

**XXIV CONGRESSO NACIONAL DO
CONPEDI - UFMG/FUMEC/DOM
HELDER CÂMARA**

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS I

ANTONIO GOMES DE VASCONCELOS

SEBASTIÃO SÉRGIO DA SILVEIRA

JULIA MAURMANN XIMENES

Todos os direitos reservados e protegidos.

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

Diretoria – Conpedi

Presidente - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UFRN

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. José Alcebíades de Oliveira Junior - UFRGS

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

Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Gina Vidal Marcílio Pompeu - UNIFOR

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

Conselho Fiscal

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

Prof. Dr. Roberto Correia da Silva Gomes Caldas - PUC SP

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

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

Prof. Dr. Paulo Roberto Lyrio Pimenta - UFBA (suplente)

Representante Discente - Mestrando Caio Augusto Souza Lara - UFMG (titular)

Secretarias

Diretor de Informática - Prof. Dr. Aires José Rover – UFSC

Diretor de Relações com a Graduação - Prof. Dr. Alexandre Walmott Borgs – UFU

Diretor de Relações Internacionais - Prof. Dr. Antonio Carlos Diniz Murta - FUMEC

Diretora de Apoio Institucional - Profa. Dra. Clerilei Aparecida Bier - UDESC

Diretor de Educação Jurídica - Prof. Dr. Eid Badr - UEA / ESBAM / OAB-AM

Diretoras de Eventos - Profa. Dra. Valesca Raizer Borges Moschen – UFES e Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - UNICURITIBA

Diretor de Apoio Interinstitucional - Prof. Dr. Vladimir Oliveira da Silveira – UNINOVE

D598

Direitos sociais e políticas públicas I [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/UFMG/
FUMEC/Dom Helder Câmara;

coordenadores: Antonio Gomes de Vasconcelos, Sebastião Sérgio Da Silveira, Julia
Maurmann Ximenes – Florianópolis: CONPEDI, 2015.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-85-5505-111-1

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

Tema: DIREITO E POLÍTICA: da vulnerabilidade à sustentabilidade

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Brasil – Encontros. 2. Direitos sociais. 3.
Políticas públicas. I. Congresso Nacional do CONPEDI - UFMG/FUMEC/Dom Helder Câmara
(25. : 2015 : Belo Horizonte, MG).

CDU: 34



XXIV CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI - UFMG/FUMEC /DOM HELDER CÂMARA

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS I

Apresentação

A presente coletânea é produto da reunião dos trabalhos apresentados no Grupo de Trabalho Direitos Sociais e Políticas Públicas I, do XXIV Congresso Nacional do Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação e Direito - CONPEDI, realizado na cidade de Belo Horizonte, nos dias 11 a 14 de novembro de 2015.

Fruto do labor de mais de duas dezenas de pesquisadores, os trabalhos refletem um pouco de uma das mais palpitantes e instigantes páginas recentes do jovem Constitucionalismo Brasileiro.

É certo que a Constituição Federal de 1988, que refundou a República Brasileira, destacou a cidadania e dignidade da pessoa humana como os fundamentos do novo estado que dela derivou (C.F., art. 1º, incisos II e III). Ao fazer opção dos valores humanos como o núcleo da nova república, o Constituinte escreveu uma das mais avançadas cartas, que meritoriamente ficou conhecida como A Constituição Cidadã.

Além de destacar a cidadania e a dignidade humana como fundamentos da República, alçou como objetivos fundamentais do Estado Brasileiro a construção de uma sociedade livre, justa e solidária; o desenvolvimento nacional; a erradicação da pobreza e marginalização; a redução das desigualdades sociais e regionais; e, ainda, a promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (C. F., art. 3º). Já nesse ponto, está projetado o embrião da segunda geração dos direitos humanos, que são previstos e garantidos ao longo de nossa Carta Republicana.

Em didática definição, André Ramos Tavares (Curso de Direito Constitucional. 10 ed. Rev. e atualizada. São Paulo: Saraiva, 2012, p. 837) sustenta que os direitos sociais são direitos de prestação ou direitos prestacionais, porque exigem do Poder Público uma atuação positiva, uma forma atuante de Estado na implementação da igualdade social, especialmente dos hipossuficientes. Assim, a concreção de tais direitos se vincula à existência de políticas públicas efetivas.

No momento atual da vida institucional de nosso país, vivemos o amadurecimento, a perplexidade e a angústia, diante da necessidade de cumprimento de muitos dos postulados

consagrados na nossa Constituição. Mesmo diante dos imensos avanços vivenciados nos últimos anos, o Brasil ainda é um país repleto de desigualdades sociais. Poucos compartilham a riqueza e muitos dividem o pouco que sobra. Lamentavelmente o gigantesco abismo que separa economicamente as classes sociais, também se repete em todas as outras áreas. A pátria não consegue garantir oportunidades para a maioria de seus filhos, na maioria das vezes, pela ausência ou deficiência de políticas públicas.

A letargia que assola o estado brasileiro na implementação de políticas públicas tipifica um comportamento juridicamente reprovável e implica em transgressão da própria Constituição Federal, conforme já reconhecido pelo Supremo Tribunal Federal (ADI 1.484/DF, Rel. Min. Celso de Mello). É exatamente por essa razão que surgiu um ativismo judicial exacerbado, que hoje vem impondo ao poder executivo o cumprimento de muitas garantias e a implementação de políticas públicas para garantia de direitos sociais garantidos na Constituição.

Considerando estas premissas sobre a efetivação dos direitos sociais, os pesquisadores foram divididos em grupos, buscando alguma pertinência temática para os intensos debates após a apresentação dos trabalhos.

Um dos grupos abordou o direito à saúde, objeto de intenso debate acadêmico e de pesquisas que buscam enfrentar os limites e possibilidades da judicialização. Os resultados de pesquisas sobre políticas públicas específicas de saúde também foram apresentados.

Outro grupo abordou uma temática que tangencia várias pesquisas sobre direitos sociais: a proteção à mulher. As pesquisas abordaram desde a violência contra a mulher até as políticas públicas afirmativas.

A proteção ao meio-ambiente, o direito à moradia, a sustentabilidade e a urbanização foram objeto de pesquisas apresentadas, com frequência utilizando o estudo de caso.

Por fim, cumpre destacar uma última pertinência temática: a proteção social. O programa bolsa família e a inclusão de pessoas com deficiência foi objeto de intenso debate, encerrando as discussões do grupo de trabalho Direitos Sociais e Políticas Públicas I e retomando a discussão apresentada no início desta introdução: a necessidade de inclusão de muitos cidadãos que ainda não tem acesso efetivo aos direitos sociais previstos no texto constitucional de 88.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE EFETIVAÇÃO DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE: A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS SOB UMA ANÁLISE DA PONDERAÇÃO DE PRINCÍPIOS

PUBLIC POLICIES OF THE FUNDAMENTAL RIGHT TO EFFECTIVE HEALTH: THE IMPLEMENTATION OF THE PROGRAM MORE DOCTORS IN AN ANALYSIS OF THE WEIGHTING PRINCIPLES

**Yuri Schneider
Juliana De Oliveira**

Resumo

O presente artigo trata da efetivação do direito constitucional à saúde, previsto no art. 196 da CF/88, que prevê que saúde é direito de todos e dever do Estado, por meio de políticas públicas do Estado, representado pelos três entes da federação (União, estados, Distrito Federal e municípios). Mostra aspectos relacionados à criação do SUS na década de 90, com o intuito de promover condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Além disso, refere-se a última política pública de âmbito nacional com vistas à implementação do direito constitucional à saúde, que é o Programa Mais Médicos, trazendo um aparato dos pontos positivos e negativos do programa. Por fim, pretende-se aplicar a ponderação de princípios, da Teoria dos Direitos Fundamentais de Robert Alexy para identificar se o Programa Mais Médicos foi uma norma de política panfletária ou um meio de efetivação do direito social à saúde.

Palavras-chave: Direito à saúde, Políticas públicas, Programa mais médicos, Norma política panfletária, Efetivação da saúde, Ponderação de princípios

Abstract/Resumen/Résumé

This article deals with the realization of the constitutional right to health, provided for in art. 196 of CF/88, which provides that health is everyone's right and duty of the state through state public policies, represented by the three federal entities (Union, states, Federal District and municipalities). Show aspects related to the creation of the SUS in the 90s, in order to promote conditions for the promotion, protection and recovery of health. Also, it refers to the last nationwide public policy with a view to implementing the constitutional right to health, which is the More Doctors Program, bringing an apparatus of the strengths and weaknesses of the program. Finally, we intend to apply the weighting principles, Theory of Fundamental Rights of Robert Alexy to identify the More Doctors Program. Keywords: Program was a norm of political pamphleteering or a means of realization of the social right to health.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Right to health, Public policy, "more medical" program, Standard propagandistic policy, Effectiveness of health, Weighting principles

POLÍTICAS PÚBLICAS DE EFETIVAÇÃO DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE: a implementação do Programa Mais Médicos sob uma análise da ponderação de princípios

PUBLIC POLICIES OF THE FUNDAMENTAL RIGHT TO EFFECTIVE HEALTH: the implementation of the Program More Doctors in an analysis of the weighting principles

1. INTRODUÇÃO

O direito a saúde teve grandes avanços na sociedade brasileira após a constituição de 1988, que salienta a sua importância no exercício da vida digna. Novas descobertas tem possibilitado cada vez mais a melhoria da qualidade de vida de pacientes com graves doenças, mas, a oferta de tratamentos aos pacientes sem possibilidade de obtê-los por conta própria acaba causando um grande aumento nos custos de saúde da população, tal problemática vem criando uma discussão sobre a responsabilidade e a limitação dos direitos fundamentais referentes à vida e a saúde por parte do Estado, tendo em vista a verba orçamentária destinada à saúde e a insuficiência das políticas públicas criadas para este fim.

Reconhecido pela Constituição Federal de 1988 como um direito fundamental de caráter social, tal direito exige do Estado prestações para sua efetividade, por isso considerado como uma política pública a ser alcançada pela República Federativa do Brasil, ou seja, deverá ser garantida a sua efetividade. Ademais, quando aliado ao caráter fundamental social emana diversas consequências em relação às políticas públicas, separação de poderes e o caráter subjetivo das prestações.

Neste sentido, com meio de garantir a efetivação do direito social à saúde, o governo brasileiro, envolvendo todas as esferas da federação, instituiu políticas públicas em âmbito nacional, regional e local.

Uma das mais recentes e polêmicas políticas públicas implantadas para atingir esta finalidade, à qual a República Federativa do Brasil se comprometeu no texto constitucional, foi o denominado “Programa Mais Médicos”.

No entanto, tal política pública, além de ser aplaudida, está sofrendo grandiosas críticas, sendo considerada uma política panfletária, fazendo-se necessário a aplicação da teoria do ponderação de princípios de Robert Alexy para identificar se o Programa Mais Médicos foi realmente uma política pública implantada com o objetivo de efetivar o direito social à saúde.

Assim, através de uma pesquisa bibliográfica, utilizando-se o método hipotético-dedutivo, faz-se necessário discutir acerca da política pública de efetivação do direito constitucional à saúde denominada “Programa Mais Médicos”, que por meio de legislação interna e acordos internacionais, “importou” médicos brasileiros que se formaram no exterior e também médicos estrangeiros, além de outras medidas, com o fundamento de garantir à população brasileira, principalmente das regiões de periferia, atendimento médico através do SUS – Sistema Único de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde.

2. DIREITO À SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL SOCIAL NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

A preservação da vida é uma preocupação constante do ser humano. Assim, em decorrência da necessidade, buscou-se no decorrer da evolução social a proteção do indivíduo, garantindo o amparo frente às adversidades da vida. No entanto, nem sempre a proteção é efetiva, tanto por parte da sociedade quanto do Estado, ficando muitos indivíduos e coletividades desprotegidos e desamparados.

Todo ser humano nasce com direitos e garantias, não devendo estes ser considerados como concessão do Estado, tendo em vista que, “*alguns estes direitos são criados pelos ordenamentos jurídicos, outros são criados através de certa manifestação de vontade, e outros apenas são reconhecidos nas cartas legislativas*” (SILVA, 2006). Ainda, é válido ressaltar que as pessoas como um todo devem exigir que a sociedade respeite e garanta sua dignidade e necessidades básicas fundamentais.

Para Dallari (2003), a sociedade deve estar organizada de modo que busque condições que permitam a cada homem e grupo social ter o que precisa para seus fins particulares. A organização da sociedade deve ter uma finalidade, que é visar o bem de todos, bem comum sendo este um conjunto de condições da vida social que melhorem o desenvolvimento da personalidade humana, obtido de forma harmônica e garantindo a liberdade de todos.

Nesse sentido, de acordo com Flávia Martins André da Silva (2006) os direitos fundamentais compreendem um conjunto de direitos e garantias do ser humano, que tem por finalidade tutelar a dignidade, o respeito à vida, à liberdade e à igualdade para o pleno desenvolvimento de sua personalidade. Partindo dessa prerrogativa, é importante, considerar que os direitos fundamentais, e, principalmente os direitos fundamentais sociais, tem ocupado posição de destaque no contexto constitucional brasileiro.

Os direitos sociais surgiram na crise do Estado liberal, na busca por uma maior igualdade social, dando aos indivíduos prestações sociais necessárias para viver com dignidade. Distingue-se o direito social do direito de defesa, ao ponto que estes representam uma omissão do Estado, uma prestação negativa, enquanto aqueles exigem uma prestação positiva por parte do Estado, assegurando aos indivíduos um mínimo existencial, e pressupõem uma realização de igualdade. (ASSIS, 2010)

Esses direitos chamados de sociais passaram a se desenvolver a partir do século XX, quando se percebeu que os direitos individuais não eram suficientes, pois sem as condições mínimas como educação, alimentação e saúde, os direitos individuais não podiam ser exercidos. Assim, observa-se que as dimensões de direitos completam-se, contribuindo todos para a realização da dignidade humana. (BARCELLOS, 2012)

Após a segunda guerra mundial, cresce a discussão acerca dos direitos humanos, criando declarações, pactos e organizações para protegê-los. O Estado passa a intervir ativamente tentando diminuir as desigualdades econômicas, assumindo a prestação de serviços fundamentais para todos, surge a necessidade de controlar os recursos disponíveis para se obter um maior proveito, levando a ação do Estado a todos os campos sociais, com o fim da guerra, o Estado precisa intervir mais ainda para restaurar as cidades e readaptar as pessoas. (DALLARI, 2003)

Parece aceita a ideia de que para ser denominado direito humano, este precisa preencher algumas condições como a universalidade, a justiciedade e exigibilidade, ou seja, ser garantido a todos os grupos, ter pleno acesso à justiça, e clareza de quem tem a obrigação de realizá-lo. Existe dificuldade no entendimento de que os direitos sociais, econômicos e culturais estejam qualificados nessa categoria. Há quem pense que seria possível exigir do Estado apenas que não maltratem ou dizimar os cidadãos, mas não seria apropriado requerer garantia de um padrão de vida para todos, sendo que tais direitos requerem um aumento consequente nos impostos, sendo um atrevimento requerer a satisfação dos direitos humanos quando não há possibilidades de realizá-los e concretizá-los. (BENVENUTO, 2010)

O ordenamento jurídico brasileiro conferiu, após a segunda guerra mundial, a dignidade humana o caráter de princípio fundamental e de norma embasadora do sistema constitucional, tendo assim valor máximo, sendo a dignidade humana dotada de eficácia plena em todas as relações. (BERNARDI, 2007)

No Brasil, desde a década de 80, a questão da exclusão social, entre outros fatores, protagonizou debates e enfrentamentos nas agendas internacionais, tornando-se o tema central

e exigindo análises setoriais e políticas públicas que considerassem a relação entre a lógica econômica e a coesão social. (RIBEIRO, 2010)

Neste viés, destacando o tema da exclusão, Ribeiro (2010) afirma que a questão social no Brasil passou a ser analisada a partir da produção e distribuição de riquezas, da vulnerabilidade das relações sociais, do questionamento da intervenção estatal e das mudanças mundiais na configuração da sociedade civil e dos movimentos sociais.

Aos excluídos no Brasil não estavam asseguradas garantias públicas contra riscos econômicos decorrentes de disfunções sociais, no âmbito de um sistema sólido de proteção social (RIBEIRO, 2010), o que gerou uma grande insatisfação e, por consequência, as mobilizações sociais.

Ademais, a questão social e a insatisfação com o sistema atual da época se constituiu objeto de teorização sobre a institucionalização de um Estado Democrático de Direito, que passou a ser discutido pela Assembleia Constituinte Originária, instituída logo após a queda do regime militar ditatorial.

Este contexto histórico, legitimou a mudança de modelo de proteção social brasileiro – de um sistema de seguro social (restrito à classe formalmente trabalhadora) para um sistema de seguridade social, disciplinado por princípios de universalidade e equidade, estabelecendo um padrão de inclusão social nas políticas sociais. Este novo modelo articulava solidariamente as áreas da previdência social, saúde e assistência social (RIBEIRO, 2010).

Segundo L'Abbate (2010), a soma de forças políticas e sociais resultou em uma conjugação favorável para que a saúde e outros direitos sociais adquirissem o estatuto constitucional no país.

A Assembleia Constituinte Originária, representando o povo brasileiro, constituída para instituir um Estado Democrático, promulgou em 05 de outubro de 1988, a Constituição da República Federativa do Brasil, que prevê em seu art. 1º os fundamentos da República Federativa, dentre eles a dignidade da pessoa humana.

A partir deste contexto social, de acordo com Ribeiro (2010, p. 20), passou-se a identificar os direitos sociais e trabalhistas como direitos fundamentais, além de valorizar-se a participação social na produção e aplicação do direito, bem como na institucionalização de uma cidadania plural e aberta às mais diversas e complexas relações sociais.

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, como uma forma de efetivação dos direitos sociais e garantia da dignidade da pessoa humana, a população brasileira passou a ter o direito à saúde assegurado em texto constitucional, que dispõe que seu art. 196 que *“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” (BRASIL, 1988).

A República Federativa do Brasil, enquanto Estado Democrático de Direito, conforme previsão na Carta Constitucional fundamenta-se em aspectos como: cidadania, dignidade e soberania popular. Assim, a saúde passa a ser declarada como um direito fundamental de cidadania, cabendo ao Estado a obrigação de provê-la a todos os cidadãos, indistintamente. (SILVA, TANAKA, 2012, p. 250)

Pela primeira vez nas Cartas Constitucionais do Brasil, a CF/88 apresenta uma seção específica para tratar o tema da saúde, consagrando como dever do Estado e direito do cidadão. Desta forma, deslocou-se a noção de seguro social pela de seguridade social, prevendo acesso pleno ao sistema de saúde, independentemente da renda, buscando garantir um novo padrão de cidadania ao povo brasileiro. (ELIAS, 2004)

Segundo teoria desenvolvida por Campos (2006, p. 37), o termo “saúde pública” é entendida como prática social exercitada por inúmeras instituições do aparelho estatal, desde as universitárias até aquelas diretamente vinculadas ao Poder Executivo e diretamente responsáveis pela criação de condições favoráveis ao desenvolvimento econômico a partir da perspectiva do bloco político e economicamente dominante, e ao mesmo tempo, “*encarregadas de administrar a saúde coletiva dentro de limites que facilitem a legitimação deste bloco frente à sociedade*” (2006, p. 37).

De acordo com ensinamentos de Schwartz (2001, p. 52), “*a saúde é, senão o primeiro, um dos principais componentes da vida, seja como pressuposto indispensável para a sua existência, seja como elemento agregado à sua qualidade. Assim a saúde se conecta ao direito à vida*”.

Sarlet (2008) afirma que no âmbito da evolução jurídica brasileira, um dos principais marcos do direito à saúde a serem lembrados é a inserção da saúde como bem jurídico fundamental na Constituição Federal de 1988, na condição de direito e dever fundamental de titularidade universal, isto é, na condição de direito de todos e de cada um e dever do Estado, da sociedade e da própria pessoa para com os outros e consigo mesma.

Há de ser salientando, ainda, que na Constituição Federal de 1988, o direito à saúde encontra fundamento jurídico em conformidade com os princípios da Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU – Organização das Nações Unidas, que desde 1948 constam na agenda internacional, que em seu art. 25 prevê que toda pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde. (ONU, 1948)

Indiscutivelmente, com a promulgação da carta constitucional 1988 obteve-se uma grande conquista para os brasileiros, entretanto, a Constituição por si só não assegura a efetividade dos direitos e deveres constituídos. (L'ABBATE, 2010)

Reconhecido pela Constituição Federal de 1988 como um direito fundamental de caráter social, tal direito exige do Estado prestações para sua efetividade. Ademais, quando aliado ao caráter fundamental social emana diversas consequências em relação às políticas públicas, separação de poderes e o caráter subjetivo das prestações.

São necessárias, portanto, ações do poder público, de todas as esferas federativas, com ênfase à efetivação de tão importante direito, que é a saúde, que se dará a partir das chamadas políticas públicas.

3. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS COMO POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

A política pública é o instrumento privilegiado do Estado para minimizar as contradições e conflitos sociais gerados pelo confronto entre o global, entendido como o todo, e o setorial, representado pelas categorias profissionais. (ELIAS, 2004)

Neste sentido, para Elias (2004) as políticas públicas constituem instrumentos para a atuação do Estado. Os pressupostos teóricos do Estado para se pensar a área social estão centrados na reprodução da força do trabalho, promovendo a regulação entre Estado, economia e sociedade.

Quando fala-se em Políticas Públicas do Direito à saúde, deve-se considerar que o Brasil evoluiu muito desde a promulgação da Constituição Federal de 1988. Passamos de uma realidade de Estado Negativo, que nada fazia pela saúde de seu povo para um Estado Positivo, que tem o dever constitucional de garantir a saúde à todos.

De acordo com Bobbio (1992), a concorrência entre os direitos é um dos entraves na sua garantia. O reconhecimento do direito de alguns é o conseqüente suprimento do direito de outros. No que se refere ao direito à saúde, classificado entre os direitos sociais, faz parte do conjunto de direitos mais difíceis de serem protegidos, se comparado aos direitos civis e políticos. O reconhecimento da saúde como direito universal e integral esbarra no estágio de desenvolvimento insuficiente do Estado para sua garantia.

Os doutrinadores Nogueira e Pires (2004) consideram fundamental o debate acerca do alcance e conteúdo do Direito Social à saúde afirmando que os interesses e a capacidade organizativa dos diferentes grupos que compõe a sociedade fazem surgir o debate e viabilizam

a inclusão e efetivação do direito social à saúde de uma forma que a democracia e a universalidade encontrarão abrigo amplo ou, por outro lado, serão extremamente reduzidas.

Para fins de implementação e garantia do direito constitucional à saúde, em 1990, considerada um primeiro ato do governo com vistas às políticas públicas nesta área, foi promulgada a Lei 8.080/90, que “*Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*” (BRASIL, 1990), institucionalizando o SUS – Sistema Único de Saúde, considerada a mais abrangente e ambiciosa e política pública de saúde já formulada no Brasil (ELIAS, 2004).

No entanto, conforme afirma Santos (2012), o SUS não nasceu a partir do texto constitucional, mas começou na prática já nos anos 70, ou seja, há mais de 40 anos, a partir dos movimentos sociais e políticos contra a ditadura militar, em busca das Liberdades Democráticas e Democratização do Estado, que se ampliava e se fortalecia em busca de uma sociedade justa e solidária e um Estado Novo com políticas públicas e proteção dos direitos humanos básicos.

Os movimentos Municipal de Saúde e o da Reforma Sanitária, ocorridos na década de 1980, fizeram com que o governo federal firmasse convênios para repasses financeiros que fortaleceram a prestação dos serviços básicos e já integrais de saúde à população brasileira (SANTOS, 2012). Além disso, foram realizados diversos simpósios de políticas na saúde envolvendo inclusive o Poder Legislativo Federal.

De acordo com Nelson Rodrigues dos Santos (2012), a força social e política destes movimentos fez surgir a Comissão Nacional da Reforma Sanitária no ano de 1986, formada por representantes dos governos federal, estadual e municipal e também pelas instituições públicas e privadas relacionadas à saúde, além de entidades da sociedade civil e trabalhadores, com a finalidade de elaborar as diretrizes básicas e a proposta do sistema público de saúde a ser encaminhada para debate pela Assembleia Constituinte Originária.

A Plenária Nacional de Saúde, formada pelos movimentos e entidades da sociedade civil, com a finalidade de participar e exercer o controle social nos debates da proposta de saúde no projeto da Nova Constituição Federal Democrática, foi formada também no ano de 1986. (SANTOS, 2012)

Ainda, na década de 1980, antes mesmo da criação oficial do SUS, o governo federal descentralizou a responsabilidade referente as políticas públicas e repasses financeiros para os estados e municípios, realizando uma espécie de retração na sua participação no financiamento da saúde. (SANTOS, 2012)

A efetiva institucionalização do SUS começou a tomar corpo no início dos anos 90, como resultado dos interesses criados pelos secretários de saúde municipais, reunidos em Conselho Nacional, com a estratégia de unificação descentralizada do sistema de saúde. (STOLZ, 2003)

De acordo com Santos (2012, p. 274), as expectativas de criação do SUS eram na crença de que o Estado seria democratizado e cumpriria as diretrizes constitucionais sociais.

O Movimento da Reforma Sanitária, logo após a criação do SUS, deparou-se com uma mudança radical de cenário e também de perspectivas para a política pública. Logo após a eleição de Fernando Collor de Mello o país entrou na chamada “era neoliberal”, tendo como principal problema o financiamento público. (STOLZ, 2003)

Havia nesta época uma agregação negativa da seletividade imposta pelos mecanismos de financiamento e a percepção das dificuldades de acesso e baixa qualidade dos serviços, somados ainda a “*auto exclusão*” das classes médias e de alguns segmentos dos trabalhadores urbanos (STOLZ, 2003). Desta forma, o SUS acabou desembocando em uma espécie de “*universalização excludente*”. (FAVARET, OLIVEIRA, 1989)

O SUS apresenta uma tendência à universalização, marcado, todavia, por fortes contradições. Ele volta-se, de fato, para a maioria da população brasileira. No entanto, paralelo a este sistema, existe uma clientela enorme no setor privado autônomo, estimado em 1998 pelo IBGE em 29 milhões (IBGE, 1998), e estima-se que o crescimento deste setor foi ainda maior nos últimos anos. Portanto, a denominação Sistema Único de Saúde é uma contradição em termos, deveria, no entanto, ser chamado de sistema público de saúde. (STOLZ, 2003)

Na relação Estado/Saúde, a criação do SUS representou o advento do Estado de Bem-Estar Social, significando a desmercantilização da saúde com a elevação de seu estatuto a direito universal e nuclear para a cidadania plena. (ELIAS,2004)

Entretanto, mesmo podendo afirmar que há 25 anos o SUS é obrigação legal, a sua implementação com a efetivação do direito social à saúde, encontra diversas dificuldades, que são verdadeiros obstáculos na transformação do SUS em uma sistema público de saúde de qualidade e universal, realmente comprometido com as necessidades e os direitos da população no que concerne ao seu objetivo: saúde. (SANTOS, 2012)

Neste sentido, o SUS pode ser compreendido como a principal e maior política pública para o setor de saúde e o maior projeto do movimento sanitaria brasileiro. No momento histórico atual tem como principal desafio efetivar-se como Política de Estado, ou

seja, representar a expressão de negociação entre Estado e Sociedade, conforme consagrado na Constituição Federal e se tornar imune as naturais alternâncias de poder. (ELIAS, 2004)

Segundo tese defendida por Santos (2012), os principais obstáculos enfrentados para a consecução dos objetivos do SUS são: a) o sub-financiamento federal: o governo federal somente está custeado de forma subsidiária o financiamento das ações e serviços da saúde, sendo que os estados e municípios vem assumindo novas e maiores responsabilidades; b) Subvenção crescente com recursos federais ao mercado de Planos Privados de Saúde, por meio de renúncia fiscal, co-financiamento público de planos privados de saúde e não – ressarcimento obrigado pela lei 9.656/98; c) grande rigidez da estrutura administrativa e burocrática do Estado, que é incapaz de gerenciar com eficiência os estabelecimentos públicos, grande resistência à reforma democrática desta estrutura; e d) privatização da gestão pública, entregando o gerenciamento de estabelecimentos públicos de saúde para grupos privados.

Como consequências dos obstáculos citados, podemos citar: a) A dificuldade das unidades básicas de saúde e equipes de saúde da família de desenvolver o atendimento na atenção básica; b) a gestão descentralizada nas unidades de saúde não é autossuficiente, pois existe um grande dilema entre evitar a omissão de socorro e a limitação de recursos, com os serviços congestionados; c) precarização da implementação do SUS, que inclui uma população antes excluída, que no entanto, diminuiu a qualidade do atendimento das necessidades e direitos da população, devido as equipes e recursos serem escassos, entre outros (SANTOS, 2012, p. 277).

Assim, analisando a trajetória da saúde no período pós constitucional, verifica-se que os problemas enfrentados pelo setor no campo do financiamento, principalmente a insuficiência de recursos, inviabilizam a realização de uma política social mais efetiva (MENDES, MARQUES, 2009).

Há muito há de se fazer ainda no que se refere à concretização do direito à saúde. Qualquer leigo no assunto, que já precisou de assistência à saúde do SUS (médica, hospitalar ou referente à distribuição de medicamentos), em qualquer esfera de poder (federal, estadual, distrital ou municipal), e em qualquer região do país, poderá “contar-nos” sua experiência negativa de vida.

É visível a todos que, infelizmente, temos um SUS precário e que não funciona conforme prevê a sua lei instituidora, que muitas políticas públicas na área da saúde não deixam de ser formais, ou seja, não saem do papel; que as estruturas são precárias; que há falta equipe médica (médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem...etc.); que o acesso à

medicamentos contínuos para tratamento de patologias não é acessível à todos; que as pessoas ficam anos na fila aguardando exames, tratamentos médicos, cirurgias, entre outros.

Vários fatores contribuem para a violação por parte do Estado, abrangendo todas as esferas federativas, do cumprimento do seu dever de prestação da saúde. Sarlet (2006, p.420), afirma que um dos fatores é o aumento da demanda por parte da população brasileira, enquanto que outro seria a incapacidade do Estado em efetivar tal direito:

De outra parte, a crescente insegurança no âmbito da seguridade social, neste contexto, de uma demanda cada vez maior por prestações sociais (ainda mais em sociedades marcadas pelo incremento da exclusão social) e de um paralelo decréscimo da capacidade prestacional do Estado e da sociedade.

Desta forma, apesar do Estado brasileiro ter criado o SUS com o intuito de efetivar as políticas públicas voltadas a promoção de ações e serviços destinados à área de saúde, sistema este considerado um dos melhores do mundo em sua estrutura e objetivos previstos em sua lei instituidora, muitas dificuldades ainda são encontradas na sua implementação.

Passamos agora à análise dos três principais Programas de Governo/Estado utilizados como políticas públicas que objetivam a efetivação do direito social à saúde.

3.1. Programa e Estratégia da Saúde da Família

Ao Estado compete garantir os direitos sociais, por meio de políticas públicas, e segundo Castro (2008), o direito à saúde deve ser concretizado integralmente pelo Estado-Providência, que foi criado para a redução das desigualdades sociais, onde o sistema se sustenta e se legitima no fato de que o governo eleito tem um compromisso moral com os menos favorecidos.

A efetividade dos direitos constitucionais pode ser entendida como a concretização de efeitos jurídicos no mundo fático, ou seja, constitui a materialização do Direito. Segundo Barroso (1996, p. 83), a efetividade “*simboliza a aproximação, tão íntima quanto possível, entre o dever ser normativo e o ser da realidade social*”.

Silva (1998, p. 66), afirma que eficácia é a capacidade de atingir objetivos previamente fixados como meta. A eficácia jurídica consiste na capacidade de atingir os objetivos traçados na lei, ou seja, os ditames jurídicos objetivados pelo legislativo, no entanto,

uma norma pode ter eficácia jurídica sem ser socialmente eficaz, ou seja, pode ter a capacidade de gerar efeitos jurídicos, mas não ser efetivamente cumprida no plano social.

Os conceitos de efetividade e eficácia relacionam-se ainda com o de aplicabilidade, ou seja, eficácia e aplicabilidade são fenômenos conexos, a eficácia pode ser observada como potencialidade de gerar efeitos jurídicos enquanto que a aplicabilidade como realizabilidade, por isso são consideradas duas faces da mesma moeda, pois apenas a norma vigente será eficaz. (SARLET, 2009)

Portanto, as normas constitucionais para serem efetivas precisam ser materializadas no mundo fático, precisam deixar de ser meras normas formais.

De acordo com Sarlet (2005), a classificação dos direitos fundamentais, segundo a funcionalidade, se dividiriam em: a) direitos fundamentais de defesa e b) direitos fundamentais à prestações, que se subdividem em direitos a prestações em sentido amplo, abarcando os direitos à proteção e os direitos à participação na organização e no procedimento, e os direitos a prestações em sentido estrito.

No que se refere aos direitos fundamentais de defesa, ensina o jurista que objetivam a limitação do poder estatal, para garantir ao indivíduo uma esfera de liberdade e lhe conceder um direito subjetivo a evitar interferências indevidas no âmbito de proteção do direito fundamental ou mesmo a eliminar agressões a sua esfera de autonomia pessoal. Trata-se, pois, de direitos negativos, dirigidos a uma conduta omissiva do destinatário. (SARLET, 2005).

No que tange aos direitos a prestações em sentido amplo, incluem-se os direitos de proteção, entendidos como posições jurídicas que atribuem ao cidadão o direito de exigir perante o Estado a proteção de bens jurídicos em face de violações de terceiros, e os direitos à organização e ao procedimento, relacionados também à produção normativa, que apresentam caráter residual em relação aos direitos de defesa. Por fim, os direitos a prestações em sentido estrito correspondem aos direitos a prestações sociais materiais, vinculados prioritariamente às funções do Estado Social. (SARLET, 2005)

Segundo interpretação da teoria de Ingo Wolfgang Sarlet (2005), conclui-se que o direito à saúde classificava-se como um direito à prestações em sentido estrito, ou seja, vinculado às prestações sociais materiais, vinculado às funções do Estado Social Democrático.

Com o objetivo de materializar de fato os objetivos previstos na legislação do SUS e a necessidade de expandir a oferta de serviços públicos de saúde e a dimensão do déficit de cobertura da população, levaram o Ministério da Saúde em 1994, a formular o Programa da Saúde da Família – PSF, hoje chamado de ESF – Estratégia da Saúde da Família. (STOTZ, 2003)

Segundo Stotz (2003), o programa foi desenvolvido como uma estratégia de orientação do modelo assistencial, com o objetivo de extensão da cobertura, centrado nas ações de saúde básica, foi implementado em todo o país, a partir de estímulos financeiros, no ano de 1998.

Misoczky (1995) afirmava que este programa era uma resposta às imposições de ordem macroeconômicas dos acordos formulados pelo Brasil com o FMI. Existia à época uma relação entre o mínimo essencial de saúde pública e serviços clínicos propostos pelo Banco Mundial e o modelo de atenção básica à saúde, como uma espécie de reedição da “*medicina pobre para os pobres*” (Misoczky, 1995, p. 6-7), baseada na atenção primária da saúde.

Não é difícil associar o modelo do ESF com o modelo de medicina de família/comunitária. Evidentemente, para oferecer o pacote mínimo essencial, os médicos especialistas são desnecessários, bem como os investimentos na “*qualificação e modernização da rede de serviços de atenção básica*”. Assim, à época, Fernando Henrique Cardoso, Presidente da república, afirmou que era possível melhorar a saúde sem aumentar o orçamento do SUS. (Misoczky, 1995, p. 6-7)

Fracassos ou limitações no cumprimento do papel de efetivação dos direitos sociais e de proteção social constituem em si fatores de deslegitimação da ordem social. (STOTZ, 2003)

A partir de um olhar retrospectivo para a história do Brasil, verificamos as limitações de uma escolha estratégica para lidar com o problema da saúde (Scorel, 1998), o que fez os governos da época priorizarem a ocupação dos espaços públicos. (MISOCZKY, 1995)

Neste sentido, pode-se afirmar que o Programa de Saúde da Família – PSF, atualmente chamado de Estratégia de Saúde da Família – ESF, foi a primeira grande política pública de efetivação dos objetivos do SUS, que se baseia nas ações e serviços de saúde, que inicialmente priorizou melhorar e expandir os serviços de saúde sem, no entanto, aumentar o orçamento do SUS.

3.2 Recursos vinculados para implementação das ações e serviços do SUS

O novo modelo, criado pela Constituição Federal de 1988, articulou solidariamente as áreas da Previdência Social, Saúde e Assistência Social ao Sistema chamado de Seguridade Social.

Entretanto, simultaneamente à implementação do novo modelo, iniciou-se a separação progressiva dos universos do seguro e da solidariedade, o que trouxe um grande

problema ao coração do sistema que havia sido projetado: seu financiamento (RIBEIRO, 2010, p. 28).

De acordo com Ribeiro (2010, p. 28), a grande instabilidade gerada pelo financiamento da seguridade social, e a dificuldade de implementação de políticas públicas destinadas à saúde, motivou o surgimento, na segunda metade da década de 90, de um movimento político para elaboração e aprovação de uma Emenda Constitucional que vinculasse parcela dos recursos orçamentários de cada ente da federação (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) para o financiamento das despesas com ações e serviços públicos de saúde.

Em 13 de setembro de 2000, 10 anos após a institucionalização do SUS, foi aprovada a EC – Emenda Constitucional 29/2000, que altera o texto constitucional para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

O art. 34, VII da CF/88, após a EC 29/2000, passou a vigorar com a seguinte redação “A União não intervirá nos Estados nem no Distrito Federal, exceto para: [...] VII - assegurar a observância dos seguintes princípios constitucionais: [...] e) para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde” (BRASIL, 1988).

A EC 29/2000 deu nova redação ao art. 198 da CF/88, incluindo os §§ 2º e 3º, entre outros, que em síntese dispõem que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão em ações e serviços de saúde recursos mínimos, que no caso da União será um percentual mínimo de 15% da receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro; no caso dos Estados e do Distrito Federal, será o produto da arrecadação dos impostos previstos no art. 155 e dos recursos dos arts. 157 e 159 (I, a e II) e no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos previstos nos arts. 158 e 159 (I, b e § 3º).

Previu-se ainda que lei complementar iria estabelecer os percentuais, os critérios de rateio dos recursos da União e dos Estados, bem como as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

A lei complementar prevista para regulamentar o § 3º do art. 198 foi promulgada somente em 2012. Trata-se da Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012, que dispõe “sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo”. (BRASIL, 2012)

Portanto, partindo de uma análise do período pré e pós Constituição Federal de 1988, o Brasil evoluiu significativamente no que se refere ao Direito à Saúde, tendo em vista que antes da Constituição não era dever constitucional do Estado (em todas as esferas: União, Estados, Distrito Federal e Municípios) assegurar os direitos relativos à saúde e hoje deve fazer parte das políticas públicas do governo, inclusive com orçamento mínimo a ser destinado para políticas públicas relativas à saúde.

Infelizmente, apesar de ter um aparato legislativo muito grande para fins de implementação das políticas públicas de ações e serviços na área da saúde, existe uma grande dificuldade prática de atender toda a demanda existente com os recursos orçamentários disponibilizados pelo governo.

Somando-se a isso, existe um boicote muito grande dos profissionais médicos, principalmente da área da Atenção Básica de Saúde, que na sua maioria se negavam a realizar atendimento à população de baixa renda residente nas periferias das grandes cidades ou em municípios afastados das capitais estaduais.

Neste dilema, o governo federal buscou alternativas na tentativa de implementação de uma nova política pública para efetivação do direito social à saúde, com a criação do “Programa Mais Médicos”.

3.3 Programa Mais Médicos

Importante reconhecer que a assistência à saúde depende dos trabalhadores da saúde e de sua capacidade de produzir o cuidado. É a equipe de saúde que será capaz de atender e resolver os problemas apresentados pela população. (Saúde em Debate, Editorial, 2013)

Em editorial, a Revista Saúde em Debate (2013) afirmou que a suficiência quantitativa das equipes de saúde, quando bem distribuídas, permite atendimento universal da população residente em todo o território nacional, levando a efetivação do direito constitucional à saúde. No entanto, afirmou ser consenso entre os gestores do SUS que entre as categorias de profissionais da saúde, os médicos são os profissionais mais difíceis de prover nos serviços públicos de assistência à saúde, problema este reconhecido inclusive pela população, quando afirma que o principal problema do SUS é a falta de médicos.

O SUS foi transformado em mercadoria, a partir de uma política de ampliação do consumo, que caracterizou os últimos governos federais, que não enfrentaram os interesses dos complexos econômicos envolvidos com a saúde – indústria farmacêutica, de equipamentos, planos e seguros privados de saúde, prestadores privados de serviços – e que

seguem promovendo um subfinanciamento crônico do SUS, sendo esta a principal razão da concentração de médicos no setor privado e sua conseqüente escassez no setor público, gerando graves distorções à saúde brasileira. (Saúde em Debate, Editorial, 2013)

Com a intenção de expandir o atendimento na rede básica de saúde, foi implementada a mais nova política pública de saúde, também chamada de governo, denominada de “Programa Mais Médicos”.

O Programa Mais Médicos foi criado através da Lei 12.871/2013, com o objetivo de ampliar a assistência na Atenção Básica fixando médicos nas regiões onde havia carência de profissionais. O art. 1º da lei prevê a instituição do Programa Mais Médicos com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o SUS com os objetivos de: a) diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde; b) fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde; c) aprimorar a formação médica no país e proporcionar maior experiência no campo da prática médica durante o processo de formação; d) ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS; e) fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço; f) promover a troca de conhecimento e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; g) aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e funcionamento do SUS; e h) estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS. (BRASIL, 2013)

Por meio do programa, 14.692 mil médicos passaram a atender a população de 3.785 mil municípios do país, o que equivale a 68% (sessenta e oito por cento) dos municípios do país, além de 34 Distritos Sanitários Indígenas (DSEIs), passando a atender algo em torno de 50 milhões de brasileiros. (BRASIL, 2015)

Além do atendimento médico, foi criado um eixo de investimento em infraestrutura, onde serão investidos R\$ 5,6 bilhões para o financiamento de construções, ampliações e reformas das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e R\$ 1,9 bilhão para as construções e ampliações de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). (BRASIL, 2015)

No terceiro eixo de investimentos do Programa, relacionadas à expansão e reestruturação da formação médica no país, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) foi prevista a criação, até 2017, de 11,5 mil novas vagas de graduação em medicina e 12,4 mil vagas de residência médica para a formação de especialistas até 2018, com o objetivo de valorização da Atenção Básica e outras áreas prioritárias para o SUS.

Neste sentido, em síntese, o Programa Mais Médicos faz parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do SUS, prevendo investimentos em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, além de levar médicos para regiões onde há escassez ou ausência total de profissionais (BRASIL, 1015).

Segundo Campos (2013), o Programa Mais Médicos é uma tentativa de responder aos movimentos sociais do ano de 2013. O projeto do programa possui três propostas principais com o objetivo de melhorar a qualidade da política pública de saúde do SUS.

Considerada a mais nova política pública de saúde, o Programa Mais Médicos traz vários aspectos que merecem apoio e outros que infelizmente merecem críticas.

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES (2014) afirmou que as medidas do Programa Mais Médicos são necessárias e louváveis, no entanto, insuficientes para o setor, que necessita de outras medidas de curto, médio e longo prazo.

Campos (2013) defende que merece aplausos a iniciativa de contratação de mais de 10 mil médicos para a rede primária de atenção básica, principalmente àqueles localizados em regiões de grande vulnerabilidade social e sanitária, tanto em municípios médios, pequenos e em periferias de grandes cidades, onde os profissionais habilitados não tinham interesse em atuar.

A extensão da saúde primária, por mais que exista a Estratégia de Saúde da Família em pleno funcionamento, nunca havia sido efetivada plenamente e também nunca havia sido assumida como meta de governo pelos candidatos brasileiros à presidência da república.

No entanto, Campos (2013) afirma que não merece apoio a forma de contrato firmado pelo governo, o qual se configura ilegal e as condições de recrutamento parecem criadas para espantar eventuais candidatos. Inicialmente por se tratar de um contrato provisório, prevendo contratação por três anos, prorrogáveis por mais três, significando que todos os médicos deverão deixar suas atividades para algo que terminará em breve. As contratações precárias são um dos principais problemas enfrentados pelo SUS atualmente, o que poderá conduzir ao fracasso do programa.

Merece ainda apoio a preocupação com a formação de novos médicos, segundo métodos empregados em países com sistemas públicos de saúde, seja com o aumento do estágio na atenção básica ou com o recrutamento segundo normativas compulsórias ou estratégias de indução. (CAMPOS, 2013)

Entretanto, merece críticas a intenção de estender-se o curso de medicina para oito anos. Faz-se necessário uma reforma nos cursos de medicina, com o objetivo de formar médicos com formação geral, em clínica e em saúde pública, com estágios práticos nos

serviços do SUS, na atenção básica (CAMPOS, 2013). Em vez de acrescentar mais 02 anos aos cursos de medicina, seria mais interessante para o Brasil e sua população, obrigar as residências, de todas as especialidades, nas unidades básicas de saúde, com supervisão dos professores universitários no local e à distância. Para efetivação desta proposta, bastaria ao MEC e ao Ministério da Saúde alterar as normas de residência médica.

Faz-se necessário que as universidades tenham como objetivo último a formação de profissionais de saúde com perfil para atendimento no SUS, com a finalidade de atender as necessidades da população brasileira.

Ainda, de acordo com Campos (2013), interessante e positiva a iniciativa do programa em ampliar, em torno de dez mil novas vagas, para residência. Inicialmente foram priorizadas as residências para médicos na área da saúde da família e comunidades, além de outros especialistas que faltam no SUS, entre eles: anestesistas, psiquiatras, oncologistas, pediatras, entre outros.

Mas infelizmente, merece críticas esta proposta de ampliação em dez mil novas vagas para a graduação médica. Campos (2013) afirma que o Brasil possui hoje algo em torno de 1,8 médicos para cada mil habitantes; o Canadá, 1,7; a Inglaterra, 2,4; com mais dez mil médicos se formando ao ano, em uma década teríamos um número excessivo de médicos, o que configura um elemento danoso, conforme o que ocorre em Cuba e nos Estados Unidos. Seriam necessárias algo em torno de três e quatro mil novas vagas, preferencialmente na rede de Faculdades Públicas, pois não existe motivo para estimular a abertura de universidades privadas.

Finalmente, cabe-nos fazer uma crítica a intenção governamental em “importar” médicos estrangeiros, em caso dos brasileiros não preencherem a cota necessária. Campos (2013) afirma que se o Brasil adotasse a proposta de realizar-se o primeiro ano de residência, em todas as especialidades, na atenção básica de saúde, haveriam mais sete a dez médicos na rede básica de saúde. Com o atual modelo, consubstanciado na forma de contratação temporária e na ausência de carreira e impossibilidade de remanejamento e promoção ao longo dos anos, parece que se torna inevitável a chamada “importação” de médicos estrangeiros para o Brasil, o que de fato ocorreu no primeiro ano do programa.

A partir da injusta falta de assistência médica e a dificuldade dos gestores em contratar profissionais médicos, é muito positiva a atração de profissionais médicos estrangeiros ao país. No entanto, essa medida deve ter caráter meramente emergencial e com o propósito de atender a demanda atual (CEBES, 2014).

Importante destacar que tem gerado intensas discussões a “importação” dos médicos cubanos para o Brasil, através do programa, tanto sob o aspecto da legalidade da sua presença no Brasil, quanto sobre a forma de pagamento adotada, que se efetiva por meio de repasse financeiro à Organização Panamericana de Saúde (OPAS), conforme determinado no 80º termo de cooperação técnica para desenvolvimento de ações vinculadas ao projeto de acesso da população brasileira à atenção básica em saúde.

No entanto, segundo Clève (2013), a partir de uma análise estritamente jurídica, é possível nos termos do acordo internacional, o exercício da profissão pelos médicos cubanos sem a necessidade da submissão ao Exame Revalida, neste caso, basta a existência de lei ou ato normativo com força de lei.

O Presidente do Conselho Federal de Medicina – CFM, Roberto Luiz D’Ávila (2013) afirmou que as entidades médicas não são contra a criação de estímulos para melhorar a qualidade na prestação de serviços de saúde no interior do país e nas periferias das grandes cidades, pelo contrário, defendem a oferta de condições de trabalho e emprego dignas que tragam benefícios aos pacientes e profissionais.

Segundo D’Ávila (2013), apesar do programa visar garantir as premissas do SUS e do Estado Constitucional – atendimento universal, gratuito e com equidade para a população – ele falha ao oferecer uma solução rasa, de efeito duradouro duvidoso.

A atuação dos médicos cubanos deve ser fiscalizada pelo Brasil, pelas Opas e pelos Conselhos Regionais e Federais de Medicina, sendo que os conselhos não podem recusar o registro do médico intercambista, tendo em vista a existência de ato normativo, com força de lei, regendo sua obrigatoriedade. (CLÈVE, 2013)

4 DIREITO À SAÚDE E PROGRAMA MAIS MÉDICOS: UMA ANÁLISE SOBRE A PONDERAÇÃO DE PRINCÍPIOS

Robert Alexy, ícone dos defensores da concretização dos direitos fundamentais, idealizador da Lei da Ponderação, em sua obra Teoria dos Direitos Fundamentais, visando solucionar a colisão de princípios, afirma que a satisfação de um direito justifica a não satisfação de outro. (ALEXY, 2008)

Além de resolver as colisões de princípios, a teoria mantém a normatividade dos princípios sem que sejam excluídos do ordenamento jurídico. Entretanto, a obra de Alexy não contém um catálogo de prescrições direcionadas aos intérpretes. (MOREIRA, 2013)

Analisar o tema da colisão de princípios fundamentais é o mesmo que reconhecer o caráter normativo dos princípios previstos na Constituição Federal, ou seja, deixar de vê-los apenas como meras recomendações morais.

Inicialmente, faz-se necessário realizar uma distinção entre regras e princípios. Segundo Alexy (2008, p. 85) a distinção entre regras e princípios constitui a base para a compreensão da teoria dos direitos fundamentais.

Bobbio define os princípios como “*normas fundamentais ou generalíssimas do sistema, as normas mais gerais*”. (BOBBIO, 2003, p. 81)

Para Alexy (2008), as normas podem dividir-se em regras e princípios, porém a diferença é gradual e qualitativa, permitindo distinguir com precisão as regras e os princípios. Essa distinção proposta por Alexy possui fundamento na dicotomia entre regras e princípios proposta por Dworkin.

Para Dworkin as regras são aplicadas da maneira do tudo-ou-nada, de forma que “*dados os fatos que uma regra estipula, então ou a regra é válida, e neste caso a resposta que ela fornece deve ser aceita, ou não é válida, e neste caso em nada contribui para a decisão*”. (DWORKIN, 2002, p. 39)

Já no que se refere aos princípios, Dworkin (2002) afirma que sua aplicação ocorre de uma maneira mais complexa, pois possuem dimensões que as regras não tem, sendo necessária uma decisão particular e a construção de uma linha de interpretação.

Alexy (2008) afirmando que Dworkin não chegou ao núcleo da distinção entre regras e princípios, afirma que os princípios são mandamentos de otimização.

Assim, para Alexy (2008), as regras são mandamentos definitivos, que determinam uma conduta previamente definida, enquanto que os princípios, são mandamentos de otimização, ou seja, ordenam fazer uma coisa na máxima medida possível cuja medida de aplicação deve ser definida pelo julgador, em cada caso concreto.

Em síntese, regras são mandamentos definitivos, enquanto que princípios são mandamentos de otimização. (ALEXY, 2008)

De acordo com Alexy (2008, p. 91), havendo conflito entre regras, há critérios objetivos para solução. As regras não possuem a característica da otimização, elas são formuladas de modo a exigir um cumprimento pleno, ou seja, “*são normas que são sempre satisfeitas ou não satisfeitas*”.

Os princípios, por sua vez, não expressam mandamentos definitivos, tendo em vista que somente ordenam que algo seja realizado na maior medida possível, considerando determinadas condições concretas. Assim, a aplicação de um princípio a um caso concreto

não significa que o que ele determina será um resultado definitivo para os casos semelhantes. Assim, é verdadeira a afirmação de que os princípios não possuem conteúdo de determinação, pois suas razões são determinadas pelas circunstâncias do caso concreto, podendo ser permutadas por outras razões contrárias. (ALEXY, 2002)

O autor afirma que o principal critério distintivo entre uma regra e um princípio é a forma como eles se comportam no caso de colisão as regras estão vinculadas à subsunção, enquanto que os princípios à ponderação.

A tese central da teoria dos direitos fundamentais “*é que os direitos fundamentais, independentemente de sua formulação mais ou menos precisa, têm a natureza e princípios e são mandamentos de otimização*”. (ALEXY, 2008, p. 575)

A ponderação, portanto, aplica-se de forma exclusiva aos princípios. Assevera Alexy (2007, p.64) para fundamentar sua tese:

Quem efetua ponderações no direito pressupõe que as normas, entre as quais é ponderado, têm a estrutura de princípios e quem classifica normas como princípios deve chegar a ponderações. O litígio sobre a teoria dos princípios é, com isso, essencialmente, um litígio sobre a ponderação.

Assim, quando houver conflito entre princípios faz-se necessário a ponderação no caso concreto, determinando qual princípio prevalecerá, não excluindo o outro do ordenamento jurídico:

As colisões entre princípios devem ser solucionadas de forma completamente diversa. Se dois princípios colidem – o que ocorre, por exemplo, quando algo é proibido de acordo com um princípio e, de acordo com o outro, permitido -, um dos princípios terá que ceder. Isso não significa, contudo, nem que o princípio cedente deverá ser declarado inválido, nem que nele deverá ser introduzida uma cláusula de exceção. (ALEXY,2008, p.93)

A estrutura das soluções de conflitos entre princípios constitucionalmente previstos (expressa ou implicitamente) é apresentada por Alexy através da chamada Lei de Colisão, que demonstra que o resultado da ponderação deve ser objeto de fundamentação (ALEXY ,2008).

De acordo com Alexy (2002, p. 92-93), quando um princípio limita a aplicação jurídica de outro a um caso concreto, deve-se estabelecer uma relação de “*precedência condicionada*” entre ambos, ou seja, devem ser indicadas as condições necessárias para que um princípio seja aplicado em detrimento de outro, devendo ser observadas as condições de cada caso concreto.

O princípio que teve precedência irá restringir as possibilidades jurídicas de aplicação do princípio que foi desprezado. No entanto, esta relação de precedência não é definitiva, podendo ser invertida quando as condições do caso concreto forem modificadas. (ALEXY, 2004)

Segundo Alexy (2002, p. 93), o peso ou precedência dos princípios é determinado da seguinte forma “*o princípio P1 tem, em um caso concreto, um peso maior que o princípio oposto P2, quando existem razões suficientes para que P1 preceda a P2, sob as condições C dadas em um caso concreto*”.

Nesse mesmo sentido, Steinmetz (2001) afirma que a metáfora do peso utilizada por Alexy deve ser entendida como as razões suficientes para que um princípio preceda outro, não possuindo significado quantitativo.

Alexy (2008) defende que a lei de colisão é válida para solucionar todas as colisões em casos concretos, pois formula um enunciado de preferência condicionada entre os princípios. A formulação desses enunciados é fundamentada através da ponderação de princípios constitucionais.

A definição dos princípios como mandamentos de otimização faz com que eles ordenem “*que algo seja realizado em medida tão alta quanto possível relativamente às possibilidades fáticas e jurídicas*”. (ALEXY, 2004, p.185)

A ponderação, segundo Alexy (1999, p. 69), exige um princípio mais amplo: o chamado princípio da proporcionalidade, que em sentido estrito abarca os casos em que os custos e sacrifícios não podem ser evitados, tornando-se necessária uma ponderação.

A lei de ponderação é descrita por Alexy (2003, p.136) nos seguintes termos: “*quanto mais alto é o grau do não cumprimento ou prejuízo de um princípio, tanto maior deve ser a importância do cumprimento do outro*”. De acordo com o Autor, a ponderação compõe-se em três fases.

A Lei da Ponderação, exige primeiramente a comprovação do grau de não cumprimento ou prejuízo de um princípio, sendo indispensável a identificação de todos os elementos fundamentais da colisão, para evitar distorções durante a ponderação. (ALEXY, 1999)

A segunda fase da ponderação, é definida por Alexy (1999) como a realização da ponderação propriamente dita, onde deve ser indicada a relação de primazia entre um princípio e outro.

Por fim, Alexy (1999) traça a última etapa da ponderação como sendo aquela que exige a comprovação de que a importância do cumprimento do princípio em sentido contrário

justifica o prejuízo ou não cumprimento do outro. É a fase mais complexa da ponderação, pois deve-se justificar porque uma solução deve prevalecer sobre outra.

No que tange ao direito à saúde, Alexy (2008) afirma ser imprescindível ponderação entre os direitos sociais, inclusive o mínimo existencial e a reserva do possível, uma vez que o direito à saúde de alguns cidadãos podem extinguir o direito de outros devido à escassez dos recursos.

Barroso (2009, p.13), afirma que em certos casos a observância do princípio da Proibição do Retrocesso Social, traduzido no mínimo existencial, pode levar à violação do princípio da igualdade e mitigar os direitos de toda a coletividade:

Alguém poderia supor, a primeiro lance de vista, que se está diante de uma colisão de valores ou de interesses que se contrapõe, de um lado, o direito à vida e à saúde e, de outro, a separação de Poderes, os princípios orçamentários e a reserva do possível. A realidade, contudo, é mais dramática. O que está em jogo, na complexa ponderação aqui analisada, é o direito à vida e à saúde de uns *versus* o direito à vida e à saúde de outros. Não há solução juridicamente fácil nem moralmente simples nessa questão.

Barroso (2009, P. 34) afirma ainda que os direitos fundamentais, ao serem exigidos, inclusive por via judicial, podem sofrer ponderações tanto com direitos fundamentais, quanto como princípios constitucionais. Neste diapasão, ensina ainda que “*as políticas públicas de saúde devem seguir a diretriz de reduzir as desigualdades econômicas e sociais*”.

Neste viés, possível se faz a aplicação da ponderação de Princípios para identificar se o Programa Mais Médicos é uma política pública de efetivação do direito social à saúde ou uma mera norma panfletária.

5 CONCLUSÃO

O SUS constitui uma política pública cujo princípio fundamental é a consagração da saúde como direito universal. Em razão de seu pequeno curso histórico, encontra-se em estruturação e, por isso, vulnerável a toda sorte de investidas para consagrá-lo ou para abortá-lo em seu fundamento maior. (ELIAS, 2004).

O direito a saúde é de máxima importância para o desenvolvimento do ser humano e para uma vida digna, devendo ser respeitado seu grau mínimo a todos os cidadãos, cabendo ao Estado efetiva-lo por meio de políticas públicas que garantam condições saudáveis e dignas ao indivíduo, tratando e prevenindo possíveis enfermidades.

No entanto, o principal problema do SUS não é a falta de profissionais médicos. Trata-se este mais um dos sintomas do descaso na implantação do projeto do SUS, relegados pelos sucessivos governos ao destino de um sistema de baixa qualidade e destinado ao atendimento da população de baixa renda.

Faz-se necessário reafirmar que um dos principais problemas enfrentados pelo SUS é a subordinação do setor da saúde à lógica do mercado financeiro, que se expande minimizando este direito social, tratando a saúde como mercadoria, distanciando-a dos princípios orientadores do SUS enquanto expressão da saúde como direito de cidadania.

A efetivação da saúde, portanto, em conformidade com os ditames constitucionais, exige providências de várias ordens, a começar pela reforma do Estado para torná-lo capaz de realizar a saúde como direito universal. A consecução desse objetivo exigirá do Estado a formulação de políticas voltadas à desmercantilização da saúde – o que no âmbito mais imediato da assistência médica implica o incentivo a formas não lucrativas, em detrimento das modalidades lucrativas na produção de serviços –, e à busca incessante de novas modalidades de gestão na relação público/privado, capazes de viabilizar a eficácia social do sistema de saúde.

A constituição impõe ainda que este é direito de todos, por tanto, considera-se também direito à igualdade, igualdade de tratamento a todos os cidadãos. Dando especial atenção àqueles que não possuem condições financeiras para arcar com os altos custos de tratamentos. Assim não podemos esquecer, que quando falamos em direito a saúde, falamos da dignidade da pessoa humana e do direito maior de todo ser humano, a vida.

No momento atual, fica difícil identificar se o Programa Mais Médicos possui mais pontos positivos ou negativos, pois foi implantado a menos de dois anos e os primeiros contratos ainda não se encerraram.

No entanto, com o objetivo de dirimir essas dúvidas e controvérsias que surgem na efetivação do direito fundamental à saúde, faz-se necessário aplicar a Teoria dos Direitos Fundamentais de Robert Alexy, e realizar a ponderação de princípios com a finalidade e identificar se o Programa Mais Médicos se configura uma Política Pública de efetivação do direito à saúde ou uma simples Norma Panfletária, um simples programa de governo com o intuito de minimizar os desgastes políticos.

Certamente o Programa Mais Médicos veio ao encontro do atendimento universal, gratuito e igualitário dos brasileiros, como um meio de efetivação do direito constitucional à saúde. No entanto, até o presente momento, fica difícil concluir sobre os impactos a longo prazo. Uma coisa é certa: o Brasil precisa do SUS!

Com investimentos adequados e com a coragem necessária para enfrentar os interesses econômicos que recaem sobre o setor da saúde, é possível a consolidação do direito social dos brasileiros à saúde. O SUS, no entanto, precisa de Mais Médicos e de Mais políticas públicas e boa vontade!!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXY, Robert. **Teoria dos direitos fundamentais**. Trad. Virgílio Afonso da Silva. São Paulo: Malheiros, 2008.

_____. **Colisão de direitos fundamentais e realização de direitos fundamentais no estado de direito democrático**, Revista de Direito Administrativo n 217, 1999.

_____. **Constitutional Rights, Balancing and Rationality**, Ratio Juris, v.16, n. 2, 2003.

_____. **Constitucionalismo Discursivo**. Trad. Luís Afonso Heck. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

_____. **El concepto y la validez del derecho**. 2. ed. Barcelona: Gedisa, 2004.

_____. **Sistema jurídico, princípios jurídicos y razón práctica**, Revista Doxa n 5, 1988.

_____. **Teoría de los derechos fundamentales**. Trad. Ernesto Garzón Valdés. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2002.

ASSIS, L. F. **Promoção de políticas públicas e implementação de direitos fundamentais sociais: reflexões sobre o papel do Ministério Público e do Poder Judiciário**. Revista do Ministério Público do Trabalho, v. 39, p. 1-1, 2010.

BANCO MUNDIAL. *Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1993– investindo em saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1993.

BARCELOS, R. A. **A profanação do interesse público no Estado Democrático de Direito: por um modelo procedimental de solução das colisões entre interesses públicos e interesses privados**. Fórum Administrativo, v. 12, p. 61-74, 2012.

BARROSO, Luís Roberto. **O Direito Constitucional e a efetividade de suas normas: limites e possibilidades da Constituição Brasileira**. 9ª Ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2009.

_____. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial**. Interesse Público. Velo Horizonte: Fórum, v. 9, n. 46, p. 31-61, 2007.

_____. **O direito constitucional e a efetividade de suas normas: limites e possibilidades da Constituição Brasileira**. 3. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 1996, p. 83.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 19 ed. São Paulo: Malheiros, 2001.

_____. **Aplicabilidade das normas constitucionais**. 7°. ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

_____. **Aplicabilidade das Normas Constitucionais**. 3. 3d. São Paulo: Malheiros, 1998.

BENVENUTO, Jayme. **Direitos Humanos e Direito Internacional: Integração e Globalização**. 2010.

BERNARDI, S. R. L. W. **A Dignidade Humana e o Direito Fundamental à Saúde**. In: Narciso Leandro Xavier Baez e Vicente Barreto. (Org.). *Direitos Humanos em Evolução*. 1ed. Joaçaba: Editora Unoesc, 2007, v. 1, p. 177-196.

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

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

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

BRASIL, **Lei Complementar 141**. República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 2012.

BRASIL, **Ministério da Saúde**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos>. Acesso em 17 de mai. 2015.

CAMPOS, S.L.F. **A responsabilidade na gestão da saúde pública**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Serviços de Saúde Pública, 2006, 86p. Disponível em: <http://dominiopublico.qprocura.com.br/dp/28451/a-responsabilidade-na-gestao-da-saude-publica.html> Acesso em: 12 jul. 2015.

CASTRO, Carlos Alberto Pereira de. **Manual de Direito Previdenciário**. 9 ed. Florianópolis: Conselho Editorial, 2008.

CLÈVE, Clèmerson Merlin. **Sobre os médicos cubanos**. Revista Jus Navigandi, Teresina, ano 19, n. 3879, 13 fev. 2014. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/26703>>. Acesso em: 15 maio 2015.

DALLARI, S.G.; FORTES, RA.C. Direito sanitário: inovação teórica e novo campo de trabalho. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997. p.187-202.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos de Teoria Geral do Estado**. São Paulo: Saraiva, 2003.

D'Ávila (2013). Roberto Luiz. **Mais Médicos ou Mais Saúde?**. Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2013/09/17/mais-medicos-ou-mais-saude.htm>, Acesso em 15 mai. 2015.

EDITORIAL SAÚDE EM DEBATE. **O SUS precisa de Mais Médicos e de Muito Mais!** Saúde debate vol.37 no.97 Rio de Janeiro Apr./June 2013. *Print version* ISSN 0103-1104, Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000200001, Acesso em 05 de mai. 2015.

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, Acesso em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392004000300005>
Gastão Wagner de Sousa Campos. A Saúde, o SUS e o programa “Mais Médicos”. 2013. Disponível em:
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:0iwgJz2ysqMJ:www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/download/395/386+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em 17 de mai. 2015.

FAVARET FILHO, P.; OLIVEIRA, P.J. de. **A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: UFRJ/IEI, 1989.

SCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

L'ABBATE, S. **Direito à saúde: discursos e práticas na construção do SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.

MENDES, Aquilas; MARQUES, R.M. **Crônica 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_eronia_de_uma_crise_anunciada_financiamento_sus_aquilas_mendes_e.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2010.

MISOCZKY, M.C. **A agenda para reformas do Banco Mundial e a política de saúde: algumas notas para reflexão.** *Saúde em debate*. Londrina: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 47, jun. 1995, p.4-7.

MOREIRA, Pedro da Silva. **O Imponderável direito À saúde: uma discussão jurisprudencial a partir do marco teórico de Robert Alexy.** Acesso em: https://www.academia.edu/4819187/O_Imponder%C3%A1vel_direito_%C3%A0_sa%C3%BAde_uma_discuss%C3%A3o_jurisprudencial_a_partir_do_marco_te%C3%B3rico_de_Robert_Alexy. 22.03.2015.

DWORKIN, Ronald. **Levando os direitos a sério.** São Paulo: Martins Fontes, 2002.

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.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** 1948.

RIBEIRO, Patrícia Tavares. **A questão social na história recente: implicações para a política de saúde no Brasil.** *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19-31, 2010.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas.** *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Artigo apresentado em 20/09/2012, Aprovado em 09/10/2012.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Proibição de retrocesso, dignidade da pessoa humana e direitos sociais: manifestações de um constitucionalismo dirigente possível.** In: SAMPAIO, José Adécio Leite(coord.). *Constituição e Crise política*. Belo Horizonte: Del Rey, 2006.

_____. **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.

_____. **Os Direitos Fundamentais na Constituição de 1988.** *Revista Diálogo Jurídico*, Salvador, CAJ – Centro de Atualização Jurídica, v. 1, nº 1, 2001. Disponível em: <<http://www.direitopublico.com.br>>. Acesso em 15/09/2009, p. 25.

_____. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005.

_____. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais.** Porto Alegre: Livraria do Advogado. *A eficácia dos direitos fundamentais*. 2º ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

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

SILVA, Flávia Martins Andre da. Direitos Fundamentais. Boletim Jurídico (Uberaba) , v. 5, p. 5, 2006.

SILVA, Keila; TANAKA, OswaidoYoshimi. **Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação.** Revista Interface: Comunicação Saúde Educação, V.I6, n.40, p.249-259, an./mar.2012.

STEINMETZ, Wilson Antônio. **Colisão de direitos fundamentais e o princípio da proporcionalidade.** Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2001.

STOTZ, Eduardo Navarro. **Trabalhadores, direito à saúde e ordem social no Brasil.** Revista São Paulo em Perspectiva. vol. 17 no.1. São Paulo, Jan./Mar. 2003.
Print version ISSN 0102-8839. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392003000100004>. Acesso em 15 mai. 2015.