XXVI CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI SÃO LUÍS – MA

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS I

ELISAIDE TREVISAM

MAGNO FEDERICI GOMES

SUZETE DA SILVA REIS

Copyright © 2017 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais 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 Naspolini 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 I [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Suzete Da Silva Reis; Magno Federici Gomes; Elisaide Trevisam– Florianópolis: CONPEDI, 2017.

Inclui bibliografia
ISBN: 978-85-5505-577-5
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. Sociedade. 3. Gestão. 4. Administração. XXVI Congresso Nacional do CONPEDI (26 : 2017 : São Luís/MA, Brasil).

CDU: 34

Conselho Nacional de Pesquisa
e Pós-Graduação em Direito
Florianópolis – Santa Catarina – Brasil
www.conpedi.org.br

Universidade Federal do Maranhão - UFMA
São Luís – Maranhão - Brasil
www.portais.ufma.br/PortalUfma/index.jsf

XXVI CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI SÃO LUÍS – MA

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS I

Apresentação

Sempre comprometido com o desenvolvimento de uma sociedade democrática, cada vez mais plural, justa e humanitária, o Conselho Nacional de Pesquisa em Direito – CONPEDI, reuniu, em seu XXVI Congresso, que ocorreu na cidade de São Luís, no Estado do Maranhão, pesquisadores nacionais e internacionais para dialogarem e refletirem, no Grupo de Trabalho intitulado DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS I, temas que trataram da busca da efetivação de uma sociedade mais igualitária, onde a implementação da democracia e do Estado Democrático de Direito sejam possíveis, com base na proteção da dignidade da pessoa humana, do piso existencial mínimo e na vivência de uma vida digna.

O grupo de trabalho teve bastante êxito, tanto pela excelente qualidade dos artigos, quanto pelas discussões empreendidas pelos investigadores presentes. Foram defendidos dezoito trabalhos, efetivamente debatidos e que integram esta obra, a partir dos seguintes eixos temáticos que ordenam os estudos: Políticas Públicas em geral e Direito à Educação; Judicialização de Políticas em Saúde Pública; Meio Ambiente e Audiências Públicas; e, finalmente, Direitos Humanos.

Assim, foram tratados temas que versam sobre a atual crise política que o país está enfrentando, em relação aos fundamentos buscados para as reformas legislativas sugeridas pelo Poder Público e a situação da efetivação dos Direitos Sociais, diante da vulnerabilidade acarretada pelas desigualdades.

Após, a disputa travada pela busca de poder entre o público e privado e a anulação da fala daqueles se encontram à margem da sociedade, uma vez que os discursos ouvidos e aclamados pertencem aos grupos das minorias dominantes, enquanto as maiorias discriminadas continuam submetidas à exclusão social.

Dentro desse contexto, foram analisados o Direito à educação e as políticas de combate à discriminação por identidade de gênero e orientação sexual, bem como os movimentos de políticas inclusivas no ensino superior, trazendo, como exemplos, as cotas para correções de déficits históricos, a acessibilidade e o respeito à diversidade.

Se desdobrando em outras vertentes, as reflexões trouxeram assuntos que se voltam para a judicialização da saúde, no que tange às omissões do Poder Público, as garantias do mínimo

existencial e a efetividade desse direito no atual contexto de crise econômica em que se encontra o país.

Merecem toda a atenção daqueles que pesquisam os Direitos fundamentais, os artigos que analisaram as políticas públicas sobre o meio ambiente, os direitos da mulher, do idoso e da moradia, bem como o sistema prisional.

Ademais, como estamos em um país onde a discriminação étnico-racial ainda prolifera na sociedade, e isso é de conhecimento internacional, foi analisada a situação dos negros, a necessidade de conceituar minorias, a falta de representatividade na igualdade formal e a importância da transparência quando o assunto é tratado pelo Poder Público. Pugnou-se, ainda, pelo término da legitimação de privilégios, se quisermos realmente que o país ostente o título de Estado Democrático de Direito.

As reflexões que nos foram propiciadas pelos pesquisadores, sempre comprometidos com um Brasil mais justo, traz a certeza de que, os debates e os estudos conduzirão a sociedade para um futuro mais igualitário. Talvez um futuro que não esteja tão próximo. Mas a semente está sendo plantada!

Boa leitura a todas e a todos!

Profa. Dra. Elisaide Trevisam - PUC-SP

Prof. Dr. Magno Federici Gomes - ESDHC/PUC Minas

Profa. Dra. Suzete Da Silva Reis - UNISC

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.

EFETIVIDADE DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL EM UM CONTEXTO DE CRISE FINANCEIRA E CONSTITUCIONAL

EFFECTIVENESS OF THE RIGHT TO HEALTH IN BRAZIL IN A CONTEXT OF FINANCIAL AND CONSTITUTIONAL CRISIS

Juliana De Oliveira [1]

Resumo

A presente pesquisa aborda a prestação do direito constitucional e social à saúde, analisando o papel do Estado na efetivação e disponibilização deste direito fundamental social, em um contexto de crise financeira e constitucional. Faz-se uma análise da lei n. 8.080/90, conhecida como lei do SUS – Sistema Único de Saúde, com a análise do panorama da saúde pública no Brasil entre 2008 e 2013. Diante da dificuldade na efetivação da saúde pública pela insuficiência de recursos públicos e da grande demanda por serviços, aponta-se soluções com a propositura de ações coletivas.

Palavras-chave: Direito à saúde, Reserva do possível, Mínimo existencial, Ponderação, Crise

Abstract/Resumen/Résumé

The present research deals with the provision of the constitutional and social right to health, analyzing the role of the State in the implementation and availability of this fundamental social right, in a context of financial and constitutional crisis. An analysis of law no. With the analysis of the panorama of public health in Brazil between 2008 and 2013. Faced with the difficulty in effecting public health due to the insufficiency of public resources and the great demand for services, Solutions are proposed with the proposition of collective actions.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Right to health, Reserve possible, Existential minimum, Weighting, Crisis

[1] Mestre em Direito pela UNOESC (Dimensões materiais e eficaciais dos direitos fundamentais, linha de pesquisa Direitos fundamentais sociais: relações de trabalho e seguridade social)

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem por objetivo tratar sobre a efetivação do direito constitucional à saúde no Brasil em um contexto de crise financeira e constitucional, com análise de dados sobre a Pesquisa Nacional de Saúde, realizada pelo IBGE nos anos de 2008 e 2013. Neste sentido, o problema que orientará a presente pesquisa será: Como efetivar o direito social à saúde em um contexto de crise econômica e financeira?

Busca-se responder ao problema através de uma pesquisa bibliográfica exploratório-explicativa, aplicando o método dedutivo.

Para tanto, a pesquisa foi dividida em três títulos, sendo o primeiro destinado à análise do conceito de saúde até chegarmos ao direito à saúde, o segundo será destinado à análise do panorama da saúde no país, com verificação de dados do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e do CNJ – Conselho Nacional de Justiça sobre a judicialização da saúde, e por fim, no terceiro título apontam-se algumas alternativas para minimizar o conflito envolvendo a saúde no contexto de crise.

2 DO CONCEITO DE SAÚDE AO DIREITO À SAÚDE

A noção de que a saúde constitui um direito humano e fundamental, passível de proteção e tutela pelo Estado, é resultado de uma longa evolução na concepção não apenas do direito, mas da própria ideia do que seja a saúde, em si mesma considerada.

Scliar (1987) afirma que a literatura especializada indica que a primeira concepção de saúde apareceu ligada a uma explicação mágica da realidade, em que o doente era uma vítima de demônios e espíritos malignos.

A Grécia Antiga, através dos estudos de Hipócrates, questionou esta concepção, introduzindo fatores ambientais ligados à doença, defendendo o que hoje poderia ser chamado de um conceito-ecológico de saúde-enfermidade, enfatizando a multicausalidade na gênese das doenças, não se limitando apenas ao estudo do paciente (SCLIAR, 1987). Os rituais deram lugar ao uso de ervas e métodos naturais.

Platão trouxe a noção de equilíbrio interno entre corpo e alma, depois ampliada para afirmar o equilíbrio do homem com a organização social e com a natureza, tirando deste contexto o conceito de saúde. (DALLARI, VENTURA, 2003)

A Idade Média consolidou um imenso retrocesso na área sanitária, um período de pestilências e surtos epidêmicos decorrentes de movimentos populacionais, conflitos militares, miséria, promiscuidade e falta de higiene. (FIGUEIREDO, 2007)

A doença voltou a ser vista como um castigo divino, resumindo-se os cuidados sanitários à preocupação de afastar o doente do convívio social, para evitar o contagio e a visão da própria doença (DALLARI, 1988). O único avanço que se deu foi com o surgimento dos hospitais, que funcionavam como verdadeiros asilos ou hospícios. (SCLIAR, 1987)

O Renascimento, como uma restauração do conhecimento greco-romano, foi na área da saúde um período polarizado entre as tradições greco-romanas, opondo-se ao misticismo medieval e as práticas exotéricas. Deu-se neste período um avanço nas descobertas sobre o corpo humano, ao pensamento e aos métodos científicos. (SCLIAR, 1987)

Para Dallari e Ventura (2003) o atual conceito de saúde pública teria surgido no Renascimento, quando também se firmaram as primeiras políticas concretas do que hoje se conhece por Direito Internacional Sanitário, que segundo Soares (2000) iniciou-se com a celebração de Tratado Internacional entre a Sereníssima República de Veneza e países vizinhos, ainda no Século XIV, relacionado à aplicação de políticas públicas de controle sanitário de fronteiras, com o objetivo de proteger a população em face de doenças que pudessem vir dos navios mercantes.

Com a consolidação do Estado Liberal burguês, a partir do final do Século XVIII e durante o Século XIX, a assistência pública, englobando a assistência social e médica, deixou de depender da solidariedade da vizinhança para incluir proteção à saúde entre o leque de atividades tipicamente estatais, inclusive com status legal-constitucional. (DALLARI, VENTURA, 2003)

A Revolução Industrial acarretou um grande movimento de urbanização, com migração populacional do campo para a cidade e a formação de cinturões ao redor das fábricas, que pela proximidade espacial e absoluta falta de higiene, permitiram a rápida proliferação de doenças entre os operários, patrões e familiares. (FIGUEIREDO, 2007)

Como neste período o Estado nada mais era do que instrumento do empresariado, mostrou-se relativamente simples a transferências das reinvindicações por melhores condições sanitárias, assumindo o Estado a função de garante da saúde pública (DALLARI, PILAU SOBRINHO, 2003). Segundo Schwartz (2001, p. 113) “o capitalismo, por mais paradoxo que pareça, fez nascer uma visão social da saúde”.

No Século XX, a proteção sanitária seria finalmente tratada como saber social e política de governo. Desde a II Guerra Mundial essa noção foi ampliada, estabelecendo-se a

responsabilidade do Estado pela saúde da população, bem como reforçando-se a lógica econômica, a partir da evidente interdependência entre as condições de saúde do trabalhador e a atividade produtiva. (SCLIAR, 1987)

Preceitua Silva (2010) que por longos anos a saúde foi entendida como sendo a ausência de doenças, tendo assim a atuação do poder público e privado quando do conhecimento das diversas patologias e endemias, no sentido de controlar a evolução do quadro e visando o estado de ausência de doença. E apenas com o desenvolvimento do estado social de direitos que se teve alargamento da definição de saúde.

Para Novelino (2013, p. 902) a saúde é "indissociável do direito à vida e da dignidade da pessoa humana", sendo ainda direito fundamental social e integrante do mínimo existencial da pessoa humana. Não é possível haver saúde sem a preservação da vida, da dignidade e o bem-estar de cada indivíduo. Vinculando-se diretamente ao princípio da dignidade humana, é direito de todos que estiverem em território brasileiro independente de sua nacionalidade, sendo o Estado o principal responsável, respondendo os entes federativos solidariamente no que concerne à saúde, não isentando a família e a sociedade de suas responsabilidades que juntamente se obrigam.

A Organização Mundial da Saúde - OMS define saúde como "o completo estado de bem-estar físico, mental e social", e não simplesmente a ausência de enfermidade. Englobando assim o perfeito bem-estar pessoal, que só se efetiva com sua completa harmonia. Com este conceito, a OMS retomou a ideia de qualidade de vida.

O direito à Saúde vem estabelecido nos arts. 196 e 197 da Constituição Federal de 1988, que institui a obrigação do Estado em fornecer condições de saúde, prevenção e proteção, ou seja, visa reduzir os riscos de doenças promovendo políticas e ações preventivas, bem como fiscalizar sua efetividade.

Para Araújo e Nunes Junior (2008) a Constituição Federal trata da saúde como direito social e o inclui no rol de Direitos Fundamentais. Afirmam ainda que, o direito à saúde é um desdobramento do próprio direito à vida e, por conseguinte um direito fundamental do indivíduo.

De acordo com Vasconcelos (2014, p. 1.839), "a saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo ser prestada a quem dela necessitar". Ou seja, cabe ao Estado prestá-la de forma igualitária.

Por mais superficial que se possa constituir o conceito de saúde, qualquer investigação em torno do direito à saúde é bastante para afirmar a complexidade e a diversidade de ações e prestações que compõe o conteúdo desse direito fundamental. (FIGUEIREDO, 2007).

Para Morais (2003, p. 23-24), o núcleo central do conceito de saúde estaria na ideia de qualidade de vida, que se relaciona às teorias política e jurídica contemporâneas, sendo a saúde um elemento de cidadania, ou seja, um direito à promoção da vida das pessoas, não se preocupando somente com a pretensão difusa e legitima de curar e evitar a doença, mas de ter uma vida saudável.

Sarlet (2004, p. 2) equipara vida digna à vida saudável, aproximando os conceitos de qualidade de vida com dignidade da pessoa humana, afirmando que o completo bem estar físico, mental e social densifica o princípio da dignidade humana, pois não se imagina que condições de vida insalubres e inadequadas sejam aceitas como conteúdo de uma vida com dignidade.

O aparecimento da saúde pública está, portanto, intrinsecamente relacionado à evolução do Estado moderno, encontrando-se, já no início do século XX, instaurada a proteção sanitária como política pública, sendo reforçada com o advento do Estado do Bem Estar Social, em que se faz evidente a interdependência entre condições de saúde e de trabalho, cuja nova concepção, revelada somente a partir dos últimos anos do século vinte, implica a definição de políticas públicas que visem ao seu cuidado, à sua defesa e à sua proteção. (CAVALHEIRO, 2013)

Ademais, saúde é um direito de todos e uma dimensão essencial do crescimento e desenvolvimento do ser humano, logo, todas as pessoas, sem distinção, tem direito a uma vida saudável sendo essencial o completo bem-estar para que se atinja a condição de saúde. A condição de saúde é produzida nas relações com o meio físico, econômico e sociocultural, identificando fatores de risco à saúde pessoal e coletiva presentes no meio em que vivem.

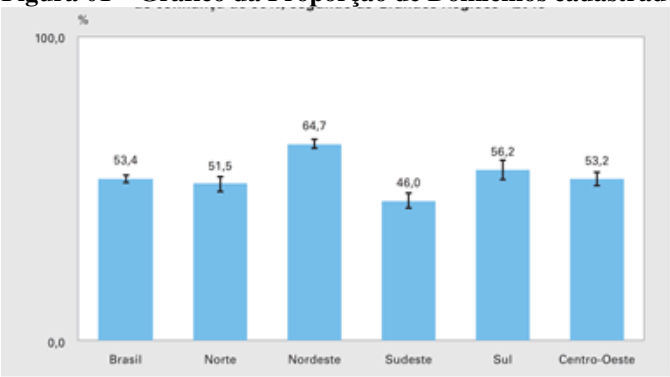
O debate sobre a saúde e o acesso aos meios de prevenção e tratamentos médicos e terapêuticos se alargou muito na última década no país, incorporando novos participantes e colocando os médicos, os gestores e todos os envolvidos no processo em um cenário em que saúde, direito, gestão e economia têm sido compelidos a dialogar e construir soluções.

3 PANORAMA DA SAÚDE NO BRASIL

Segundo a PNS – Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, 53,4% domicílios estavam cadastrados em Unidade de Saúde da Família (34,8 milhões de domicílios). A Região Nordeste apresentou a maior proporção (64,7%), enquanto a Região Sudeste, a menor (46,0%). Considerando a situação do domicílio, a área urbana (50,6%) apresentou proporção inferior à observada na área rural (70,9%). Quanto às pessoas moradoras em domicílios particulares

permanentes, a pesquisa estimou que 56,2% das pessoas eram moradoras em domicílios cadastrados em Unidade de Saúde da Família (IBGE, 2013):

Figura 01 – Gráfico da Proporção de Domicílios cadastrados em unidade de saúde da família



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios estimou, em 2008, cerca de 190,0 milhões de pessoas residentes no Brasil. Destas, estimou-se que 77,3% auto avaliaram o seu estado de saúde como "muito bom ou bom"; 18,9% como "regular" e 3,8% como "ruim ou muito ruim" (IBGE, 2008).

Foi verificado que, conforme a idade aumentava, a estimativa do percentual de pessoas que avaliaram seu estado de saúde como "muito bom ou bom" diminuía. Os moradores de áreas urbanas apresentaram percentual (78,2%) de auto avaliação como "muito bom ou bom" superior ao dos moradores de áreas rurais (72,5%). (IBGE, 2008)

Também foi verificado que, quanto maiores eram as classes de rendimento mensal domiciliar *per capita*, maiores eram os percentuais de pessoas que avaliavam seu estado de saúde como "muito bom ou bom". Para aqueles cujo rendimento era superior a 5 salários mínimos, 87,9% se auto avaliaram nestas condições, contra 74,9% para aqueles com rendimento de até um salário mínimo (IBGE, 2008).

Vale notar que, conforme o aumento da faixa etária aumentava também o número de doenças declaradas pelas pessoas. Até a faixa de 14 a 19 anos de idade, o percentual de pessoas que afirmaram ter três ou mais doenças era próximo de zero, para a faixa de 50 a 64 anos crescia para 17,1% e para aqueles com 65 anos ou mais, chegava a 28,3%. Para este último grupo etário, considerando apenas as mulheres, este percentual crescia para 33,3%. Entre as pessoas de 65 anos ou mais de idade, 20,9% não possuíam nenhuma doença crônica. (IBGE, 2008)

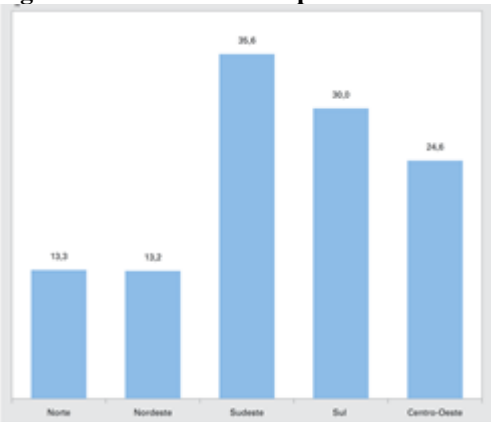
A relação entre rendimento mensal domiciliar *per capita* e a existência de alguma doença crônica é positiva; quanto maior o rendimento, maior é o percentual de pessoas que responderam ter ao menos uma doença. Entre aqueles com rendimento de até ¼ do salário

mínimo, 20,8% tinham ao menos uma doença, e entre aqueles com mais de 5 salários mínimos, o percentual alcançava 38,5%. (IBGE, 2008)

As doenças crônicas identificadas por algum médico ou profissional de saúde mais frequentemente declaradas foram: hipertensão (14,0%) e doença de coluna ou costas (13,5%). Os percentuais para as demais doenças foram: artrite ou reumatismo (5,7%); bronquite ou asma (5,0%); depressão (4,1%); doença de coração (4,0%) e diabetes (3,6%). Estes percentuais apresentaram diferenças de acordo com a faixa etária analisada. Por exemplo, quando se considerou as pessoas de 35 anos ou mais de idade, 8,1% declararam ter diabetes. (IBGE, 2008)

Em 2008, 25,9% da população brasileira, ou seja, 49,2 milhões de pessoas dispunham de pelo menos um plano de saúde. Entre estas, 77,5% estavam vinculadas a planos de empresas privadas e 22,5% a planos de assistência ao servidor público. Além disso, do total de pessoas cobertas por plano de saúde, 47,8% eram titulares do plano de saúde único ou principal que possuíam. Nas áreas urbanas (29,7%) o percentual de pessoas cobertas por planos de saúde era maior do que nas rurais (6,4%). As Regiões Sudeste e Sul registraram percentuais (35,6% e 30,0%, respectivamente), aproximadamente três vezes maiores do que os verificados para o Norte (13,3%) e Nordeste (13,2%), conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2008):

Figura 03 – Percentual de pessoas com cobertura de plano de saúde em 2008

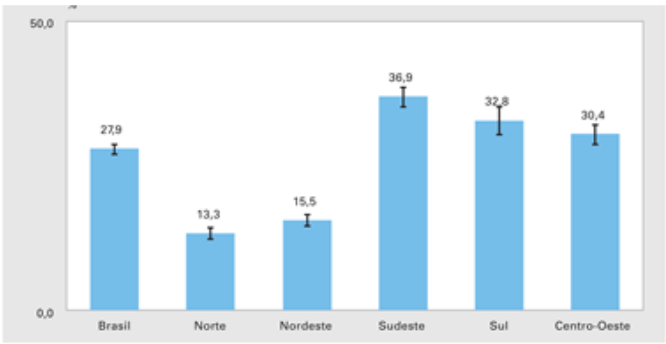


Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008.

Já em 2013, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, publicados no PNS 2013, 27,9% da população tinha algum plano de saúde (médico ou odontológico). As Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste apresentaram as maiores proporções (36,9%, 32,8% e 30,4%, respectivamente) e as Regiões Norte e Nordeste, as menores (13,3% e 15,5%, respectivamente). A Região Sudeste registrou percentual quase três vezes maior que o

verificado na Região Norte. Na área urbana (31,7%), o percentual de pessoas cobertas por plano de saúde era cerca de cinco vezes superior ao observado na área rural (6,2%):

Figura 04 – Proporção de pessoas que tinham algum plano de saúde, médico ou odontológico, em 2013



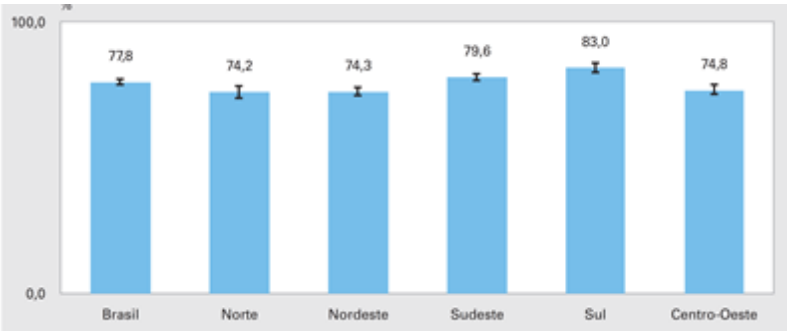
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

O levantamento suplementar de saúde da PNAD 2008 estimou em 139,9 milhões o total de pessoas que normalmente procurava o mesmo serviço de saúde quando precisava de atendimento, o que correspondia a 73,6% da população. Por sexo, 76,6% das mulheres normalmente procuravam o mesmo serviço de saúde, entre os homens, 70,5% o faziam. (IBGE, 2008)

O posto ou centro de saúde foi o local mais declarado como normalmente procurado (56,8%), seguido pelos consultórios particulares (19,2%) e pelo ambulatório de hospital (12,2%). As demais categorias - farmácia, ambulatório de clínica ou de empresa, pronto-socorro e agente comunitário entre outros - contabilizaram 11,8% dos locais procurados. O posto de saúde foi normalmente procurado principalmente pelas pessoas pertencentes às classes de rendimento mensal domiciliar per capita mais baixas:

Este número em 2013, segundo o PNS 2013, foi de 77,8% das pessoas residentes, quando precisavam de atendimento de saúde, costumavam procurar o mesmo lugar, médico ou serviço de saúde. As Regiões Norte (74,2%), Nordeste (74,3%) e Centro-Oeste (74,8%) apontaram as menores proporções deste indicador, enquanto a Região Sul, a maior (83,0%):

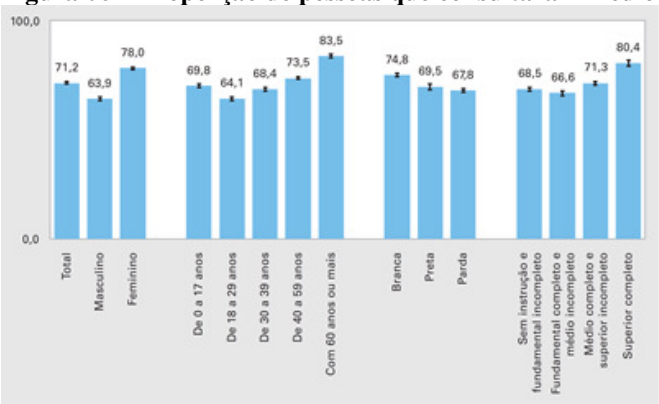
Figura 05 - Percentual de pessoas que normalmente procuram o mesmo serviço de saúde quando precisavam de atendimento de saúde em 2013



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

No Brasil, dentre as 30,7 milhões de pessoas que procuraram algum atendimento de saúde nas duas últimas semanas anteriores à data da entrevista, 97,0% afirmaram ter conseguido atendimento, e 95,3% foram atendidos na primeira vez em que procuraram. Nas Grandes Regiões, os percentuais de atendimento na primeira vez de procura oscilaram em torno da média nacional e variaram de 93,6%, na Região Norte, a 96,3%, nas Regiões Sudeste e Sul. (IBGE, 2013)

Figura 06 – Proporção de pessoas que consultaram médico nos últimos 12 meses em 2013



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

A PNS 2013 apontou que, das pessoas residentes no Brasil, 71,2% (142,8 milhões) consultaram médico nos últimos 12 meses anteriores à data de referência da pesquisa. As Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentaram percentuais menores: 61,4%, 66,3% e 69,5%, respectivamente. As Regiões Sudeste e Sul apresentaram estimativas maiores que a média nacional: 75,8% e 73,8%, respectivamente.

A PNS 2013 estimou que 7,0% da população residente em domicílios particulares permanentes (14,1 milhões de pessoas) deixou de realizar atividades habituais por motivo de saúde nas duas últimas semanas anteriores à pesquisa. As Regiões Sul e Nordeste registraram

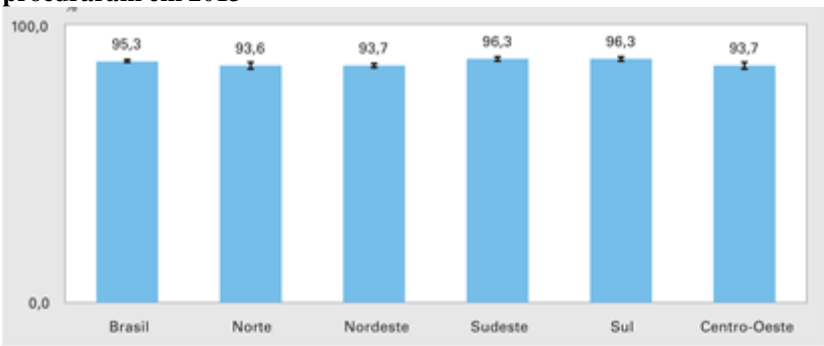
as maiores proporções (8,4% e 7,8%, respectivamente), e as Regiões Norte e Sudeste, as menores (5,8% e 6,2%, respectivamente).

A proporção de pessoas que deixaram de realizar atividades habituais por motivo de saúde foi maior entre as mulheres (8,0%) que entre os homens (5,9%). As pessoas sem instrução ou com fundamental incompleto registraram a maior proporção deste indicador por nível de instrução (8,3%). Em relação à idade, observou-se que, quanto mais elevada, maior também a proporção do indicador, atingindo 11,5% entre as pessoas de 60 anos ou mais. (IBGE, 2013)

A pesquisa também investigou os motivos de saúde que impediram as pessoas de realizar suas atividades habituais: 17,8% citaram resfriado ou gripe e 10,5% relataram dor nas costas, problema no pescoço ou na nuca. O percentual de resfriado ou gripe foi maior para as pessoas de 0 a 17 anos de idade (39,8%) e diminuiu com o aumento da idade (6,9% das pessoas de 60 anos ou mais). Dor nas costas, problema no pescoço ou na nuca foram proporcionalmente mais registrados pelas pessoas de 40 a 59 anos de idade (16,5%). Motivos, tais como: dor nos braços ou nas mãos; dor de cabeça ou enxaqueca; asma, bronquite ou pneumonia; diarreia, vômito, náusea ou gastrite; e pressão alta ou doença do coração atingiram percentuais que variaram de 4,1% a 5,5% do total da população. (IBGE, 2013)

No Brasil, dentre as 30,7 milhões de pessoas que procuraram algum atendimento de saúde nas duas últimas semanas anteriores à data da entrevista, 97,0% afirmaram ter conseguido atendimento, e 95,3% foram atendidos na primeira vez em que procuraram. Nas Grandes Regiões, os percentuais de atendimento na primeira vez de procura oscilaram em torno da média nacional e variaram de 93,6%, na Região Norte, a 96,3%, nas Regiões Sudeste e Sul:

Figura 07 – Proporção de pessoas que conseguiram atendimento de saúde na primeira vez que procuraram em 2013



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

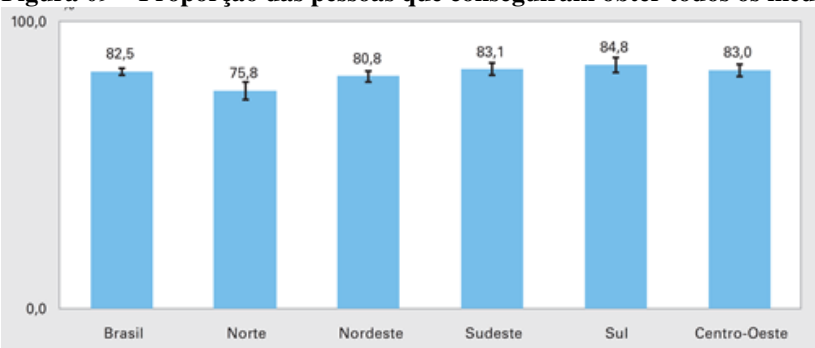
Segue o gráfico dos motivos pelos quais as pessoas não conseguiram atendimento na primeira vez que conseguiram:

Figura 08 – Percentual de pessoas que não conseguiram atendimento na primeira vez em que procuraram segundo o motivo de não terem sido atendidas

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Das pessoas que tiveram algum medicamento receitado no último atendimento de saúde, 92,4% conseguiram obter pelo menos um deles. Essa estimativa foi cerca de 10,0 pontos percentuais superior à proporção de pessoas que conseguiram obter todos os medicamentos receitados. A maior proporção foi observada na Região Sul (94,8%), e a menor, na Região Nordeste (90,0%):

Figura 09 – Proporção das pessoas que conseguiram obter todos os medicamentos receitados



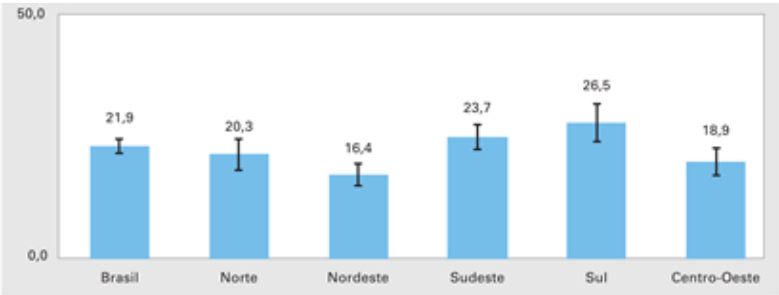
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

A proporção de pessoas que conseguiram obter pelo menos um dos medicamentos receitados no serviço público de saúde foi de 33,2% (6,4 milhões de pessoas), e não houve diferenças significativas nas estimativas por Grandes Regiões do País:

Do total estimado de 19,3 milhões de pessoas que tiveram medicamento receitado no último atendimento de saúde, 21,9% (4,2 milhões) responderam que conseguiram obter pelo

menos um deles no Programa Farmácia Popular. A Região Nordeste apresentou a menor proporção (16,4%):

Figura 12 – Percentual de pessoas que conseguiram obter no Programa Farmácia Popular pelo menos um dos medicamentos receitados



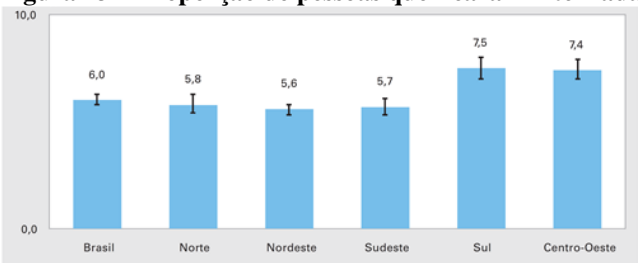
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

De acordo com a PNS 2013, das 200,6 milhões de pessoas residentes no Brasil, 6,0% (12,1 milhões) ficaram internadas em hospitais por 24 horas ou mais, nos últimos 12 meses anteriores à data da entrevista. As Regiões Sul e Centro-Oeste apresentaram proporções superiores à média nacional: 7,5% e 7,4% respectivamente. (IBGE, 2013)

As proporções de internação em hospitais por 24 horas ou mais foram superiores à média nacional para as mulheres (7,1%) e as pessoas de 60 anos ou mais de idade (10,2%). Não houve diferenças significativas nas estimativas das proporções deste indicador, segundo a cor ou raça e o nível de instrução. Tratamento clínico e cirurgia foram os dois tipos de atendimento mais frequentes nos casos de internação. Em estabelecimentos de saúde públicos, as proporções foram de 42,4% e 24,2%, respectivamente. Em estabelecimentos de saúde privados, os percentuais foram de 29,8% e 41,7%, respectivamente. (IBGE, 2013)

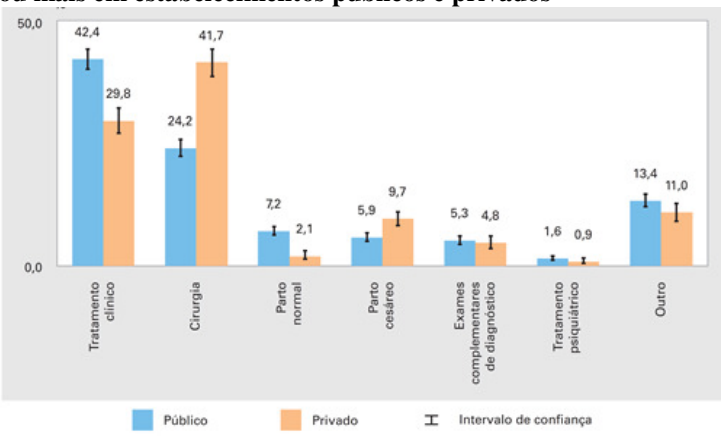
Em estabelecimentos de saúde públicos, o parto normal apresentou maior participação das internações (7,2%) que o parto cesáreo (5,9%). Em estabelecimentos de saúde privados, ocorreu o inverso: o parto cesáreo (9,7%) superou a proporção do parto normal (2,1%). (IBGE, 2013)

Figura 13 – Proporção de pessoas que ficaram internadas em hospitais por 24 horas ou mais



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

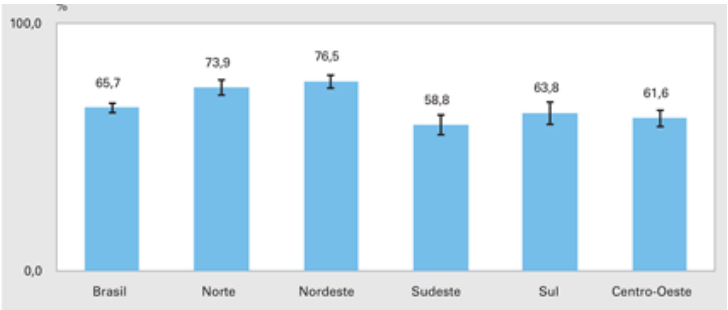
Figura 14 – Distribuição percentual das pessoas que ficaram internadas em hospitais por 24 horas ou mais em estabelecimentos públicos e privados



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

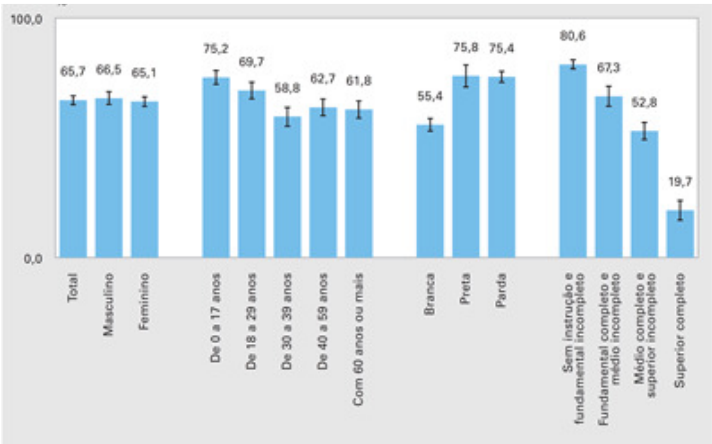
Das pessoas que ficaram internadas em hospitais por 24 horas ou mais, 65,7% (8,0 milhões) tiveram esse atendimento por meio do Sistema Único de Saúde - SUS. As Regiões Nordeste e Norte registraram as maiores proporções: 76,5% e 73,9%, respectivamente (IBGE, 2013):

Figura 15 – Proporção de pessoas cuja última internação em hospitais por 24 horas ou mais foi através do SUS – 2013



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Figura 16 – Proporção de pessoas cuja última internação em hospitais por 24 horas ou mais foi através do SUS, segundo o sexo, os grupos de idade, a cor ou raça e o nível de instrução



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

As proporções de internação em hospitais do SUS foram superiores à media nacional entre as pessoas de 0 a 17 anos de idade (75,2%) e as pessoas que se declararam de cor preta (75,8%) e parda (75,4%), e não apresentaram diferenças por sexo. Essa proporção também foi maior quanto menor o nível de instrução, variando de 80,6% (sem instrução ou com fundamental incompleto) a 19,7% (superior completo). (IBGE, 2013)

O Conselho Nacional de Justiça divulgou no mês de outubro de 2016 a 12ª edição do Relatório Justiça em Números. Trata-se do mais importante e completo diagnóstico sobre o Poder Judiciário brasileiro, pois contempla estatísticas de todos os 90 Tribunais pátrios, bem como indicadores sobre litigiosidade, estrutura, investimento, entre outras informações.

Sobre a judicialização da saúde, considerando os processos ajuizados até 2015 e se somadas todas as demandas existentes no 1º grau, no 2º grau, nos Juizados Especiais, no Superior Tribunal de Justiça, nas Turmas Recursais e nas Turmas Regionais de Uniformização, encontra-se o seguinte diagnóstico:

Figura 17 – Judicialização em Números no Brasil

Assunto	Quantidade
Serviços em saúde	61.655
Fornecimento de medicamentos	200.090
Tratamento médico-hospitalar	60.696
Tratamento médico hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos	151.856
Convênio médico com o SUS	737
Planos de saúde (direito do consumidor)	293.449
Planos de saúde (benefício trabalhista)	36.611
Doação e transplante órgãos/tecidos	491

Saúde mental	3.001
Controle social e Conselhos de saúde	1.468
Hospitais e outras unidades de saúde	5.642
Erro médico	38.810
TOTAL	**854.506**

Fonte: Conselho Nacional de Justiça. Justiça em números 2016[1].

Neste sentido, percebe-se que a judicalização da saúde no Brasil apresenta números assustadores, sendo um dos principais reflexos da crise, em diversos aspectos, em que o país se encontra.

4 PREVENÇÃO E SOLUÇÃO DE CONFLITOS EM SAÚDE PÚBLICA: ALGUMAS POSSIBILIDADES

Na sistemática atual brasileira, em que estamos com uma crise financeira e institucional não vista nas últimas décadas, em que o Poder Judiciário encontra-se insuficiente, quando não dizer em processo de falência, pois não consegue mais suprir as demandas que lhe são propostas, deve-se tentar buscar alternativas para a solução das demandas sociais, especialmente no âmbito dos direitos sociais. Neste sentido, as alternativas a serem propostas devem tentar mitigar a judicialização da saúde.

Se o aumento da judicialização é uma perspectiva concreta, é necessário que as alternativas possam diminuir a incidência do fenômeno e ao mesmo tempo despertar a sociedade brasileira para a busca de soluções mais rápidas que a judicial. (CARLINI, 2014)

De acordo com Carlini (2014), a solução de conflitos por mecanismos não judiciais é um sinal de maturidade de uma sociedade organizada, que atribui ao diálogo e ao sopesamento de argumentos peso maior que a solução ditada por um magistrado que nem sempre terá condições objetivas de levar em conta o impacto de sua decisão para o conjunto social.

O diálogo e o debate das questões públicas ainda são precários no país, tendo em vista a estrutura da organização política que oferece poucos espaços para a manifestação da cidadania ativa. Existem inúmeras previsões na Constituição Federal para a participação direta da população, como por exemplo, os Conselhos Municipais de Saúde, no entanto, a herança que o

[1] Disponível em http://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/pj-justica-em-numeros. Acesso em 23 de outubro de 2016.

modelo de Estado Autoritário nos deixou ainda é muito presente, onde o cidadão se sente mais motivado a procurar o poder judiciário do que obter a efetividade de seus direitos por mecanismos coletivos de participação social.

Ainda, nas palavras de Carlini (2014), a sociedade brasileira tem como traço marcante o individualismo, resultante da centralidade do consumo, na concepção da estrutura familiar e como consequência do modo de vida típico dos grandes centros urbanos que fragilizou os laços comunitários na medida em que subtraiu o tempo livre da agenda diária das pessoas.

No imaginário das pessoas, a solução de problemas envoltos à questões de saúde pública é papel exclusivo dos governos, já que os cidadãos já pagam tributos. As pessoas não consideram que as decisões podem ser tomadas em conjunto como fruto do diálogo, do debate e do acordo.

Neste contexto a busca por soluções coletivas é avaliada como ineficiente.

Carlini (2014) aponta algumas sugestões para minimizar a judicilização: (i) Criação de Câmaras Técnicas, que são grupos multiprofissionais que analisam os casos judiciais e fornecem laudos técnicos para auxiliar os magistrados para fornecimento de argumentação técnica a ser adotada na solução de casos concretos; (ii) Criação dos Centros Judiciários de Solução de Conflitos de Interesses, com o objetivo de promover ações de autocomposição de litígios e à pacificação social por meio da mediação e arbitragem, inclusive na seara da saúde pública; (iii) Interposição de ações coletivas pela Defensoria Pública e Ministério Público para a efetivação do direito à saúde, buscando promover a efetivação do direito à medicamentos e tratamentos médicos à todos os que se encontrarem em determinada situação concreta.

Importante destacar a última sugestão apontada, que diz respeito à propositura de ações coletivas, que correspondem a relações sociais e econômicas entre indivíduos pertencentes a um mesmo grupo e que possuem interesses comuns. Tais interesses necessitam de ações conjuntas, ou seja, necessitam ser realizadas coletivamente. Em uma ação coletiva, o alinhamento dos interesses decorre do reconhecimento de que os indivíduos possuem necessidades comuns, as quais somente serão atendidas por meio das ações coletivas. (WOLFART, SILVA, SCHMIDT, 2014)

Conforme Ostrom (2007), a teoria da ação coletiva busca explicar por que os indivíduos cooperam ao invés de aproveitarem as contribuições de outros. Em sua obra A lógica da ação coletiva, de 1971, analisa o que motiva os indivíduos a atuarem conjuntamente em vez de suprirem suas necessidades de forma individual.

As ações coletivas podem ser compreendidas por diversas formas de associativismo, tais como entidades de representação, de compra e venda, de poupança e crédito, prospecção

de vendas nos mercados externos, controle de qualidade, entre outros. Geralmente, as pequenas empresas têm problemas para a obtenção desses aspectos, cuja superação pode ser alcançada por meio de ações coletivas (Sachs, 2003). Dessa forma, uma ação coletiva é decorrente da união entre agentes que possuem interesses comuns, acreditando que, individualmente, é impossível ou mais difícil de obter um determinado objetivo do que em grupo.

Para Olson, a ação coletiva consiste na perseguição conjunta por benefícios individuais. Assim, "a ideia de que os grupos sempre agem para promover seus interesses é supostamente baseada na premissa de que, na verdade, os membros de um grupo agem por interesse pessoal, individual" (Olson, 1999, p. 13).

Busca-se, através das ações coletivas, um efeito geral, global e impessoal, no mais das vezes preventivo, que procura impedir a ocorrência de um ou mais agravos e não a reversão de suas consequências. Isto não impede que determinadas ações entendidas como coletivas tenham efeitos particulares, benéficos ou não, sobre indivíduos.

As chamadas ações coletivas em saúde pública são uma designação genérica para as medidas tomadas visando não a instância particular de um dado indivíduo mas um grupo de pessoas. Cabe aqui, sem nenhuma profissão de fé filosófica, a conceituação de Durkheim (1972) sobre o social: o coletivo em saúde pública é mais do que a mera somatória de indivíduos.

A participação de cada indivíduo no ganho total do grupo depende de dois fatores: do tamanho do grupo e do benefício individual que o bem proporciona em relação ao total de participantes do grupo. Estes fatores determinarão se o grupo proverá o bem coletivo e seu ganho total (NASSAR, 2001).

Reconhecida a existência de interesses transindividuais compartilhados por diversos titulares, a ordem jurídica passou a admitir a substituição do acesso individual à Justiça por um processo coletivo único em proveito de todo um grupo. A substituição de inúmeras ações individuais pulverizadas por uma só ação coletiva representa inegável economia processual, além de evitar decisões contraditórias, que contribuem inclusive para o desprestígio da administração da justiça.

A ação coletiva ,como a conhecemos no Brasil, teve o seu nascimento na *class action* do sistema norte-americano, encontrando os seus antecedentes no Bill of Peace do Século XVII, que tinha como pressuposto a existência de um elevado número de titulares de direitos que recebem um tratamento processual unitário e simultâneo por meio de um único expoente da classe. (SÁ, 2013)

O legislador brasileiro inspirando-se no *class action* norte-americano criou a ação civil pública, a ação popular e o mandado de segurança coletivo.

A ação civil pública é uma ação de responsabilidade civil utilizada para a defesa de quaisquer interesses transindividuais, sejam difusos, coletivos ou individuais homogêneos, conforme previsão do art. 129, III da Constituição Federal (BRASIL, 1988). Embora tenha caráter essencialmente condenatório, tem-se admitido ações civis públicas com pedido meramente declaratório, constitutivo ou mandamental, tendo como objeto da condenação uma obrigação de dar, fazer ou não-fazer.

Os legitimados ativos estão listados no art. 5º da Lei 7.347/1985 – Lei da Ação Civil Pública, sendo eles, o Ministério Público; a Defensoria Pública; a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; a autarquia, empresa pública, fundação ou sociedade de economia mista; a associação que, concomitantemente esteja constituída há pelo menos 1 (um) ano nos termos da lei civil e inclua, entre suas finalidades institucionais, a proteção ao patrimônio público e social, ao meio ambiente, ao consumidor, à ordem econômica, à livre concorrência, aos direitos de grupos raciais, étnicos ou religiosos ou ao patrimônio artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico; sendo obrigatória a intervenção do Ministério Público no processo, caso este não seja o seu autor.

No caso da saúde pública, para fins de efetivação deste direito tão importante, seria uma medida interessante a interposição de Ação Civil Pública e outras ações coletivas.

Em 2011 na tentativa de incorporar mecanismos de minimização da judicialização desenfreada da saúde foi aprovada a Lei 12.401, que altera a Lei 8.080/1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de novas tecnologias no âmbito do Sistema Único de Saúde, adotando a definição de protocolo clinico e diretrizes terapêuticas, determinando a necessidade de evidências científicas sobre a eficácia, acurácia, efetividade e segurança dos medicamentos, produtos ou procedimentos que serão analisados pelo relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, ou seja, a incorporação de novas tecnologias e medicamentos fica condicionada à existência de evidências e pesquisas científicas que comprovem que haverá eficácia e segurança para os pacientes, sendo extremamente útil ao sistema público de saúde.

5 CONCLUSÕES

Da pesquisa empreendida, verificou-se que o direito à saúde está diretamente relacionado ao direito à vida, e indissociável do Princípio de Dignidade da Pessoa Humana. Possui previsão constitucional, na condição direito social, com status privilegiado, sendo direito

de todos, devendo ser efetivado mediante políticas públicas emitidas por parte do Estado, englobando neste termo todos os entes da Federação.

O direito à saúde teve grande evolução com o passar dos anos e com a necessidade enfrentada diante das grandes pandemias que afetava a população, a qual interferia, na ordem social e econômica do país, ganhando espaço com políticas públicas, consolidadas pela Constituição Federal de 1988, passou a ser assegurado pelo Estado, que diante da exaustiva demanda e aumento das técnicas em saúde, o Estado não é financeiramente capaz de fornecê-las, forçando os demandantes em acionar o judiciário para que tal prestação seja cumprida, mesmo sendo direitos inerentes à dignidade humana e à vida, o Estado busca não satisfazê-los.

A efetividade do direito à saúde está longe de ser alcançada diante da grande demanda em assistência recuperação e prevenção, aumenta a demanda ao judiciário para compelir o Estado a fornecer direitos e garantias já asseguradas, porém não cumpridas pelo mesmo, pois vivenciamos um contexto de crise econômica, social, política e institucional.

Neste sentido, outra saída apontada para solucionar o problema existente na efetivação do Direito à Saúde seriam as ações coletivas, como por exemplo, a Ação Civil Pública, o que para se efetivar, infelizmente, depende sobremaneira de amadurecimento cultural da população brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAUJO, Luiz Alberto David; NUNES JUNIOR, Vidal Serrano. **Curso de Direito Constitucional**. 13ª ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos.** Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BRASIL, **Constituição Federal**. República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL, **Lei 7.347, DE 24 DE Julho de 1985**. República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1985.

BRASIL, **Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1990.

BRASIL. **Justiça em números 2016**: ano-base 2015/Conselho Nacional de Justiça – Brasília: CNJ, 2016. Disponível em http://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/pj-justica-em-numeros. Acesso em 23 out. 2016.

BUCCI, Maria Pala Dallari. **Políticas Públicas e Direito Administrativo.** Revista de Informação Legislativa. Brasília: 1997.

CAVALHEIRO, Andressa Fracarro. **O Sistema De Saúde No Brasil: Considerações A Partir Do Sistema De Seguridade Social. Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva (ISSN 1982-8829).**Vol. 07, n. 01, Brasília: 2013.

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

COMPARATO, Fábio Konder. **Para viver a democracia.** São Paulo: Brasiliense, 1989.

CONSTITUIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS/WHO) – 1946, Biblioteca Virtual de Direitos Humanos, Universidade de São Paulo USP. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em 04 out. 2015.

DALLARI, Sueli Gandolfi; PILAU SOBRINHO, Liton Lanes. **O direito à saúde em um contexto autopoiético.** In SCHWARTZ, Germano (Org.). A saúde sob os cuidados do direito. Passo Fundo: UPF, 2003.

DALLARI, Sueli Gandolfi; VENTURA, Deisy de Freitas Lima. **Reflexões sobre a saúde pública na era do livre comércio.** SCHWARTZ, Germano (Org.). A saúde sob os cuidados do direito. Passo Fundo: UPF, 2003.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **O Direito à Saúde**. Revista de Saúde Pública, São Pulo, v. 22, n. 1, fev. 1988.

DURKHEIM, É. **Educação e sociologia**. São Paulo: Melhoramentos, 1972.

ELIAS, Paulo Eduardo. **Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo**. Revista São Paulo em Perspectiva. vol. 18 no.3 São Paulo July/Sept. 2004, Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392004000300005. Acesso em 30 de out. 2016.

IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**.
_____. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional de Saúde 2008**.

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Direito Fundamental à Saúde: parâmetros para sua eficácia e efetividade**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

MENDES, Aquilas; MAROUES, R.M. **Crónica de uma crise anunciada: o financiamento do SUS sob a dominância do capital financeiro**. In: Encontro Nacional de Economia Política, 14., 2009, São Paulo. **Anais.** São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.apufpr.org.br/artigos/trabalho_eroniea_de uma_crise_anunciada_financiamento_sus_aquilas_mendes_e.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2010

MORAIS, José Luiz Bolzan de. **O direito à saúde!.** In: Schwarzt, Germano (Org.). A saúde sob os cuidados do direito. Passo Fundo: UPF, 2003.

NASSAR, A. M.. **Eficiência das associações de interesse privado: uma análise do agronegócio brasileiro**. São Paulo: FEA/USP. 2001.

NOVELINO, Marcelo. **Manual de Direito Constitucional**. Rio de Janeiro: Forense, São Paulo: Método, 2013.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; PIRES, Denise Elvira. **Direito à saúde: um convite à reflexão.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, p. 753-760, maio-jun, 2004.

OLSON, M. **A lógica da ação coletiva: os benefícios públicos e uma teoria dos grupos sociais.** São Paulo: Edusp. 1999.

OSTROM, E. **Collective action and local development processes**. Sociologica. Bologna. 2007.

SÁ, Eduardo Buzzinari Ribeiro de. **A Importância das Ações Coletivas para Garantia de Equilíbrio nos contratos de planos de saúde.** Série aperfeiçoamento de magistrados 8 – Judicialização da saúde. Parte II. Páginas 49/54. 2013. Disponível em http://www.emerj.tjrj.jus.br/serieaperfeicoamentodemagistrados/paginas/series/8/judicializacaodasaudeII_49.pdf, Acesso em 07 de nov. 2016.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Direitos fundamentais sociais e proibição de retrocesso: algumas notas sobre o desafio da sobrevivência dos direitos sociais num contexto de crise.** Revista do Instituto de Hermenêutica Jurídica, Porto Alegre, n. 2, 2004.

SCHWARTZ, Germano. **Direito a Saúde: Efetivação em uma Perspectiva Sistêmica**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SCLIAR, Moacyr. **Do mágico ao social: A trajetória da Saúde Pública.** Porto Alegre: L&PM, 1987.

SILVA, Ricardo Augusto Dias da. D**ireito fundamental à saúde, o dilema entre o mínimo existencial e a reserva do possível.** Minas Gerais, Fórum, 2010.

VASCONCELOS, Natália Pires de. **O Supremo Tribunal Federal e o orçamento: uma análise do controle concentrado de leis orçamentárias.** Monografia – (Conclusão de Curso) - Escola de Formação da Sociedade Brasileira de Direito Público, São Paulo, 2014.

WOLFART, Gracieli Aparecida; SILVA, Geisiane Michelle da; SCHMIDT, Carla Maria. **Ações Coletivas na Área da Saúde: Um Estudo de Caso no Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná sobre Provisão de Bens e Serviços Coletivos.** Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS Vol. 3, N. 2. Julho/Dezembro. 2014.