualdade deve ser valorizada no direito à saúde, Nader Marta (2010) bem afirma que os textos jurídicos no Brasil muito contribuíram para o desenvolvimento do direito sanitário pátrio, mas que não podem ater-se ao campo assecuratório, indo para além, na busca de inclusão dos excluídos, atribuindo a estigmatização de minorias até mesmo à “falta de conhecimentos e treinamentos adequados, falta de sensibilidade e de confiança e à crença de que sempre são necessários equipamentos especiais e facilidades para que o tratamento seja realizado”.

Se dissemos acima que o Estado é responsável pela prestação de serviços de saúde, temos que trabalhar com a ideia de que é necessário atingir as minorias do direito sanitário, cuidando integralmente de sua saúde, sob pena de desrespeitarmos os princípios do SUS.

Importante dizer que as minorias do direito à saúde compreendem um grupo diferenciado de risco, que deve ser tratado com uma perspectiva integradora diferenciada, mas não como um grupo vulnerável.

Um dos aspectos que diferenciam grupos vulneráveis de minorias é o fato destes últimos possuírem autodeterminação e solidariedade, características essas não encontradas nos vulneráveis. Não organizados, encontram-se muitas vezes dispersos, o que dificulta, sem dúvida, a possibilidade de exigir do Estado um tratamento melhor e ações afirmativas. (TREVISAN, 2010)

Em linhas paralelas, de igual importância, embora não seja nosso objeto de estudo, outra questão que surge na temática trata da crítica e combate de um dos problemas mais

emblemáticos do judiciário: a judicialização do direito à saúde contra o ativismo judicial para a solução das demandas sanitárias.

Nestes temas, o direito sanitário e o direito à saúde dependem de determinações expressas do Estado para que se efetive, e tais direitos referentes às minorias esbarram em entraves da escassez de recursos financeiros, levando-nos diretamente à teoria das escolhas públicas, fortemente defendida por James Buchanan e Gordon Tullock, autores de “Calculus of consent” (1962), que volta-se ao comportamento dos envolvidos no processo, considerando as escolhas individuais e coletivas. Ou seja, o direito à saúde das minorias acometidas por condições de saúde específicas não tem a devida atenção do legislador, por não implicar em resultados para as grandes massas.

Nas palavras de Leny Pereira da Silva:

O direito o à saúde ao apropriar-se da liberdade e da igualdade caracteriza-se pelo equilíbrio instável desses valores. A história da humanidade é farta de exemplos do movimento pendular que ora busca a liberdade, ora a igualdade. Os homens sempre tiveram a consciência de que para nada serve a igualdade sob o jugo do tirano e de que a liberdade só existe entre iguais.

Frequentemente as minorias do direito sanitário são deixadas às próprias mazelas, sendo privadas do acesso ao direito à saúde universal e igualitário, então se verifica que é necessário observar o direito à igualdade para que possamos conferir a dignidade da pessoa humana para as minorias desprestigiadas pelo direito sanitário.

A promoção e proteção dos direitos das pessoas pertencentes a minorias nacionais ou étnicas, religiosas e linguísticas contribuem para a estabilidade política e social dos Estados em que vivem. (Declaração da Organização das Nações Unidas Sobre os Direitos das Pessoas Pertencentes a Minorias Nacionais ou Étnicas, Religiosas e Linguísticas. 1992.)

Não dar ouvidos à voz das minorias do direito sanitário é, senão, mais uma forma de opressão e violência, além da já implícita em seu acomentimento de saúde. A discriminação desta parcela da população torna-se velada, usando o escudo da proteção dos princípios da universalidade e integralidade do SUS, e cobrindo-se pela premissa constitucional do direito à igualdade.

O papel do Direito nesta questão é de fundamental importância em várias trincheiras, primeiramente partindo da conscientização da importância das minorias do direito sanitário, para que seja gerada uma autoidentificação e posterior autodeterminação dessa pequena parcela excluída do sistema de saúde brasileiro, visando a junção de forças multidisciplinares para a atuação de prevenção, controle e recuperação. Em segundo plano, o operador do direito age como facilitador do acesso ao direito à saúde, na judicialização do direito, que embora tenha se

tornado um fenômeno jurídico e fortemente combatida, tem suma importância no desenvolvimento das demandas da sociedade.

Sonia Fleury ao comentar o fenômeno da judicialização bem entende a questão das minorias:

Não há dúvidas que a judicialização decorre do aumento da democracia e da inclusão social, representados pela positivação dos direitos sociais e pela difusão da informação e da consciência cidadã. No entanto, também é fruto das debilidades do Legislativo, ao manter a indefinição do arcabouço legal, e do Executivo, por atuar na ausência de definição de normas ou parâmetros que impeçam as instituições estatais, por serem tão precárias, de se responsabilizar pela peregrinação dos usuários em busca da atenção à saúde.

Não temos o objetivo de incentivar a judicialização do direito à saúde, mas após esgotamento das vias administrativas, não há outra forma, por tratarmos de casos específicos de minorias deste direito. A judicialização passa a ser a única forma de conferir ao cidadão o acesso à saúde e ao direito dela decorrente, como aduz Freitas (2005, p. 41):

Propiciar a infra-estrutura necessária para suprir as demandas da população no que tange à medicação é tão importante quanto o atendimento médico. É certo que seria insensatez querer atribuir ao Estado a responsabilidade por todo tipo de medicamento utilizado pelos cidadãos; é preciso comprovar a real necessidade da prestação e a condição que impede o indivíduo de custear, por seus próprios meios, o tratamento indispensável à vida.

É fato que não se pode barrar o acesso à qualquer direito pela justificativa de que o Estado já tem muito trabalho, e no caso das minorias, justificar o não acesso à saúde fere os princípios constitucionais, mas também chega a ferir o bem supremo da vida, sem o qual não há outro bem.

É o que assevera Figueiredo (2010):

Se a judicialização das demandas sociais é indicativo desse 'ativismo' por parte dos indivíduos e instituições vinculados à sua representação e defesa, o número massivo de ações judiciais pleiteando as mais variadas prestações em saúde, perante o poder público e a iniciativa privada, descrevem o fenômeno que vem sendo designado por 'judicialização da saúde' e configuram indício, outrossim, de que há problemas na efetivação do direito à saúde e no cumprimento, pelo SUS, dos objetivos para os quais foi instituído pela constituinte, em 1988.

Em terceiro plano, temos o ativismo judicial no controle de políticas públicas como ferramenta de acesso ao direito à saúde. Consequência da constitucionalização, aliado a uma nova postura acerca da cidadania e do reforço de papéis institucionais. E tal ocorre porque há a possibilidade de ser feito:

Se uma norma constitucional permite que dela se deduza uma pretensão, subjetiva ou objetiva, ao juiz cabe dela conhecer, decidindo a matéria"; manifesta-se, portanto: 1) pela aplicação direta da Constituição a situações expressamente contempladas em seu texto e independentemente de manifestação do legislador. (CARVALHO, 2005)

Neste ponto, esclarecemos, conforme Gadini (2010), que não há a pretensão de ultrapassar os poderes do judiciário e criar políticas públicas.

A implementação de políticas públicas por determinação judicial não representa invasão de poderes nem ofensa à Constituição Federal, pois realizada dentro das peculiaridades do caso concreto e lastreada na dignidade da pessoa humana, ou seja, pela necessidade de preservação do núcleo essencial dos direitos fundamentais, em que se inserem os chamados direitos de subsistência, quais sejam, saúde, moradia, educação e alimentação. Além disso, é preciso reconhecer que a atividade implementadora do Poder Judiciário não lhe autoriza criar políticas públicas, mas apenas implementar as já existentes.

Essa atuação do Poder Judiciário tão somente facilitaria o acesso das minorias do direito à saúde ao próprio direito, sem intenção de causar prejuízos à administração pública, tampouco interferindo na separação dos poderes, criando através de decisões individuais as condições mínimas para o acesso das minorias, sempre pautados nos princípios limitadores como bem explanado por Barroso (2010), quando afirma que “a Judicialização se desenvolve apenas porque os juízes decidem que eles devem participar nas decisões políticas que poderiam ser tomadas por outras instituições e, substituir soluções políticas por eles criadas em detrimento daquelas tomadas por outras instituições”.

5. CONCLUSÃO

Considerando que o direito fundamental social à saúde é decorrente do direito à igualdade, e hoje encontra bases nos princípios da universalidade e integralidade do SUS, devemos observar há aqueles que não tem acesso à prevenção, controle e tratamento por carregarem consigo acomentimentos de baixa escala de repetição, classificados como minorias do direito à saúde.

É necessário reconhecer que a temática é conturbada, mas que o direito à saúde resguarda o bem da vida, com aplicação imediata e indiscriminatória, o que nos autoriza a interpretá-los de uma forma diferente quando aplicamos às minorias do direito à saúde, de forma que não ultrapassemos os limites orçamentários e administrativos, zelando pelo bem da comunidade geral, mas sem segregar quem dele precisa, mas não tem acesso especializado.

Reiteramos que o presente estudo visa destacar para a comunidade jurídica a importância do reconhecimento das minorias do direito sanitário, levando à contrafluxo a judicialização e o ativismo judicial de tal direito, por serem os últimos recursos para exercer pressão social sobre a Administração Pública, que até então tem sido ineficiente na aplicabilidade e efetividade do direito à saúde.

Concluimos, portanto, que entendendo a situação das minorias do direito sanitário e suas particularidades de casos clínicos, poderemos então utilizar as ferramentas jurídicas em favor da coletividade, por meio das políticas públicas já existentes como base, trazendo o então acesso ao direito à saúde como igualador de condição social.

REFERENCIAS

AITH, Fernando. Curso de Direito Sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

ARANHA, Márcio Iorio (Org.) Direito sanitário e saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. v. 1.

BARBIERI, Samia Roges Jordy. Os direitos constitucionais dos índios e o direito a diferença, face ao princípio da dignidade da pessoa humana. Coimbra: Almedina, 2008.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição Federal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 18 jun. 2017.

BRASIL. Direito sanitário e saúde pública / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde; Márcio Iorio Aranha (Org.). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_san_v1.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2017

BOBBIO, Norberto. A Era dos Direitos. Rio de Janeiro: Campus, 2004.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. Direito Constitucional e Teoria da Constituição. 7. ed. Coimbra: Almedina, 2003.

CAPOTORTI, Francesco. 1979. Study on the Rights of Persons Belonging to Ethnic, Religious and Linguistic Minorities; United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights (UNOHCHR). 1998. Fact Sheet No.18 (Rev.1, Minority Rights)

COMPARATO, Fábio Konder. A Afirmação Histórica dos Direitos Humanos. 7ª ed. Rev. E atual. – São Paulo: Saraiva, 2010, p. 77.

CRETELLA JÚNIOR, José. Comentários à Constituição Brasileira de 1988, volume III, Forense Universitária, Rio de Janeiro/RJ, 1993;

DALLARI, Sueli Gandolfi. A construção do direito à saúde no Brasil. Revista de Direito Sanitário, Brasil, v. 9, n. 3, p. 9-34, nov. 2008. ISSN 2316-9044. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13128>>. Acesso em: 22 aug. 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v9i3p9-34>.

DALLARI, Sueli Gandolfi; FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Direito Sanitário: Inovação Teórica e Novo Campo de Trabalho. In: FLEURY, Sonia (org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

GÖTTEMS, Leila Bernarda Donato. Análise da política de Atenção Primária à Saúde desenvolvida no Distrito Federal: a articulação entre o contexto político, os problemas, as alternativas e os atores na formação da política de saúde (1979 a 2009). 2010. 285 f. Tese (Doutorado em Administração)-Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

FLEURY, Sônia. Judicialização pode salvar o SUS, Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.36, n. 93, p.159, abr./jun. 2012.

GROFF, Paulo Vargas; PAGEL, Rogerio. Multiculturalismo: direito das minorias na era da globalização. Disponível em: <http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_direito/article/view/862/717>. Acesso em: 20 ago. 2017.

HABERMAS, Jürgens. A inclusão do outro: estudos de teoria política. São Paulo: Loyola, 2002.

MARTA, Gustavo Nader; MARTA, Taís Nader. Prestação de saúde e inclusão de minorias na medicina. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 56, n. 2, p. 140, 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Ago. 2017.

RAWLS, John. Uma Teoria da Justiça. Tradução Álvaro de Vita. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

NAÇÕES UNIDAS. DIREITOS A1:B10 Os Direitos das Minorias. (trad.) Tradução. Gabinete de Documentação e Direito Comparado. Ficha informativa n.º 18. Lisboa, out. 2008. Disponível: Acesso: 17 jul. 2017.

RELATÓRIO da 8ª Conferencia Nacional de Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2017.

SODRÉ, M. Por um conceito de minoria. In BARBALHO, A.; PAIVA, R. (orgs) Comunicação e cultura das minorias. São Paulo: Paulus, 2005.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/O_direito_a_saude_nos_20_anos_da_CF_coletanea_TAnia_10_04_09.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2017.

SAWAIA, Bader. As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social. In: SAWAIA, Bader (Org.). As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes, 2001.

SEN, Amartya. A ideia de Justiça. Tradução: Denise Bottmann, Ricardo Doninelli Mendes. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

SEN, Amartya. 2000. Desenvolvimento como liberdade. São Paulo: Companhia das Letras.

SILVA, Jose Afonso da. Aplicabilidade das normas constitucionais. 7.ed. São Paulo: Malheiros, 2007

SILVA, José Afonso da. Curso de direito constitucional positivo. 40 ed. São Paulo: Malheiros, 2016.

SILVA, Leny Pereira. Direito à saúde e o princípio da reserva do possível. Disponível em: http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/DIREITO_A_SAUDE_por_Leny.pdf. Acesso em: 20 maio 2011.

SCHWARTZ, Germano. **Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

RUSCHEL, Ruy Ruben. “A eficácia dos direitos sociais”. Porto Alegre: Revista da Associação dos juízes do Rio Grande do Sul, julho 1993, ano XX, vol. 58, p. 293.

TREVIZAN, Ana Flávia. AMARAL, Sérgio Tibiriçá Disponível em: <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/2319/1814> Acesso em: 17 jul. 2017.