

**FACULDADES INTEGRADAS RUI BARBOSA- FIRB**

**LEANDRO DOS SANTOS FERMINO**

**A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE**

**ANDRADINA – SP  
2024**

**LEANDRO DOS SANTOS FERMINO**

**A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a disciplina Projeto de Pesquisa Jurídica do Curso de Direito das Faculdades Integradas Rui Barbosa – FIRB, sob orientação do Professor Roberto Daniel Teixeira, como requisito parcial para obtenção do título em bacharel em direito.

**ANDRADINA – SP  
2024**



## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus, por me guiar a ultrapassar todos os obstáculos nessa fase tão árdua do curso.

Aos meus familiares e, especialmente, a minha mãe, que me incentivou nos momentos difíceis e reconheceram a minha ausência enquanto me dedicava a esta pesquisa.

E, por último, aos professores pelas orientações, ensinamentos e correções que me possibilitaram de apresentar o melhor desempenho no meu processo de formação.

## RESUMO

FERMINO, L. S., **A Judicialização do Direito à Saúde**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito). Faculdades Integradas Rui Barbosa – FIRB, 2024.

Trata-se de uma pesquisa referente ao Trabalho de Conclusão de Curso, referindo-se a uma abordagem qualitativa para compreender a relação entre legalização da saúde, desigualdade social, pobreza e o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. A pesquisa inclui análise da literatura e estudos de caso para entender melhor e obter informações sobre as complexidades desses tópicos. A análise de dados é realizada de forma indutiva, identificando padrões emergentes. A consideração das perspectivas de diferentes atores e a reflexão crítica, também, são enfatizadas para uma compreensão abrangente dos impactos sociais e políticos.

A pesquisa evidencia uma complexa ligação entre a legalização da saúde, a desigualdade social, a pobreza e o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. A pauta qualitativa mostrou que a busca judicial pode ser uma solução para a iniquidade no acesso à saúde, principalmente em áreas vulneráveis, como as favelas. O artigo *'Pandemia nas favelas: mobilização coletiva e inteligência territorial'* de Matheus Rodrigo do Santos, ilustrou o impacto da desigualdade e da pobreza na saúde dessas comunidades. Em síntese, o estudo destaca a necessidade de soluções globais e equitativas para enfrentar os problemas de saúde no Brasil.

**Palavras-chave:** 1. Judicialização à saúde 2. Desigualdade social 3. Direito à saúde pública

## ABSTRACT

FERMINO, L. S., **The Judicialization of the Right to Health**. Course Completion Work (Graduate in Law). Rui Barbosa Integrated Colleges – FIRB, 2024.

**Resume:** This study is part of a qualitative research approach conducted for a Bachelor's thesis, seeking to comprehend the connection between the legalization of health, social inequality, poverty, and the Unified Health System (SUS) in Brazil. The research involves literature analysis and case studies to gain insights into the complexities of these topics. Data analysis is conducted inductively, identifying emerging patterns. Emphasizing the perspectives of various stakeholders and critical reflection are also underscored for a comprehensive understanding of the social and political impacts.

The research highlights the intricate linkage between the legalization of health, social inequality, poverty, and the Unified Health System (SUS) in Brazil. The qualitative approach reveals that legal action can serve as a solution to address inequities in healthcare access, particularly in vulnerable areas like favelas. The article "Pandemia nas favelas: mobilização coletiva e inteligência territorial" by Matheus Rodrigo do Santos illustrated the impact of inequality and poverty on the health of these communities. In conclusion, the study underscores the need for comprehensive and equitable solutions to tackle healthcare issues in Brazil.

**Keywords:** 1. Health legal action 2. Social inequality 3. Right to public health

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Estimativa de totalidade de estabelecimento .....	21
Gráfico 2 – Estabelecimentos públicos.....	21
Gráfico 3 – Estabelecimentos privados.....	21
Gráfico 4 – Evolução do número de médicos e da taxa de crescimento da população geral, de 1980 a 2025.....	33
Gráfico 5 – Evolução da razão de médicos por 1.000 habitantes, de 1980 a 2025.....	33
Gráfico 6 – Proporção de pobres em 2021 conforme unidade da federação (em %) .....	34

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2 A SAÚDE PÚBLICA TAL COMO O DIREITO NO BRASIL .....</b>	<b>11</b>
2.1 A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).....	17
2.2 Função de Regulação.....	19
2.3 Função de Fiscalização e controle .....	20
2.4 Função de Execução .....	20
<b>3 O DIREITO À SAÚDE ADIANTE ÀS TEORIAS: SEPARAÇÃO DOS PODERES RESERVA DO POSSÍVEL .....</b>	<b>24</b>
3.1 Separação dos Poderes .....	24
3.2 Reserva do Possível.....	28
<b>4 DESIGUALDADE SOCIOECONÔMICA E ESCASSEZ: UM PROBLEMA QUE ALASTRA DENTRO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA.....</b>	<b>31</b>
4.1 Tratando a realidade: um caso atual contribuinte aos obstáculos da saúde pública .....	35
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>40</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>42</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A judicialização da saúde tornou-se um fenômeno de grande importância no cenário brasileiro. Este termo refere-se à busca dos cidadãos pelo sistema judiciário para assegurar o acesso a tratamentos, medicamentos e procedimentos de saúde que não são adequadamente providenciados pelo sistema público ou privado de saúde. Ao longo dos anos, o Brasil tem enfrentado crescentes desafios para garantir o direito à saúde, conforme estabelecido na Constituição Federal de 1988, devido a uma série de fatores, incluindo a complexidade do sistema de saúde, limitações de recursos e disparidades no acesso aos serviços. Dessa maneira, a judicialização emerge como uma alternativa para suprir as lacunas no sistema de saúde, fornecendo soluções individualizadas para demandas muitas vezes de natureza coletiva. No entanto, o aumento substancial de ações judiciais na área da saúde tem gerado preocupações, o que ressalta a necessidade de uma análise aprofundada desse fenômeno e o desenvolvimento de estratégias eficazes para preveni-lo e lidar com suas implicações.

Para além disso, ganhou ainda mais relevância em meio à pandemia da COVID-19. Com o surgimento do vírus e a sobrecarga dos sistemas de saúde em muitos países, incluindo o Brasil, observou-se um aumento significativo no número de demandas judiciais relacionadas à obtenção de tratamentos, leitos hospitalares, medicamentos e outros recursos necessários para o enfrentamento da doença.

A COVID-19 trouxe desafios inéditos, exigindo uma resposta rápida e eficaz por parte das autoridades de saúde. No entanto, as restrições de recursos e a alta demanda por cuidados intensivos levaram muitos pacientes e suas famílias a recorrerem ao sistema judiciário em busca de acesso prioritário aos serviços de saúde.

Além disso, a judicialização também esteve presente em debates sobre políticas de vacinação, distribuição de insumos e protocolos de tratamento, destacando a importância dos tribunais na tomada de decisões que impactam a saúde pública.

Essa interação entre a judicialização da saúde e a COVID-19 destaca a necessidade de avaliar e repensar as políticas de saúde, alocar recursos de forma eficaz e promover uma comunicação transparente entre os sistemas de saúde e o público. Também ressalta a importância de se ter um sistema de saúde resiliente e adaptável para lidar com crises de saúde pública de grande escala.

Nesse contexto o presente trabalho tem como intuito Analisar o Fenômeno da Judicialização da Saúde, realizando uma revisão abrangente da literatura para compreender os fatores que contribuem para a judicialização da saúde; Analisar Estudos de Caso Real que foi pandemia de Covid-19; Identificar Barreiras e Desafios para o Acesso à Saúde e Promover a Conscientização.

## 2 A SAÚDE PÚBLICA TAL COMO O DIREITO NO BRASIL

Ao instruir-se sobre os direitos civis, irrefutavelmente, suscita à conjuntura de análises do ser humano; averiguando suas ideologias, seus valores, crenças, o reflexo de seus arbítrios perante ao cenário social e econômico em que se encontra, e, em discernimento, configurando-se aos direitos básicos: direito do trabalho, direito de lazer, direito do salário igualitário por trabalho igualitário e direito à saúde. Estes que, carregam o dever de moldar, equitativamente, qualquer indivíduo sem discrepância de sexo, raça, idade, religião ou posição política.

Em um enfoque histórico, os direitos foram sancionados ulteriormente da Segunda Guerra Mundial, sendo inseridas nas constituições de uma vasta parte dos países ocidentais. Tardamente, no Brasil, esta perspectiva, por assim dizer cosmopolita, dos direitos sociais foi isentada apenas em 1988 (mil novecentos e oitenta e oito), tornando-se um parâmetro de ampla magnitude à política brasileira, perpetrando parte de conferências históricas que entusiasmaram homens e mulheres por critérios mais igualitários e congruentes.

Em suma, o direito civil é o direito comum. Concebendo apanágios intrínsecos de zelar o indivíduo, ainda assim, há o mérito de arrazoar o tópico presente tratando sobre as ciências sociais, para que decorra um refulgido entendimento, do que de fato, seja o direito privado, ou particulares e civis:

O recurso às ciências sociais permite, ainda, inserir o direito civil, que é um direito de formação histórica e jurisprudencial, em uma perspectiva global da cultura, superando-se, desse modo, o mito da neutralidade científica tão caro ao positivismo e ao formalismo, tradicionalmente imperantes em nossos meios jurídicos. (AMARAL, 2017, p. 31)

Obtendo a cognição à ótica do excerto acima, o vínculo do direito, tratado de uma ciência parcialmente emancipada, com a história e as ciências sociais, (sendo elas: a econômica, a sociológica e a antropológica.), acarreta a uma percepção crítica do evento jurídico, por conseguinte de o jurisconsulto reputar os verídicos cenários econômicos, sociais e políticos que, de maneira determinante, promulgam as normas judiciais, tornando-se o fruto aos modelos cabíveis da sociedade contemporânea.

À vista disto, o direito carrega aspectos de resolução de conflitos, direcionamento de organização de social e regulamentações, tendo em legítimo poder

jurídico e político; outorgando ou impondo regras de comportamentais para a deliberação em que se atua, tornando-se claro na (Lei nº 9.307/96): Art. 1º As pessoas capazes de contratar poderão valer-se da arbitragem para dirimir litígios relativos a direitos patrimoniais disponíveis. Art. 2º A arbitragem poderá ser de direito ou de equidade, a critério das partes. (BRASIL, 1996, Art.1, Art. 2).

Por conseguinte, a vida diante à sociedade é refletida sob as orientações e normas de uma variação categóricas, nomeadamente: regras religiosas, moralistas, culturais, sociais, jurídicas; moldando de forma sincrônica, fomentando – abrangentemente – um sistema de controle social. Em sapiência, as regras sociais intencionam a asserção de uma determinada diretriz para a conduta do sujeito e seu grupo, pontuando parâmetros de resolução às pautas e questões que assomem no corpo social.

A interação dessas hostilidades e o almejo da solução, resultam em uma sequência de normas determinantes, do que é permitido e o que não é, garantindo ao Estado a constituição e institucionalização do sistema tradicional, dado como o direito civil.

O direito surge, assim, ao longo de um processo histórico, dialético e cultural, como uma prática social que utiliza uma técnica, um procedimento de solução de conflitos de interesse e, simultaneamente, como um conjunto sistematizado de normas de aplicação mais ou menos continua aos problemas da vida social, fundamentado e legítima por determinados valores sociais. E, assim, a expressão ligue um modo de vida de um povo e sua cultura. (AMARAL, 2006, p.12)

Evidenciando uma contextura primordial ao bem-estar e manutenção existencial do indivíduo, torna-se imprescindível que, o direito à saúde, é uma abordagem de ampla magnitude ao corpo social brasileiro. Tal como quaisquer atos dos direitos civis, a essência da saúde é fruto panorâmico, histórico, político, cultural, social e econômico; sendo instruído que, empenhe-se em concordância com a veracidade de cada um.

Com base do estudo de Aith (2007), o mesmo evidencia que as óticas da saúde liberam ao sujeito a corresponder, de maneira válida, às exigências e realidade da vida social:

Também podemos encontrar concepções da saúde como ‘equilíbrio’ que permite ao indivíduo responder da forma mais eficiente possível às exigências da vida social. O equilíbrio se encarna na plenitude física e psíquica, no sentimento de autossatisfação e de harmonia com os outros. Essas diferentes concepções de saúde constituíam entidades

fluidas, podendo coexistir, e aptas a dar conta das diferentes facetas da experiência das pessoas, mas o 'equilíbrio' apresentou-se como uma concepção positiva da saúde, tendo sido adotada tal concepção pela Organização Mundial de Saúde – OMS.

Esta concepção adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) assim mencionada, foi ostentada dentro da carta de princípios de 07 (sete) de abril de 1948 (mil novecentos e quarenta e oito), onde discorre a validação do direito à saúde e a responsabilidade do Estado de promover e zelar o tal direito, tendo em destaques: 1) saúde como um direito: a OMS valida que todo o indivíduo carrega o direito crucial de usufruir de uma boa qualidade de condição física e mental, sem distinção de raça, ideologia política e condição socioeconômica, cultura e sexo; 2) comando técnico: almeja atuar comando e direcionamento, referentemente, à indícios científicos e métodos para tratar problemas de saúde, concitando recomendações e preceitos atualizados; 3) contributo internacional: viabiliza a assistência entre os países para que haja suporte ao combate de pautas da saúde global; 4) clareza e princípios morais: busca garantir atos éticos e transparências em suas ações, abrangendo a divulgações informativas importantes correlacionadas à questão da saúde pública; 5) a colaboração: a OMS considera a participação de variáveis organizações, incluindo âmbitos privados, ao governo ou campos não governamentais e comunidades locais, para que desfrute interação e inclusão em suas atividades; 6) foco ao efeito: se dedica a alcançar resultados consideráveis em saúde, almejando a diminuir a diversidade neste meio e garantir a inclusão.

Conduzindo-se ao Brasil, o Estado já se encarregava de zelar as intervenções de algumas doenças negligenciadas, tais como a hanseníase, tuberculose, hepatite, doença mental, entre outras. Contudo, os atendimentos e auxílios médicos aos pacientes obtiveram sua introdução momento mais tarde. A contar de 1923 (mil novecentos e vinte e três), com a lei Elói Chaves, foram constituídos as chamadas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), sendo os primórdios sistemas de previdência social no Brasil, tendo como o seu objetivo crucial de propor um sistema de respaldo social aos trabalhadores, concedendo benefícios como: pensão por morte, aposentadoria, auxílio doença e assistência médica, tornando-se responsabilidade das empresas e dos sindicatos dos trabalhadores oferecer as assistências em questão. Diante disto, possibilitou as gêneses de serviços de saúde ocupacional e estruturação de hospitais clínicos correlacionados a atender trabalhadores associados às CAPs.

Nesse ínterim, o suporte em pauta prosperou para que possibilitasse a passagem ao contemporâneo sistema de saúde no Brasil, e, doravante das CAPs, obtiveram as constituições das Caixas de Previdência, que, no que lhe concerne, deram a instalação ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, sequentemente, ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), tomando o título de encarregar a administração dos benefícios previdenciários, incluindo a gestão do sistema de saúde pública no país, aposentadorias e auxílios.

Transcorrendo ao final de 1963 (mil novecentos e sessenta e três), houve outro meritório marco ao corpo da saúde brasileira; com a III Conferência Nacional da Saúde, tratava sobre estudos de constituições de um sistema de saúde adequado, sendo dois deles: um sistema de saúde para todos, como um direito a todos os cidadãos e a organização descentralizadamente (protagonismo do município). No entanto, com a fase introdutória da Ditadura Militar em março de 1964 (mil novecentos e sessenta e quatro), as propostas desses estudos foram descartadas; privatizando alguns dos projetos como – o Vale Consulta e para as regiões escassas, uma reedição da Fundação Sesp, reputado como o Programa de Interiorização de Ações e Serviços de Saúde, o PIASS.

Em 1986 (mil novecentos e oitenta e seis), houve o evento de um peso importante no cenário histórico da saúde pública, a VII Conferência Nacional de Saúde, obteve como desígnio fulcral de debater e propor tópicos que se encaixavam à constituição de um sistema de saúde mais democrático e inclusivo no país. Coordenada pelo movimento da Reforma Sanitária que, defendia o fruto de um sistema integral, global e ponderado, tendo o respaldo com os princípios da igualdade de acesso, cooperação social e descentralização das ações. Conseqüentemente, a conferência estipulou uma única e crucial tópico a ser tratado: a amplificação das atuações de saúde no decurso de serviços básicos, tendo as seguintes asserções:

- 1) Regionalização e Organização de Serviços de Saúde nas Unidades Federadas.
- 2) Saneamento e Habitação nos Serviços Básicos de Saúde – o PLANASA e Saneamento Simplificado.
- 3) Desenvolvimento de Recursos Humanos para os Serviços Básicos de Saúde.
- 4) Supervisão e Educação Continuada para os Serviços Básicos de Saúde.
- 5) Responsabilidade e Articulação Interinstitucional (Níveis Federal, Estadual e Municipal). Desenvolvimento Institucional e da Infra-Estrutura de Apoio nos Estados.

- 6) Alimentação e Nutrição e os Serviços Básicos de Saúde.
- 7) Odontologia e os Serviços Básicos de Saúde.
- 8) Saúde Mental e Doenças Crônico-Degenerativas e os Serviços Básicos de Saúde.
- 9) Informação e Vigilância Epidemiológica nos Serviços Básicos de Saúde.
- 10) Participação Comunitária. Os Serviços Básicos de Saúde e as Comunidades.
- 11) Articulação dos Serviços Básicos com os Serviços Especializados no Sistema de Saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1980, p. 03)

Em totalidade, houveram cooperações de, aproximadamente, 400 (quatrocentos) membros, tornando-se subdivididos em 16 (dezesesseis) grupos de debates, sendo eles: *I*) técnicos, líderes e dirigentes do Ministério da Saúde, e outras corporações vinculadas; *II*) representantes de órgãos do Conselho de Desenvolvimento Social; *III*) dirigentes dos serviços de saúde das Forças Armadas; *IV*) funcionários e secretários da saúde do Distrito Federal, estados e dos territórios, ademais representantes do campo da saúde das unidades Federativas; *V*) parlamentares de Comissões de Saúde da Câmara dos Deputados e Senado Federal; *VI*) representantes do clero; *VII*) líderes de órgãos internacionais de saúde; *VIII*) diretores oficiais de outras áreas públicas da saúde, como: entidades e fundações parastatais e autarquias. (BRASIL, 1980).

Dois anos mais tarde, com a Constituição Brasileira de 1988 (mil novecentos e oitenta e oito), reputada como um vasto marco da política nacional; acarretou necessários e importantes passos à salvaguarda dos direitos sociais, como já posto até no momento presente, o direito à saúde não poderia ser divergente dos demais, sendo reconhecida como um direito fundamental do indivíduo e responsabilidade do Estado. Como versa Schulze:

O Estado precisa cumprir alguns mandamentos relacionados ao direito à saúde, tais como: *I*) o princípio da dignidade humana; *II*) o direito ao mínimo existencial em saúde, que se refere a “um conjunto de bens indispensáveis para satisfação dos seus direitos fundamentais primários”; *III*) a vedação do retrocesso social, que impede que haja redução da atuação estatal que já tenha sido consolidada socialmente; e *IV*) o dever de progresso, que diz respeito à melhoria qualitativa e quantitativa das prestações de saúde. Trata-se de um direito de satisfação progressiva que não é absoluto, ou seja, não comporta como dever do Estado a garantia de acesso pelos indivíduos a toda e qualquer prestação de saúde existente. (SCHULZE, 2019, p. 29 *apud* VIEIRA, 2020, p. 10)

Dentro do Art.196 da CF/1988, averigua-se um segundo ângulo importante do direito à saúde no Brasil; corroborando o princípio da universalidade, estabelecendo uma condição igualitária a todo indivíduo brasileiro à infraestrutura da saúde. De forma concludente: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticos sociais e econômicas que visem a 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).

Discorrendo o corpo textual da Constituição de 1988, evidencia-se o terceiro ângulo sobre o tal direito; revelando os princípios que conduzam ao Sistema Único de Saúde (SUS), clareando os seus valores bases que estruturam o sistema de saúde, tornando-se nítido no Art. 198:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988)

Encaminhando-se para a década de 90 (noventa), onde atuaram avanços primordiais no campo da saúde nacional, em 19 de setembro, foi outorgada a Lei nº 8080, de intensa significância ao SUS; dispondo sobre a promoção, circunstâncias e restauração da saúde, ordenando e analisando a laboração dos serviços pertencentes. Célebre como a Lei Orgânica da Saúde, moldou-se as diretrizes e princípios do SUS, dando ênfase às responsabilidades dos três ramos governamentais (federal, estadual e municipal) dentro da estrutura de financiamento do sistema:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade

física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013)

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (BRASIL, 1990)

Vinculado com os princípios primordiais ditos na Lei, neles estão a integralidade, universalidade e a equidade; garantindo de forma integral e qualitativa, o acesso universal e igualitários aos serviços da saúde.

O Brasil patenteia um amplo cenário desigual entre os grupos dos indivíduos, no qual se reflete às condições de vida, renda, escolaridade, dentre outras; desfrutando em distintos acessos aos serviços de saúde pública, mesmo o cidadão carregando a sua veracidade e necessidade individual.

### *2.1 A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS)*

Para obter um melhor entendimento sobre o que de fato o SUS representa, tona-se de suma relevância destacar suas básicas definições como um direito a todos; seus objetivos, suas diretrizes técnicas-gerencias e assistenciais, suas funções e seus princípios, tudo isso em abordagem à CF art.193-200 e as Leis 8.080 e 8.142.

Ao versar sobre os objetivos da saúde, inevitavelmente, é idealizado que a sua função verídica é apenas Cuidar de Pessoas Doentes, quanto no sistema público ou no privado, fazendo com que seja ausente o entendimento do real e maior objetivo do tal: impedir que as pessoas adoeçam. (CHIORO; SCAFF, 2011.) Durante a pauta legislativa, a lei que concretou, de forma clara, os objetivos do SUS foi – 8.080, 5:

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I – A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II – A formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III – A assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. (BRASIL, 1990.)

É de obrigação da saúde elaborar pesquisas epidemiológicas sobre os seus determinantes e condicionantes, tais como: casa, comida, meio ambiente, salário, saneamento, trabalho, lazer e acessos de bens básicos. E, caso não ocorra identificação positiva dentro da pesquisa, torna-se responsabilidade, exclusivamente, da área da saúde pela a sua ausência. Tendo isso, possibilita a identificação dos poderes, como é tratado na Lei 8.080,2,1: “o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1990).

Outorgada pela Constituição Federal de 1988, o SUS delineou um marco apreciável na história do sistema de saúde do Brasil, configurado ao um protótipo de atenção à saúde fundamentado às seguintes doutrinas:

**i) Integralidade** – Esta preconiza que a perspectiva à saúde carrega o almejo de prestar os seus serviços de maneira universal, abrangendo todas as esferas que necessitam de atenção e cuidado; objetivando, então, além de atender as precisões de saúde do corpo populacional de maneira ampla, torna-se necessário considerar os aspectos psicossociais e físicos;

**ii) Equidade** – Defronte do Sistema Único de Saúde, todo cidadão é igualitário entre si, e, com isso, obterá o seu atendimento e acolhimento conforme as suas necessidades; implicando direcionamento de recursos de maneira harmônica às prioridades e demandas de cada grupo populacional e seu espaço regional, promovendo a justiça social no campo de saúde;

**iii) Universalidade** – Independentemente de sua veracidade econômica, etnia, gênero, localização geográfica do cidadão, em abordagem à doutrina da universalidade, designa o acesso integral e igualitário aos serviços de saúde, responsabilizando da garantia de que que não haja nenhuma forma de exclusão e desigualdade diante aos ofícios essenciais.

**iv) Descentralização** – O SUS adere o método de organização e a gestão dos serviços de saúde sendo realizados em níveis distintos de governo (federal, estadual e municipal), obtendo sua atribuição específica para cada esfera;

possibilitando um maior vínculo interativo entre a população e gestores, facilitando a tomada de decisões adequadas das políticas e suas realidades locais.

**v) Interação Social** – Essa interação social se realiza através de conselhos e orientações da saúde, sendo propostas e deliberativas por representantes governamentais, dos trabalhadores e profissionais da saúde e dos usuários, objetivando a avaliação, o acompanhamento e a fiscalização dos recursos e ações pertencentes à saúde.

**vi) Promoção da saúde e sua prevenção** – É extremamente valorizado, pelo SUS, as ações destinadas para a promoção à saúde e a prevenção de doenças, com a intenção de evitar o acontecimento de problemas de saúde e promover hábitos saudáveis. Com isso, está incluso a campanha de vacinação, prática de atividades física, educação em saúde, entre outros. Promoção da Saúde, segundo o Glossário do Ministério da Saúde, é “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo... indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente”

Dadas algumas das diretrizes fundamentais, com base dos estudos de um dos profissionais e idealizadores do Sistema Único de Saúde, Gilson Carvalho, torna-se oportuno abranger sobre as funções do SUS: regular, fiscalizar, controlar e executar.

## *2.2 Função de Regulação*

Essa função correlaciona à definição de normas, diretrizes e políticas de saúde na esfera nacional, responsabilizando ao Ministério da Saúde e seus vínculos com secretarias estaduais e municipais de saúde, transparecer e determinar diretrizes e políticas para orientar o funcionamento e a organização do sistema de saúde. A regulação busca garantir a equidade, a integralidade e a universalidade dos serviços de saúde, além de promover a coordenação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, como aponta Carvalho:

Regulação do SUS, de um lado, é estabelecer como devem funcionar os hospitais públicos e privados, as unidades de saúde, os consultórios privados, quem pode exercer a função de médico, dentista etc., quais são os dados essenciais que devem ser gerados pelos serviços; de outro lado, como serão tratadas determinadas

doenças de interesse público, quais os medicamentos, quais as dosagens, como será feita a vacinação de adultos, crianças etc., como as pessoas devem entrar no sistema de saúde público para serem atendidas corretamente. Tudo isso e muito mais coisas fazem parte da função de Regulação. (2007, p. 08)

### *2.3 Função de Fiscalização e controle*

Previstos na CF e na Lei 8.080, os mesmos se mesclam e se completam: a fiscalização do sistema em pauta é executado por entidades e órgãos que carregam a responsabilidade por monitorar e avaliar as normas e diretrizes estabelecidas, como por exemplo, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a mesma é responsável por fiscalizar a segurança e a qualidade dos produtos em mercadoria, enquanto os conselhos de saúde obtém a função de fiscalizar a gestão e o uso dos recursos públicos pertencentes à saúde. Não diferindo-se a Função de Controle, este também tem o objetivo de avaliar e monitorar a qualidade, a eficiência e a afetividade dos serviços da saúde; sendo realizado através de mecanismos de auditoria, supervisão e avaliação, almejando alcançar uma melhoria e garantir a utilização adequada dos recursos públicos. Ambas funções podem ocorrer quanto em órgão privado tanto no público:

A fiscalização e controle no SUS pode ser dentro do próprio público ou do privado (contratado-conveniado ou não): da ação de saúde, do serviço, da instituição, dos profissionais, dos contratos-convênios, dos planos e seguros de saúde etc. estudos avançados 27 (78), 2013 13 Podemos ainda falar em controle público que é a especificidade de se controlar o público e que se divide em controle público institucional e social. O controle público institucional é aquele exercido pela própria instituição pública, sobre o público. O controle público social é aquele exercido pela sociedade, pelos cidadãos sobre a instituição pública. (CARVALHO, 2007, p.12)

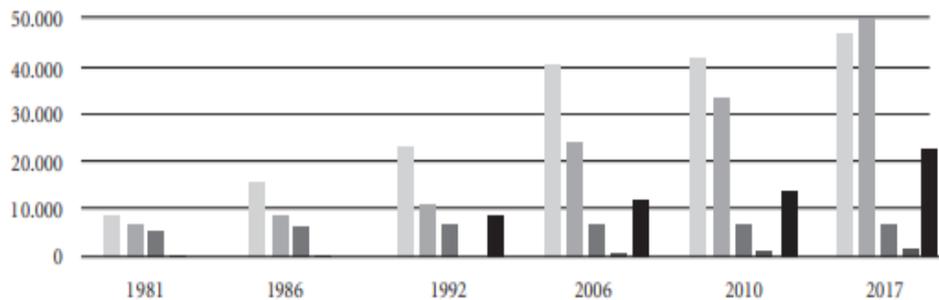
### *2.4 Função de Execução*

A execução no SUS envolve a implementação das políticas, programas e ações de saúde, sendo realizada pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, com o cargo de gerenciar os recursos, estruturas e equipes necessárias para a prestação dos serviços de saúde. A execução envolve desde a atenção primária, como os postos de saúde e unidades básicas de saúde, até os serviços de média e alta complexidade, como hospitais e centros especializados: “O SUS tem que ter

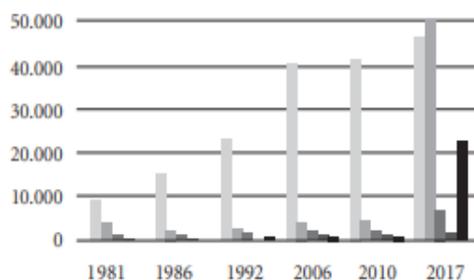
serviços próprios para executar diretamente e tem a possibilidade de contratar terceiros para completar os serviços que não der conta de executar por si próprio. Além disso, a execução de serviços de saúde é livremente permitida ao privado, pessoa física ou jurídica.” (CARVALHO, 2007)

Pautando sobre o vínculo do corpo privado e público na prestação de serviços de saúde no Brasil, é imprescindível que reputa como uma relação histórica, mantendo-se por tempo prolongado dentro da implantação e ampliação do SUS nos últimos trinta anos. E, para tratar esses aspectos da interdependência privada/pública e sua progressão, com a cooperação de pesquisas elaboradas pelo IBGE, terá em destaque as classificações desses tipos de atendimentos prestados (misto, privado e SUS) obtendo quatro tópicos de áreas privadas nos anos de 2006 (dois mil e seis), 2010 (dois mil e dez) e 2017 (dois mil e dezessete), tornando-se observável nas figuras a seguir:

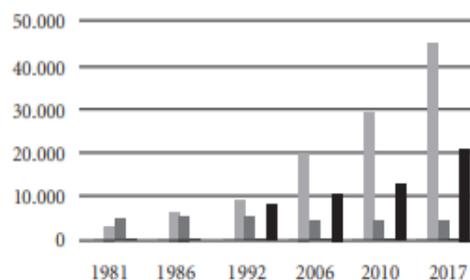
**Gráfico 1 – Estimativa de totalidade de estabelecimento**



**Gráfico 2 – Estabelecimentos públicos**



**Gráfico 3 – Estabelecimentos privados**



- Postos de saúde, unidade básica de saúde, CASF, centro de Saúde;
- Clínica especializadas, ambulatório especializado, policlínica, unidade mista;
- Hospitais;
- Pronto socorro geral especializado, atendimento imediato;
- Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia (SADT).

**Fontes:** AMS/IBGE (1981, 1986, 1992) e CNES/MS (2006, 2010 e 2017).

Como destacado, a grande maioria das clinicas são privados, e, ao serem utilizadas, almejam ter planos de saúde ou pagamento direto. O vínculo desses estabelecimentos privados esteve sempre acima de 80% e, com o atendimento exclusivo aos SUS, aumentou no mesmo período.

O campo hospitalar de forma privada, no Brasil, é vasto, contudo, a utilização se dá através do SUS ou compartilhada entre os sistemas privados e públicos; ao realizar esse compartilhamento entre os hospitais privados e o Sistema Único de Saúde diminuiu entre 2006 e 2007, tendo também, a redução do vínculo de atendimento exclusivamente ao setor privado. Carregando um maior significado do que os hospitais, as unidades de SADT mantêm seu aspecto pelo o predomínio do setor privado. Nos últimos tempos, tem havido uma redução no número de estabelecimentos exclusivamente vinculados ao SUS, e um aumento nas unidades de saúde mistas, que atendem tanto pacientes do SUS quanto do setor privado. Essa tendência é semelhante à observada nos hospitais.

No entanto, existe uma diferença significativa entre os hospitais e as unidades de SADT no que diz respeito à predominância do atendimento misto. Enquanto a maioria dos estabelecimentos privados hospitalares permanece exclusivamente voltada para o atendimento do SUS, nas unidades de SADT o atendimento misto sempre foi predominante. Isso significa que essas unidades já atendem tanto pacientes do SUS quanto pacientes particulares ou de planos de saúde. No caso dos serviços de pronto-socorro, a maioria das unidades é pública, ou seja, pertence ao setor público. No entanto, os estabelecimentos privados também prestam atendimento direcionado ao SUS, o que indica uma interdependência entre os setores público e privado na prestação de serviços de saúde. Essa interdependência é observada tanto nas unidades de SADT quanto nos serviços de pronto-socorro.

Dessa forma, é possível perceber que o Sistema Único de Saúde depende dos serviços privados para garantir a atenção à saúde da população. Ao mesmo tempo, a maioria dos estabelecimentos privados também tem uma relação de dependência em relação ao SUS, uma vez que parte de sua clientela é composta por pacientes atendidos por esse sistema público.

Essa interação entre os setores público e privado na atenção à saúde no Brasil é uma característica importante do sistema de saúde do país. Ela reflete a necessidade de cooperação e complementaridade entre esses setores para garantir o acesso e a qualidade dos serviços de saúde para toda a população.

### 3 O DIREITO À SAÚDE ADIANTE ÀS TEORIAS: SEPARAÇÃO DOS PODERES RESERVA DO POSSÍVEL

#### 3.1 *Separação dos Poderes*

Considere-se utópico não versar sobre a Separação dos Poderes sem considerar e introduzir, este modelo político, acerca da teoria de Charles-Louis de Secondat, afamado como Montesquieu. Adentro do século XVIII, o mesmo almejava propor um sistema governamental no qual os poderes do Estado fossem fragmentados e regulados diante às instituições distintas, sendo desenvolvida de maneira precisa, em sua obra *O Espírito das Leis*, publicada em 1748 (mil setecentos e quarenta e oito).

Em concordância com a teoria em abordagem, Montesquieu ressaltou a existência de três poderes elementares do Estado que almejam uma separação entre si, sendo eles – o *Poder Executivo*: o qual carrega a função administrativa do Estado e pelas políticas públicas inseridas, objetivando a execução e os feitos das leis aprovadas pelo Poder Legislativo. “Deve estar nas mãos de um monarca, porque esta parte do governo, que precisa quase sempre de uma ação mais instantânea, é mais bem administrada por um do que por vários” (MONTESQUIEU, 2000, p. 172); *Poder Legislativo*: responsável pela constituição, elaboração e aprovação das leis, obtendo a sua função em primordial de representar o povo e suas ideologias, afirmando a dualidade das câmaras do legislativo: “uma confiada aos nobres e a segunda confiada aos escolhidos para representar o povo.” (MONTESQUIEU, 2000.); e, *Poder Judiciário*: encarregado pela aplicação das leis e suas interpretações, garantindo justiça, promovendo a proteção dos direitos do povo e a resolução dos conflitos acerca do cenário social.

Estes poderes políticos obtiveram um efeito de ampla durabilidade diante à ideologia política e na constituição de sistemas governamentais aos redores do mundo, desencadeando, em constituições modernas, inspirações nessas diretrizes para servir de garantia a proteção dos direitos humanos e ausentar-se da concentração de poder nas mãos de um único grupo ou governante.

Nos dias atuais, a separação dos poderes caracteriza a idéia de Estado constitucional democrático e não existe país democrático que não possua essa regra em sua Constituição. De há muito ensina

Deguit ser a separação absoluta de poderes uma ilusão “que desde o ponto de vista lógico não pode conceber-se; isto porque qualquer manifestação de vontade do Estado exige o concurso de todos os órgãos que constituem a pessoa Estado”. Por tal razão, a separação dos poderes deve ser encarada como princípio de moderação, racionalização e limitação dos poderes político no interesse de paz e da liberdade, modificando-se, como tudo “no entre os homens”, de acordo com as condições históricas de cada povo. (PELICIOLI, 2006, p. 28.)

Em suma, Montesquieu cooperou para o zelo da liberdade e direitos dos cidadãos, bem como a prevenção do autoritarismo e da opressão, tendo sua teoria atribuindo ênfase na independência, especializações e equilíbrio das funções, evidenciando um avanço significativo na ideologia política do século XVII.

Tratando a teoria em pauta diante à Constituição Federal de 1988, obteve a sua proeminência no artigo 2º, famigerado como ‘Constituição Cidadã’ em que reputa: “São Poderes da União, independentes e harmônicos entre si, o Legislativo, o Executivo e o Judiciário. Essa independência e harmonia em evidencia no Art.2, refletiu pontualmente no arranjo e ordenação do Estado Brasileiro, desencadeando a ação de interceder no círculo um do outro, possibilitando uma fiscalização mútua entre estes, estabelecendo o conceito de ‘Sistema de Freios e Contrapesos’, retratando: “[...] estabelecimento de uma dinâmica de recíproca vigilância entre estruturas governamentais, como aquele conjunto de procedimentos destinados a prevenir o uso indevido do poder político” (FELLET; NOVELINO, 2018).

Tendo isso, há o ressaltado que, para uma garantia efetivamente harmônica entre os três poderes, carrega o almejo da aplicação do tal sistema, o qual propõe o zelo da liberdade como uma garantia de uma proteção eficaz das responsabilidades desses pilares do Estado à população:

o Princípio constitucional da Separação de Poderes, expresso no artigo 2º da Constituição, o qual recebeu desta Lei Maior a proteção de Cláusula Pétrea (artigo 60, §4º, inciso III), não se revelou apenas como uma forma de limitação ao absolutismo, nem como somente como uma garantia à liberdade. Seguindo os ditames da Constituição Cidadã, tal princípio é um instrumento para a efetivação do bem comum entre os brasileiros. (FERREIRA; VIANNA, 2020).

Como já destacado e discorrido no momento introdutório da presente pesquisa, os Direitos Fundamentais objetivam assegurar as liberdades avulsas do indivíduo. Para Bonavides (2015), direitos estes que são classificados pelas seguintes

gerações: a geração precedente versa sobre as liberdades intrínsecas; a segunda geração pontua o direito à igualdade; a seguinte faz pauta aos direitos coletivos e difusos; a quarta, reconhece o direito à democracia, e, sequentemente, a quinta geração evidencia os direitos fundamentais.

Os direitos da primeira, da segunda e da terceira gerações abriram caminho ao advento de uma nova concepção de universalidade dos direitos humanos fundamentais, totalmente distinta do sentido abstrato e metafísico de que se impregnou a Declaração dos Direitos do Homem de 1789, uma Declaração de compromisso ideológico definido, mas que nem por isso deixou de lograr expansão ilimitada, servindo de ponto de partida valioso para a inserção dos direitos da liberdade - direitos civis e políticos - no constitucionalismo rígido de nosso tempo, com uma amplitude formal de positivação a que nem sempre corresponderam os respectivos conteúdos materiais. (BONAVIDES, 2011, p. 573.)

Em contrapondo, o termo acerca de ‘gerações’ suscita algumas críticas do lado da doutrina: “tendo em vista que pode desencadear uma visão errônea da substituição de direitos com o tempo, ou superação de direitos. Em suma, para a doutrina atual, o termo cabível à especificação dos direitos fundamentais seria as dimensões, Bahia (2017) alude os segmentos das tais dimensões:

- i) **Direitos da primeira dimensão** – advindo dos ideários iluministas do século XVIII, a introdutória dimensão reputa por encetar o movimento institucionalista, carregando os direitos defendidos para que zelam da proteção das liberdades públicas e dos direitos públicos. No momento atual, a ampla parte das Constituições existentes os santificam, tendo como os indivíduos titulares que os exercem contra os poderes decretados pelo os Estados. Bahia (2017) ressalta que, nessa fase, o Estado obteria uma obrigação de prestação negativa, significando que, um dever de nada executar, a não ser de impor respeito às liberdades do indivíduo, tendo como exemplos: o direito à vida, á liberdade, à propriedade, à expressão, à manifestação, ao voto, ao devido processo legal.
- ii) **Direitos da segunda dimensão** – Suscitado sob influência de Constituições como a Mexicana de 1917, de Weimar de 1919 e a Soviética de 1918, a dimensão em pauta zela os direitos socioeconômico e culturais, importando intervenção estatal em substituição de apenas abstenção. Portanto, isso

determina que a ampla liberdade depende do vínculo do Estado com estes, sendo reputado como 'direitos sociais', como: direito ao trabalho, assistência social, educação e saúde, objetivando a melhoria das condições da existência de todos.

- iii) **Direitos da terceira dimensão** – Obtendo seu primórdio aparecimento após a Segunda Guerra Mundial, essa dimensão propõe a proteção dos direitos em que estão atrelados às sociedades modernas que já carregam a sua esquematização, encontrando estar envolvidos em relações de variáveis naturezas, em especial, aquelas relativas à industrialização e urbanização densa. Diante a esta ótica, os modelos desses direitos são: direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado e direito ao desenvolvimento.
- iv) **Direitos da quarta dimensão** – Por fim, Bahia (2017) expõe a perspectiva de Bonavides, onde o mesmo refere-se o direito à democracia, o direito à informação e o direito ao pluralismo e os de quinta dimensão que legitimam o direito à paz. (BONAVIDES, 2015).

Bem como, o ideário de Montesquieu, a separação de poderes, propôs um impacto de vasta magnitude no sistema político, e, acerca do tema crucial da presente pesquisa, com o direito à saúde não representaria divergência. Correlacionando essa divisão – Executivo, Legislativo e Judiciário – é efetuado um valoroso papel no cenário da saúde.

Em abordagem ao poder Executivo, é encarregado de concretizar as políticas de saúde, vinculando-se a proposto de recursos para infraestrutura médica; promoção e campanhas de prevenção de doenças e fácil obtenção aos medicamentos. Em um cenário de serviço executivo em que transmite sua eficácia e responsabilidade, possibilita que a população tenha acesso a todos esses sérvios de qualidade, independentemente de sua veracidade socioeconômica.

No poder legislativo, é estabelecido uma posição necessária na constituição de leis vinculadas à saúde, abrangendo regulamentações para a garantia de padrões de segurança médica; alocação de fundos para tal instituição e regras para o funcionamento de setores. Sendo assim, um trabalho legislativo comprometido compactuará para originar um ambiente legal que promova o atendimento das necessidades da população.

Transcorrendo ao poder judiciário cujo a responsabilidade central é da proteção dos direitos à saúde dos cidadãos, podendo ser ocorrido em situações de recusa injustificada de acesso aos medicamentos ou de tratamentos; negligência médica ou no momento em que as políticas públicas não prestam o devido atendimento das necessidades de saúde da população.

### *3.2 Reserva do Possível*

Advindo do território alemão na década de 1970, a teoria em questão teve sua evidência introdutória no momento em que a Corte Constitucional regeu uma situação de admissão de discentes de uma universidade pública, havendo confronto com a limitação de vagas, possibilitando a esse momento ser reputado como 'reserva do possível'. Em síntese, essa situação envolvia os estudantes não admitidos do curso de medicina em faculdades de Munique e Hamburgo, por conta da restrição de vagas inexistentes na Alemanha.

Sendo assim, os discentes pautaram sua reivindicação de acordo com o décimo segundo artigo da Lei Fundamental alemã, a qual carregava a garantia do direito de escolher livremente a profissão, instituição de formação e local de trabalho:

Artigo 12 - [Liberdade de escolha da profissão]

**(1)** Todos os alemães têm o direito de eleger livremente a sua profissão, o lugar de trabalho e o de aprendizagem. O exercício da profissão pode ser regulamentado por lei ou em virtude de lei. **(2)** Ninguém poderá ser obrigado a determinado trabalho, salvo no âmbito de uma tradicional e geral prestação de serviços públicos obrigatórios, igual para todos.

**(3)** Trabalhos forçados só são admissíveis no caso de penas privativas de liberdade impostas por sentença judicial. (BUNDESTAG, 2012)

Com a justificativa de decisão da Corte, houve um momento introdutório de reserva do possível, onde decretou a afirmação que os direitos às vagas dependiam do que fosse razoável, significando que os indivíduos teriam o direito de cobrar do Estado apenas o que fosse considerado razoável, estabelecendo isso como o princípio primordial da fundamentação desta teoria.

Em abordagem de Sarlet (2003), o Tribunal reconheceu o seguinte:

Para além disso, colhe-se o ensejo de referir decisão da Corte Constitucional Federal da Alemanha, que, desde o paradigmático caso *numerus clausus*, versando sobre o direito de acesso ao ensino superior, firmou jurisprudência no sentido de que a prestação reclamada deve corresponder ao que o indivíduo pode razoavelmente exigir da sociedade, de tal sorte que, mesmo em dispondo o Estado dos recursos e tendo o poder de disposição, não se pode falar em uma obrigação de prestar algo que não se mantenha nos limites do razoável. Assim, poder-se-ia sustentar que não haveria como impor ao Estado a prestação de assistência social a alguém que efetivamente não faça jus ao benefício, por dispor, ele próprio, de recursos suficientes para seu sustento. O que, contudo, corresponde ao razoável também depende - de acordo com a decisão referida e boa parte da doutrina alemã - da ponderação por parte do legislador. (SARLET, 2003, p. 295)

Com isso, a definição a teoria da reserva do possível está vinculada ao entendimento que a razoabilidade estrutura o conceito e também corresponde o certo limite de atuação do Estado. (SILVA; BENACCHIO, 2018). Transcorrendo ao contexto brasileiro, a aplicação da teoria em questão progrediu, mantendo-se intrinsecamente correlacionada à capacidade financeira do Estado, famigerado como “a teoria do financiamento possível”, correspondendo que o Estado pode alegar insuficiência de recursos financeiros para não atender algumas correspondências dos direitos fundamentais. Acerca desta pauta, desencadearam-se variáveis debates, questionando até que ponto o Estado pode se eximir de suas responsabilidades utilizando-se como base central a limitação financeira.

Na deliberação da ADPF n°4551, embora que o pedido a solicitação tenha sido considerado inviável por conta da ausência de algum objeto central, o STF discutiu a teoria da reserva do possível, ainda com o Ministro Celso de Mello, o mesmo pontuou a magnitude a razoabilidade da pretensão, além da disponibilidade de recursos para atendê-los.

(...)Vê-se, pois, que os condicionamentos impostos, pela cláusula da “reserva do possível”, ao processo de concretização dos direitos de segunda geração – de implantação sempre onerosa -, traduzem-se em um binômio que compreende, de um lado, (1) a razoabilidade da pretensão individual/social deduzida em face do Poder Público e, de outro, (2) a existência de disponibilidade financeira do Estado para tornar efetivas as prestações positivas dele reclamadas. Desnecessário acentuar-se, considerado o encargo governamental de tornar efetiva a aplicação dos direitos econômicos, sociais e culturais, que os elementos componentes do mencionado binômio (razoabilidade da pretensão + disponibilidade financeira do Estado) devem configurar-se de modo afirmativo e em situação de cumulativa ocorrência, pois, ausente qualquer desses elementos,

descaracterizar-se-á a possibilidade estatal de realização prática de tais direitos.

O enxerto acima, aplica ao princípio da reserva do possível no âmbito da implementação de políticas públicas e nas ações dos prestadores de serviços de saúde. Esse princípio é uma ideia complexa que envolve debates sobre a destinação de recursos e a garantia de direitos fundamentais, como o direito à vida e à saúde. Com isso, é frequentemente utilizado pelo Estado como argumento para justificar sua omissão na implementação de políticas públicas, alegando limitações orçamentárias e escassez de recursos.

Tornando-se um ideário controverso, por motivo de afirmar a falta de recursos pode ser interpretado como fugir da responsabilidade de garantir os direitos básicos das pessoas. No entanto, é sugerido que o mesmo princípio poderia ser aplicado de forma semelhante à proteção dos profissionais de saúde. Em muitos casos, esses profissionais enfrentam condições adversas, como falta de estrutura adequada e recursos escassos, que limitam sua capacidade de prestar o melhor cuidado possível.

O argumento é que, enquanto o Estado pode usar o princípio da reserva de possibilidade para justificar sua inércia, os profissionais de saúde também podem invocar o princípio de proteger ações que, devido a condições adversas, podem afetar a efetivação dos direitos humanos. Vida e saúde. E, contextualizando sobre a pauta de saúde, onde as decisões médicas têm consequências diretas na vida e no bem-estar das pessoas, a falta de recursos e de estrutura pode ter efeitos graves e até fatais.

Em resumo, a teoria em questão não deve ser utilizada como desculpa para a ineficiência do Estado, mas como meio de proteger os profissionais médicos que lutam para garantir um padrão mínimo de vida e dignidade humana, devido às limitações efetivamente enfrentadas no desempenho de suas funções.

#### **4 DESIGUALDADE SOCIOECONÔMICA E ESCASSEZ: UM PROBLEMA QUE ALASTRA DENTRO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA**

No momento em que nações desenvolvidas avançam para que haja zelo ao acesso igualitário aos serviços de saúde e cuidados medicinais, o Brasil, ainda, aborda tópicos estereotipados que refletem à pobreza e a desigualdade. É de amplo saber que, a desigualdade social, é uma evidência já registrada no território brasileiro, obtendo seu enfoque de maneira intensa na área da saúde pública, possibilitando que, uma vasta camada social, enfrenta dificuldades desproporcionais para acessar o mesmo nível de atendimento.

Essa divergência ocorre especialmente nas favelas urbanas e espaços rurais, onde se concentra com maior densidade a ausência e almejo de infraestrutura e recursos de saúde, elaborando um cenário desafiador para a prestação de cuidados médicos adequados; tornando-se a veracidade de muitas famílias de baixa renda a não conseguirem arcar com os custos de planos privados de saúde ou de terapias privadas, dependendo unicamente do Sistema Único de Saúde, o SUS, que por mais seja uma conquista preciosa na história da saúde pública no Brasil – assim como foi tratado nesta pesquisa – o mesmo também não está ausente em enfrentar com os problemas de falta de recursos financeiros, deficiências na gestão e problemas crônicos de infraestrutura, o que, por finalidade, resulta em longos tempos de espera ao tratamento e/ou medicamento adequado ao paciente.

Usando como base os estudos de Pitombeira & Oliveira (2020), é elucidado o agravamento das desigualdades no Brasil, obtendo o destaque aumentativo de pobreza no país e suas implicações nas disparidades de gênero, renda, raça/etnia e região:

Num país com mais de 200 milhões de pessoas, os 10% mais ricos estão entre aqueles que ganham mais de dez salários mínimos. Dentre estes, 75% ganham até 20 salários mínimos, sendo que 1%, ou seja, 1,2 milhão de pessoas respondem por rendimento médio superior a R\$ 55.000 por mês<sup>3</sup>. Ao se tomar o percentual de pessoas vivendo com até 1/2 salário mínimo, identifica-se esse rendimento presente na metade da população do Norte e do Nordeste, enquanto que nas demais regiões esse percentual varia entre 15,6% e 21,5%. Se a referência for de um salário mínimo *per capita*, o Nordeste possui 77,3 % de pessoas residentes em domicílios particulares nessa situação, e a região Norte possui 76%. A região Sudeste possui 50,2%; a região Centro-Oeste, 52%; e a região Sul, 42,3%<sup>4</sup>. Quanto ao mercado de trabalho, ainda segundo o IBGE, o primeiro trimestre de 2019 foi bem difícil para os brasileiros. A taxa nacional de desocupação foi de 12,7% no período, identificando que as 14 taxas

acima do indicador nacional estão distribuídas entre o Norte e o Nordeste, além do Rio de Janeiro, São Paulo e Distrito Federal. (PITOMBEIRA; OLIVEIRA, 2020)

A presente análise salienta o almejo de reconhecer o vínculo entre a pobreza, desigualdade e saúde, onde repensa o atual contexto de retrocessos e medidas de austeridades. Os questionamentos pautados por Cohn e Schaiber propõe uma magnitude vital, convocando a sociedade a reanalisar, profundamente, a correlação entre os processos de saúde, atendimentos e doenças através da ótica das divergências sociais, clareando a urgência de retratar os fatores socioeconômicos subjacentes à saúde pública.

Regressando à abordagem do SUS, o mesmo evidencia a influência do contexto social e histórico na saúde da população. Como já discorrido na presente pesquisa; ao constituir a saúde como um “direito de todos e dever do Estado”, a CF/88 determina a conquista da saúde por meio de fatores condicionantes e determinantes, visando proporcionar o bem-estar físico, mental e social. À vista disso, a APS, Atenção Primária à Saúde, origina-se como uma estrutura primordial das práticas nessa área, desencadeando-se mais complexidade diante à interdependência social nos processos de saúde-doença.

Portanto, a pobreza emerge como uma veracidade e obstáculos nos cuidados de saúde, aplicando-se tanto aos usuários que vivenciam diariamente essa condição, segurando consigo as marcas de uma vivência construída através do “sofrimento social” tornado, também, reflexos aos profissionais da área, obtendo as árduas condições de execução de trabalho e o sentimento de impotência diante aos importantes influencias sociais que afetam estes profissionais.

No ano de 1994, o Ministério da Saúde estabeleceu o Programa de Saúde (PSF) objetivando de monitorar e prevenir a saúde por meio de atendimento em unidades de saúde municipais ou médicos domiciliares. Introdutoriamente, o enfoque principal era nos municípios mais carentes, como nas regiões do Norte e Nordeste, visando combater a mortalidade infantil. Transcorrendo após quatro anos, em 1998, o programa em questão ampliou-se para abranger mais localidades em todo país, reconhecendo uma modificação na pauta da saúde pública para promover mais prevenção.

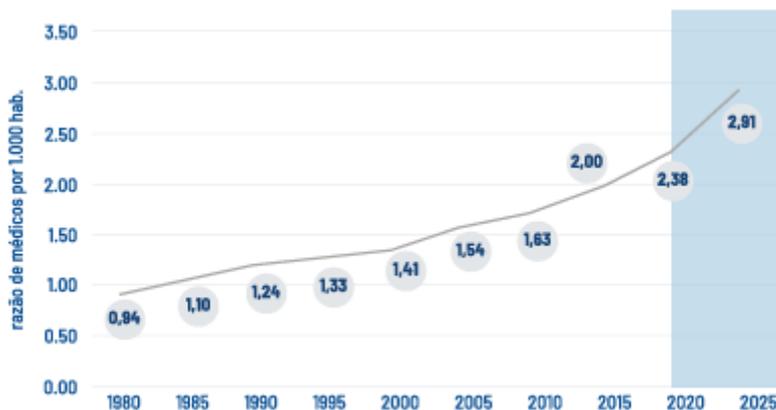
**Gráfico 4** - Evolução do número de médicos e da taxa de crescimento da população geral, de 1980 a 2025.



**Fonte:** Fonte: Scheffer M. et al., Demografia Médica no Brasil 2023.

De acordo com os dados recolhidos dentro do estudo de Scheffer M. et al., Demografia Médica no Brasil 2023, quando se estuda e analisa a desigualdade em termos regionais, os resultados correlacionados às necessidades de cuidados médicos têm um papel menos significativos na contribuição para a desigualdade no acesso aos serviços de saúde.

**Gráfico 5** – Evolução da razão de médicos por 1.000 habitantes, de 1980 a 2025 .

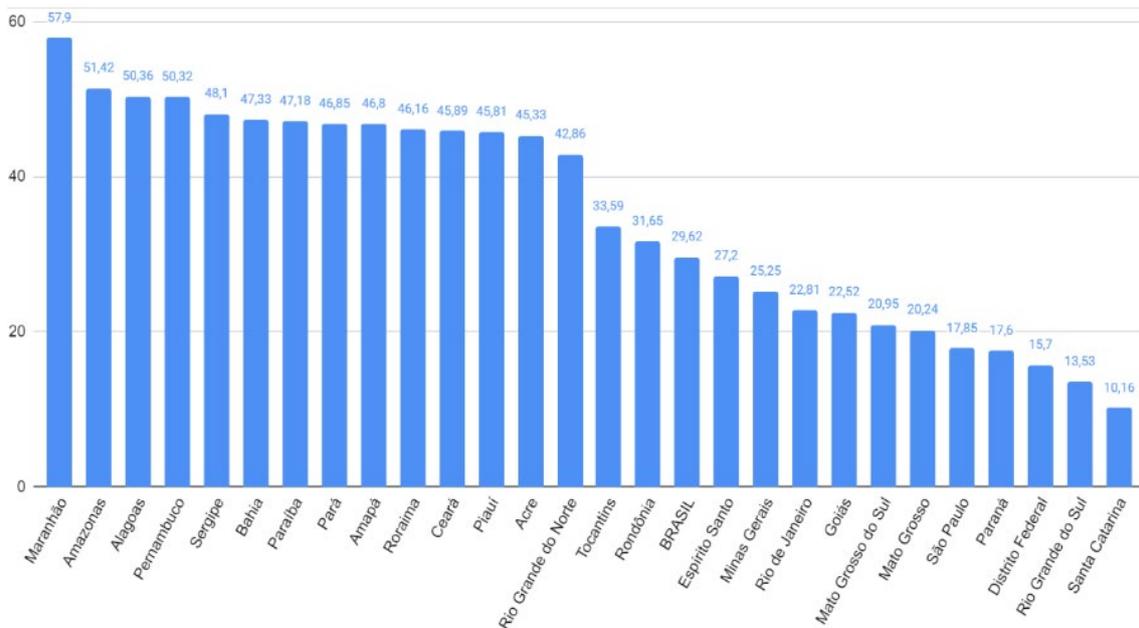


**Fonte:** Fonte: Scheffer M. et al., Demografia Médica no Brasil 2023.

Em interpretação dos dados evidenciados, é notório a desigualdade de acordo com a frequência de consultas médicas, destacando-se dois fatores que os influenciam. No primeiro instante, há uma tendência pró-pobre vinculado à condição de atividade, significando que, pessoas economicamente ativas, possuem uma contribuição ampla para manter essa frequência de consultas, tornando-se resultado de que essas mesmas pessoas lidam com um custo maior de recursos e

oportunidades para a obtenção dessa manutenção de cuidados e tratamentos, comparando com os indivíduos que estão economicamente inativos. Em suma, esta relação complexa entre atividade econômica, posse e renda de plano de saúde influencia na desigualdade.

**Grafico 6** – Proporção de pobres em 2021 conforme unidade da federação (em %).



**Fonte:** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2022).

Os dados acima referem-se a uma análise de pesquisa a periodicidades das internações hospitalares entre divergentes grupos socioeconômicos, sendo edificados dois fatores primordiais que cooperaram para essa discrepância social. O primeiro deles, os “fatores de necessidade” possibilitaram um papel significativo, em elucidação, as pessoas com maior necessidade de cuidados médicos, por razão de condições de saúde e/ou doença, tendem a ser internadas com mais frequência, independente da realidade de sua situação socioeconômica.

No segundo tópico analisado, “os fatores de condição de atividade”, também apresentou sua relevância ao estudo das autoras, sugerindo que as pessoas, economicamente ativas, apesar de serem propensas a ter responsabilidade de trabalho e maior demanda de tempo, ainda sim, estão conseguindo internações hospitalares com mais frequência; com isso, pode ser resultado à necessidade de cuidados de saúde contínua para manter sua produtividade no trabalho.

Em conclusão aos estudos de Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2022), os resultados obtidos dos indicadores apontam para uma ausência geral de desigualdade acentuada na utilização de internações hospitalares na maioria dos estados. Contudo, o alto valor negativo dos índices de iniquidade horizontal estabelece a existência de uma desigualdade significativa no uso de internações, favorecendo os indivíduos mais pobres, indicando que as pessoas de baixa renda tendem a buscar cuidados hospitalares apenas quando necessitam de tratamentos mais intensivo.

Na abordagem de comparação entre regiões distintas, é notório que o grau de iniquidade da utilização de consultas médicas varia entre as regiões com maior desigualdade no Nordeste e menos nas regiões Sul e Sudeste, variando no vínculo entre a concentração de renda nas regiões mais pobres e a oferta limitada de serviços de saúde nas regiões menos desenvolvida.

Além da renda, as autoras salientam que, a escolaridade, a condição de atividade no mercado, a posse do plano de saúde e o local de residência também tiveram contribuições para a desigualdade nos cuidados de saúde. O nível educacional, em exemplificação, cooperou para aumentar a desigualdade tanto a favor dos mais ricos quanto dos mais pobres, dependendo do tipo de tratamento. E, a condição de atividade, contribuiu para uma distribuição mais favorável aos mais pobres, indicando que ser economicamente ativo pode ser mais dispendioso para indivíduos de melhor condições socioeconômicas.

A posse de plano de saúde e o local de residência foram os fatores que mais despertaram interesse em termos de políticas de saúde. A desigualdade na utilização de cuidados associada à posse de plano de saúde e ao local de residência poderia ser reduzida por meio de cobertura de saúde voltada para pessoas de baixa renda e pelo aumento dos recursos em áreas com poucos serviços de saúde disponíveis.

#### *4.1 Tratando a realidade: um caso atual contribuinte aos obstáculos da saúde pública*

A propagação do vírus Sars-Covid-19 nas cidades tem exposto desafios econômicos e urbanísticos que estão profundamente interligados no contexto das cidades brasileiras. Essas problemáticas se manifestam no âmbito da saúde e agravam os impactos da pandemia. A análise dos casos da doença revela uma clara

conexão entre a disseminação do vírus e os padrões de vida estabelecidos no espaço urbano, como moradia, deslocamento e acesso a recursos.

A ocupação e administração das áreas urbanas, bem como as oportunidades oferecidas por essas áreas, estão intimamente ligadas à qualidade de vida e, por conseguinte, à saúde dos residentes.

A distribuição desigual de benefícios no espaço urbano e a disparidade no acesso a direitos impactam diretamente a saúde da população. Além disso, essa desigualdade contribui para que certas regiões ou grupos sociais enfrentem maior suscetibilidade ao contágio e se tornem mais vulneráveis aos efeitos das doenças e suas ramificações. No contexto brasileiro, essas áreas afetadas são frequentemente as favelas e periferias, e as populações mais afetadas são as de baixa renda e, principalmente, negras.

Diversos fatores colocam os habitantes dessas áreas em maior risco perante as doenças. Esses fatores vão desde más condições de moradia, como ventilação e iluminação inadequadas, até falta de acesso a água potável e saneamento básico, além da exposição prolongada a transportes públicos superlotados e poluição do ar devido a um maior tempo gasto no trânsito. A ineficiência das instituições e dos profissionais técnicos em atender igualmente as diferentes partes da população e solucionar esses problemas está associada ao fato de que muitas cidades formais, baseadas principalmente em modelos comerciais de posse e acesso à terra e moradia, não conseguem incluir uma parte significativa daqueles que delas dependem e contribuem para sua dinâmica. (SILVA; ROCHA; DRACH, 2021).

De acordo com a pesquisa do IBGE, 2020, foi nomeado as favelas e ocupações precárias como "aglomerados subnormais". Com relação à pandemia de coronavírus, o mesmo estudo publicou um mapeamento em 2020, com base em dados coletados para o censo adiado devido à pandemia. Esse mapeamento destaca a importância de prestar atenção e quantificar essas áreas, já que a falta de serviços de saúde adequados, principalmente do SUS, e outras infraestruturas essenciais cria desafios para a prevenção e tratamento da população nessas áreas.

No caso da COVID-19, é preciso considerar as características socioeconômicas e geográficas dessas áreas, como a falta ou o acesso limitado ao saneamento e à coleta de lixo, o custo dos produtos de higiene pessoal, o tipo de emprego (trabalho informal, subempregos, empregos com impossibilidade de se trabalhar de casa e vínculos empregatícios mais frágeis etc.) entre outras

vulnerabilidades. O padrão urbanístico também pode consistir em um limitador no caso de necessidade de acesso de ambulâncias para casos de maior gravidade. (IBGE, 2020)

Como base de complemento, torna-se oportuno no momento presente desta pesquisa tratar a matéria '*Pandemia nas favelas: mobilização coletiva e inteligência territorial*', dirigido pela revista de comunicação da UFSCAR, 2021:

São classificados como aglomerados subnormais os ambientes chamados de favelas e palafitas; ou seja, formas irregulares de ocupação de terrenos públicos ou privados. Além disso, são caracterizados, geralmente, por um padrão de carência de serviços públicos essenciais. Por conta disso, segundo define o IBGE, as populações dessas comunidades vivem sob precárias condições socioeconômicas, de moradia e saneamento. Impossibilitados, então, de cumprir as medidas de isolamento e higiene indicadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), as favelas brasileiras têm visto o número de infectados pelo novo coronavírus crescer em seus territórios. E, para combater tal realidade, têm encontrado força e resistência na união entre seus moradores, movimentos sociais e do SUS. (SANTOS, 2021)

Transcorrendo à maior favela localizada do Brasil, localizada na Zona Sul do Rio de Janeiro, a Rocinha, a coordenadora do coletivo '*Rocinha Resiste*', Michele Lacerda, pontua a ausência de política públicas significantes nas comunidades, tais como: a falta de acesso à alimentação, água e saúde de qualidade é um problemático tópico que almeja em ser reconhecido.

O abandono das políticas públicas e a falta de ação do Estado como distribuidor de recursos sociais resultaram em dificuldades significativas no combate à pandemia de coronavírus. À vista disso, a ausência de recursos levou as comunidades a se auto-organizarem para enfrentar a situação.

Na Rocinha, a falta de insumos e profissionais nas clínicas da família, juntamente com a impossibilidade de isolamento social devido à necessidade econômica, tornaram o combate à pandemia mais difícil. A precariedade das condições de vida nas favelas torna difícil a aderência ao isolamento social.

Um levantamento do Instituto Data Favela e da Locomotiva revelou que 72% dos moradores das favelas brasileiras não poderiam manter seu padrão de vida por uma semana sem renda. O coletivo Rocinha Resiste se mobilizou para buscar políticas públicas mínimas, como acesso garantido à água, por meio de mobilização comunitária.

Em síntese, a falta de acesso a serviços básicos e políticas públicas nas favelas brasileiras, juntamente com a precariedade das condições de vida, resulta em desafios significativos para enfrentar doenças e crises como a pandemia de coronavírus. A mobilização comunitária se tornou crucial para atender às necessidades básicas nessas áreas.

na Rocinha (RJ), são três clínicas da família e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Como a periferia é dividida em subáreas, cada clínica torna-se responsável por uma parcela da comunidade. São elas: Albert Sabin, localizada na parte mais alta do território; Maria Socorro, próxima da UPA da comunidade; e Rinaldo de Lamare. Apesar de um recente prejuízo das clínicas, com cortes de verbas e de profissionais, as quatro instituições são algumas das responsáveis pelo combate à pandemia na Rocinha. (SANTOS, 2021)

Durante a pandemia, foi o momento introdutório para o coletivo executar suas ações, capacitando agentes comunitários para combater a COVID-19. Eles adotaram medidas para abordar a escassez de água e recursos para a higienização das mãos, distribuindo produtos de higiene e máscaras, além de conscientizar a população através de campanhas com carros de som e fornecimento de alimentos para evitar saídas desnecessárias.

Segundo o Boletim da COVID-19 de 1 de fevereiro, a Rocinha registrou 1.057 casos confirmados e 68 óbitos. Com 25.742 domicílios, a favela é a maior do Brasil conforme dados do IBGE de 2019. Todas essas ações foram realizadas em colaboração com as clínicas da família, com a presença do coletivo estendendo suas iniciativas para outras comunidades, trabalhando em conjunto com coletivos e parlamentares para criar polos de atendimento específicos em diversas favelas.

Como de reconhecimento, o SUS teve o seu peso de magnitude no meio dessa problematização em pauta:

Ao SUS, como um todo, deve ser atribuído um papel de conexão e diálogo com as comunidades. Em tempos de COVID-19, isso se tornou ainda mais presente. É o que o médico sanitário Ricardo Teixeira defende: “A pandemia nos trouxe muitos aprendizados. Nós tivemos uma demonstração de que um modelo orientado pela comunidade é superior e mais efetivo que um formato mais assistencial e médico-centrado”. Além do modelo de SUS mais conectado com as necessidades dos territórios periféricos, outros pontos são apontados como conhecimentos decorrentes do combate à pandemia nas favelas. “A gente aprende diariamente com toda e qualquer ação que a gente faça. Lidar com as pessoas e com o que elas estão enfrentando é uma coisa ímpar. É de chegar em casa um dia rindo e no outro chorando”, conta a coordenadora da Rocinha

Resiste Michele Lacerda. Contudo, como ela mesmo comenta, a favela é um espaço de luta, resistência e de colaboração coletiva e mútua dos moradores. (SANTOS, 2021)

Em suma, diversas abordagens foram utilizadas, colaborações com agentes comunitários e outras iniciativas. Esse período reforçou a compreensão de que as favelas têm a capacidade de lidar autonomamente com seus próprios desafios. Ficou claro que as próprias comunidades muitas vezes têm a força e a determinação para enfrentar seus problemas. Pontuando que, a principal lição aprendida, é que as favelas têm o potencial de serem agentes de sua própria transformação e de criar soluções; através da organização comunitária e da participação ativa dos moradores, especialmente na área da saúde, vidas foram salvas e um legado de empoderamento comunitário está sendo estabelecido. Mesmo, tudo isso, pertencendo aos papéis de deveres do Estado, No entanto, a realidade é que, muitas vezes, esses serviços não são adequadamente fornecidos em áreas periféricas e comunidades carentes, levando os próprios moradores a se organizar e buscar soluções para suas necessidades. A atuação comunitária pode ser vista como uma resposta à falta de recursos e serviços adequados, mas não deve substituir a responsabilidade do Estado em garantir condições de vida dignas para todos os cidadãos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho, pudemos mergulhar em uma complexa teia de problemas relacionados à saúde no Brasil. A justiça em saúde, fenômeno complexo e multifacetado, emergiu como ponto central da discussão. Temos observado como a persecução judicial de tratamentos e medicamentos revela não apenas deficiências do sistema de saúde, mas também a necessidade urgente de uma abordagem melhor e mais justa.

Lastimavelmente, a desigualdade social permanece sendo uma marca indelével na realidade brasileira. A vulnerabilidade das pessoas desfavorecidas e suas origens socioeconômicas inferior refletem-se claramente no acesso aos cuidados de saúde; aqueles que precisam do sistema de saúde na maioria das vezes enfrentam obstáculos significativos para encontrar atendimento adequado. A escassez de recursos e oportunidades para os mais pobres aumenta ainda mais o fosso entre os níveis de apoio disponíveis para os diferentes segmentos da sociedade, resultando a criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) tornando-se um marco importante na história do Brasil; a visão de um sistema público de saúde acessível a todos, independentemente de sua condição financeira, encerra um enorme potencial de transformação social.

O SUS foi concebido para combater a desigualdade e garantir direitos básicos à saúde para todos os cidadãos. No entanto, nossa pesquisa mostra que ainda existem desafios significativos, que vão desde problemas financeiros até falhas estruturais. Dadas as complexidades analisadas, fica claro que o fortalecimento do SUS como um sistema eficiente e equitativo requer uma ação contínua e colaborativa.

Os setores público e privado, os setores governamentais e a sociedade civil devem unir forças para superar os obstáculos que impedem o acesso universal à saúde. Nesse processo, a conscientização e a participação da população desempenham um papel importante, promovendo políticas mais equitativas e distribuição equitativa dos recursos de saúde.

Para além disso, percebe-se que a judicialização da saúde evidencia as limitações e desafios enfrentados pelo sistema de saúde brasileiro. A necessidade de recorrer ao judiciário para obter tratamentos e medicamentos essenciais ressalta a incapacidade tanto do setor público quanto privado em suprir completamente as demandas da população.

A pandemia de COVID-19 agravou ainda mais essa situação, destacando a urgência de uma abordagem mais eficaz e equitativa na alocação de recursos e na tomada de decisões cruciais para a saúde pública.

Por finalidade, este estudo destaca a ligação entre legalização da saúde, desigualdade social e implantação do SUS. Cada um desses fatores afeta os outros de maneiras complexas, exigindo uma abordagem holística para enfrentar os desafios com eficácia. Somente por meio de esforços colaborativos e compromisso com um sistema de saúde abrangente e acessível podemos avançar para um futuro onde a verdadeira saúde seja garantida para todos Brasil, independentemente de sua posição na sociedade. Além disso, o trabalho buscou identificar os obstáculos que impedem um acesso mais equitativo e justo à saúde, promovendo a conscientização sobre os direitos e responsabilidades de todos os envolvidos no sistema de saúde.

## REFERÊNCIAS

- AITH, Fernando. **Curso de Direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil**. Quartir Latin: São Paulo, 2007.
- AMARAL, Francisco. **Direito Civil: Introdução**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2000.
- BRASIL, **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 31 dez.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. Brasília: MS; 2017.
- BRASIL, Constituição de 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.
- BRASIL, Organização Mundial da Saúde. **Um relatório sobre saúde**. 05 de janeiro de 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Arquivos de Conferências Nacionais**. São Paulo, 1980.
- BERLINGUER, G. **Reforma Sanitária: Itália e Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1988.
- BRAGA, J.C.S. **Saúde e Previdência: estudos de política social**. São Paulo: Editora Hucitec, 1986.
- BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 30. ed. São Paulo: Malheiros, 2015.
- CARVALHO, Matheus. **Manual de Direito Administrativo**. 4. ed. Salvador: Juspodivm, 2017
- CARVALHO, GILSON. **A saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro, 2007.
- COHN, Amélia. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1991.
- COSTA, N.R. **Lutas urbanas e Controle Sanitário - Origem das Políticas de Saúde no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1986. ESMANHOTO, R. **A saúde nas cidades**. São Paulo: HUCITEC, 1991

CAMBOTA, Jacqueline Nogueira; ROCHA, Fabiana Fontes. **Determinantes das desigualdades na utilização de serviços de saúde: análise para o Brasil e regiões.** Pesquisa e Planejamento Econômico (PPE), v. 45, n. 2, ago. 2015.

FLEUTY, S. **Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído.** *Cien Saude Colet*, 2009.

FELLET; NOVELINO, Marcelo e André. **Separação de Poderes: aspectos contemporâneos da relação entre Executivo, Legislativo e Judiciário**, 2018.

FERREIRA, Marielen Cristina da Silva; VIANNA, Geraldo Luiz. **O Princípio da Separação dos Poderes frente ao Direito Fundamental à Saúde.** In: Revista Direito em Foco, Edição nº 12, Ano 2020.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).** Rio de Janeiro: IBGE; 1981, 1986, 1998, 2003, 2008.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde (PNS).** Rio de Janeiro: IBGE; 2013.

SCHULZE, Clenio Jair. **A judicialização da saúde no século XXI.** Revista de Doutrina da 4ª Região, Porto Alegre. 2017.

ALEMANHA, **Lei Fundamental da República Federal.** Versão alemã de 23 de maio de 1949. Edição de junho de 2022.

MOYSÉS, SJ. Saúde Bucal. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato, LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

MONTESQUIEU, C.S. **O Espírito das Leis.** 3.ed. Trad. Cristina Murachco. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

MACHADO MH. **Trabalho e emprego em saúde.** In: Giovanella L, Escorel S, Lobato, LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

MENDES, E. V. Distrito Sanitário. São Paulo: Hucitec, 1993. MERHY, E.E. **A saúde pública como política.** São Paulo: Hucitec, 1992.

OLIVEIRA, J.A e TEIXEIRA, J.M. (IM) **Previdência Social - 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989.**

OLIVEIRA E SILVA, André Luís Paiva Gonçalves de; ROCHA, Emanuela Alves da; DRACH, Patricia R C. **Desigualdade espacial e saúde pública: o COVID-19 nas favelas.** In: 9o Congresso Luso-Brasileiro para o Planejamento Urbano, Regional, Integrado e Sustentável (PLURIS 2021 Digital), 2021.

PAIM, Jairnilson Silva; Teixeira, Carmen Fontes; Almeida, Celina Maria de. **Saúde no Brasil: conceitos e dimensões.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

PELICIOI, Angela Cristina. **A atualidade de reflexão sobre a separação dos poderes.** Brasília, p.28, 2006.

PITOMBEIRA, Delane Felinto; OLIVEIRA, Lucia Conde de. **Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária.** Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará.

MACHADO, Cristiani Vieira; Baptista, Tatiana Wargas de Faria. **Sistema Único de Saúde (SUS): conquistas e desafios.** Revista de Ciências Gerenciais, 2011.

NUNES, Everardo Duarte; Santos, Adriano Maia dos. **O SUS como política pública. Ciência & Saúde Coletiva,** 2005.

SANTOS, Matheus Rodrigo dos. **Pandemia nas favelas: mobilização coletiva e inteligência territorial.** Publicado em 16 de março de 2021. Disponível em: <https://informasus.ufscar.br/pandemia-de-covid-19-nas-favelas/> Acesso em: 17/07/2023.