

A JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM CONTRAPOSIÇÃO À GARANTIA DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DO BRASIL DE 1988

Fabiana Queiroz Rios de Azevedo¹

Aloísio Gonçalves Pereira²

RESUMO

Inicialmente, deve-se destacar que a saúde está totalmente relacionada à dignidade da pessoa humana, conforme fundamentado pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, visto que compõe a seguridade social e do direito a vida. Além do que saúde é o bem estar biopsicossocial do indivíduo, incluindo prevenção, ações e serviços de saúde para população. Ou seja, saúde é um princípio inseparável da efetivação e participação do Estado, na vida humana. Na Constituição Federal Brasileira de 1988, há direitos positivados e, que são fundamentais, divididos em direitos individuais e direitos coletivos, que visam o equilíbrio entre os indivíduos e sociedade e entre a sociedade e os indivíduos, objetivando assim, a efetivação do acesso aos direitos constitucionais e da democracia. A política de saúde é vislumbrada como “direito de todos”, sendo que o cidadão, por muitas vezes, busca a referida efetivação do acesso aos serviços de saúde, através da judicialização. Com isto, propõe-se estudar se há omissão ou ação por parte do Poder Público na efetivação da política de saúde. Isto porque no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, a política de saúde é implementada através do Sistema Único de Saúde (SUS), com acesso e prestação de serviços com os princípios da universalidade, equidade e integralidade. Entretanto, o Sistema Único de Saúde, não tem conseguido ser efetivo de modo equânime e integral, por conta da escassez ou efetivo investimento dos recursos financeiros apresentado pelos Entes Federados.

Palavras-chave: Política de Saúde. Direito à saúde. Judicialização. Direito constitucional.

ABSTRACT

First, it should be noted that health is totally related to the dignity of the human person, as substantiated by the Universal Declaration of Human Rights, since it makes up social security and the right to life. In addition to health, the individual's biopsychosocial well-being, including prevention, health actions and services for the population. In other words, health is an inseparable principle of the effectiveness and participation of the State in human life. In the Brazilian Federal Constitution of 1988, there are positive rights and, which are fundamental divided into individual and collective rights, which aim at the balance between individuals and society and

¹ Graduada em Direito. Bacharel em Serviço Social pela Universidade Católica do Salvador (UCSAL). Pós-Graduada em Saúde Pública com ênfase em Programa de Saúde da Família (Centro Universitário São Camilo) e Pós-Graduada em Serviço Social e Seguridade Social (FACCEBA). E-mail: fabianarazevedo@gmail.com.

² Advogado. Especialista em Direito Tributário pela Universidade Anhanguera. Docente da Universidade Católica do Salvador (UCSal). E-mail: aloisio.neto@pro.ucsal.br.

between society and individuals, thus aiming at making access to constitutional rights effective. and democracy. The health policy is seen as a “right for all”, and the citizen, many times, seeks to achieve access to health services through judicialization. With this, it is proposed to study if there is omission or action on the part of the Public Power in the effectiveness of the health policy. This is because in article 196 of the 1988 Federal Constitution, health policy is implemented through the Unified Health System (SUS), with access and provision of services with the principles of universality, equity and integrality. However, the Unified Health System, has not managed to be effective in an equitable and integral way, due to the scarcity or effective investment of financial resources presented by the Federated Entities.

Keywords: Health Policy. Right to health. Judicialization. Constitutional right.

SUMÁRIO: INTRODUÇÃO 1 A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL À DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA 2 A EVOLUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE E A INSERÇÃO DO DIREITO A SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E PRINCÍPIOS 3 A JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE PÚBLICOS DE SAÚDE 4 O MUNICÍPIO DE SAÚDE DE SÃO SEBASTIÃO DO PASSÉ E A POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE 4.1. COMO OCORRE O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SSP 4.2 ASPECTOS QUE DIFICULTAM A EFETIVAÇÃO DO ACESSO À POLÍTICA DE SAÚDE 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS. REFERÊNCIAS

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 infere que no Brasil há direitos positivados, ou seja, direitos fundamentais que são divididos em direitos individuais, direitos coletivos, além de econômicos e culturais, que buscam equilíbrio entre os indivíduos e a sociedade e vice-versa, que visam à efetivação da democracia.

Na primeira seção, será abordado sobre os direitos fundamentais, estabelecidos no artigo 5º da Constituição, capítulo II teve como base a Declaração Universal dos Direitos Humanos, pois destaca que: “Os direitos humanos incluem o direito à vida e à liberdade, à liberdade de opinião e de expressão, o direito ao trabalho e à educação, entre e muitos outros. Todos merecem estes direitos, sem discriminação”. Conforme destaca Dirley da Cunha Júnior (2017, p. 526): “os direitos fundamentais buscam resguardar o homem em sua liberdade, igualdade e fraternidade”.

Direitos que devem ser prestados pelo Estado através de políticas públicas, tendo neste estudo o destaque para a política de saúde, conforme estabelecido no art. 196 da Carta Magna, conforme será abordado na segunda seção:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Com isto, presume-se que o Estado deverá promover o acesso do cidadão ao serviço de saúde, através de política específica. Para atender a tal solicitação, criou-se o Sistema Único de Saúde, através das legislações nº 8080/90 e a 8142/90, que elucidam o conjunto de ações e serviços a serem disponibilizados pelos entes federados, fundações, administração direta e indireta mantidos pelo Poder Público. Destaca-se que, anteriormente, o cidadão só tinha acesso à saúde, através dos institutos de aposentadoria e aqueles que possuíssem carteira assinada.

É a partir das legislações do Sistema Único de Saúde, que se define a responsabilidade da promoção da saúde pública entre os três níveis de governo, com objetivo de proteger, promover e recuperar a saúde da população, inclusive com complementação do serviço com à rede privada e com autorização de realização de convênios, para atender a demanda da população brasileira. Devendo considerar a evolução do crescimento populacional de modo desordenado, distribuição desigual de recursos entre as regiões brasileiras.

Na terceira seção será abordado sobre a Judicialização, conforme entendimento do Supremo Tribunal Federal, em 2019, os entes federados, a União, Estados, Distrito Federal e Municípios, possuem o dever de prestar serviços de saúde e acesso a estes, sempre objetivando o bem estar dos cidadãos, sendo assim uma responsabilidade solidária, visto que os princípios do SUS, com efetiva responsabilidade entre os referidos entes, na distribuição de medicações, investimentos em prevenção e promoção da saúde, fiscalização dos serviços etc. Entretanto, para que tais efetivações sejam realizadas, o cidadão brasileiro busca assegurar direitos a partir da provocação ao Poder Judiciário.

Este artigo foi pensado a partir de vivência direta com a política de saúde na atenção básica de saúde, média e alta complexidade, desenvolvida no Município de São Sebastião do Passé/BA, sendo que os munícipes recorrem a diversas formas de efetivação de acesso a consultas, exames (simples e complexos), acompanhamento ambulatorial, concessão de medicamentos e assistência farmacêutica, cirurgias e até mesmo o acesso a sessões de fisioterapia e, inclusive

sobre o investimento aos pacientes que fazem parte do Programa de Tratamento Fora do Domicílio (TFD).

Ante o exposto, pode-se evidenciar a existência da dicotomia entre as ações, intervenções e investimentos realizados no Município, assim como a possível dicotomia entre a reserva do possível e o mínimo existencial que poderá ser contrária a efetivação do direito social, conforme artigo 5º § 1º da Constituição Federal Brasileira.³ Em virtude disto, a metodologia utilizada, neste estudo, foi descritiva, qualitativa, com revisão bibliográfica.

Com isto, na quarta seção, deste artigo, objetivou-se apropriar-se da realidade do município, agregada a utilização de legislações vigentes, jurisprudências, artigos e periódicos, para assim, analisar quais os motivos que contribuem para a falta de efetivação do acesso aos serviços de saúde e como estes são disponibilizados. Além disto, buscar examinar os fatores que dificultam o acesso aos serviços de modo a compreender os “caminhos” percorridos pelos munícipes para atingir o objetivo primordial do SUS com equidade, universalidade e integralidade.

1 A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL À DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

Deve-se considerar que a saúde é pilar fundamental para vida, sendo considerada, desde a existência, desenvolvimento, qualidade de vida até a morte de um indivíduo. Ou seja, a saúde está diretamente conectada ao direito a vida. Entende-se, assim, que o direito social à saúde é tão fundamental, por estar mais diretamente ligado ao direito à vida, que nem precisava de reconhecimento explícito, visto que na Constituição Brasileira de 1988 dispõe que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CUNHA JÚNIOR, 2008).

Com isto, para vários doutrinadores, a saúde deve ser considerada como um direito social, que deve ser garantido independentemente do Poder Público, pois está associado à justiça social. Assim, este direito de segunda geração, surgiu após a 2ª Guerra Mundial, com o Estado de Bem Estar Social, este direito deve ser

³ Art 5º § 1º As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata.

prestado pelo Estado com e através de políticas distributivas, visto que possuem também característica de direito coletivo.

A partir de então, a saúde é vista como Direito Fundamental, conforme ratificação pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu artigo 25:

Todos os seres humanos têm direito a um padrão de vida capaz de assegurar a saúde e bem-estar de si mesmo e da sua família, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora do seu controle.

A Organização Mundial da Saúde, em 1948, inferiu que a saúde como “um estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas como a ausência de infecções ou enfermidades”. Já Silva (2009, p. 10) aduz que “os direitos sociais constituem forma de tutela pessoal”, pois estes são: “os direitos econômicos constituirão pressupostos da existência dos direitos sociais”. Para tanto, há a explicação sobre os direitos individuais, direitos coletivos, partindo da premissa que são direitos fundamentais e que buscam resguardar o homem, sua liberdade, igualdade e fraternidade. O marco para tal evolução é o reconhecimento e afirmação dos direitos fundamentais que se proclamam de modo gradual na proporção das carências do ser humano, nascidas em função das modificações das condições sociais.⁴

Com isto, entende-se que os direitos sociais garantidos na Constituição Federal possuem o objetivo de oferecer uma melhor qualidade de vida aos indivíduos, conforme afirma Cunha Júnior (2017, p. 526): “Os direitos fundamentais de primeira dimensão foram os primeiros direitos solenemente reconhecidos, o que se deu através das Declarações do século XVIII e das primeiras constituições escritas”.

Entende-se que o direito social à saúde é fundamental, por estar diretamente ligado ao direito à vida, que nem precisava de reconhecimento explícito, visto que na Constituição Brasileira, de 1988, dispõe que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução

⁴ Dirley Cunha Júnior (2008, p. 283-284) diferencia direito de defesa de direitos sociais. Ou seja, o direito de defesa têm a finalidade de proteger o indivíduo contra as investidas abusivas dos órgãos estatais e, os direitos sociais têm por objeto um atuar permanente do Estado, para garantir-lhe o mínimo existencial para existência digna no modelo de Estado de Bem-Estar Social, responsável pelo desenvolvimento da justiça social.

do risco de doença e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CUNHA JÚNIOR, 2008).

2 A EVOLUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE E A INSERÇÃO DO DIREITO A SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

Vale ressaltar que até a inclusão do direito à saúde na Constituição, o cidadão passou por trajetórias de lutas e embates, para que a população tivesse o devido acesso de modo universal e com equidade. Isto porque somente após a década de 30, as Caixas de Aposentadorias e Pensões, que realizava atendimento somente para trabalhadores de determinadas categorias e seus familiares e, segundo Paim (2009), somente os brasileiros vinculados ao mercado formal de trabalho e com carteira assinada tinham acesso à assistência médica da previdência social e confirma que o acesso à saúde não estava vinculado à condição de cidadania.

Com isto, a política de saúde esboçada em 1930 só foi consolidada no período de 1945 a 1964, quando ocorreu um crescimento relativo dos gastos da previdência social com a assistência médico-hospitalar. Nesse período, a trajetória da política de saúde começou a ser traçada, ainda que por caminhos diferentes, não se restringindo exclusivamente à saúde, mas sim à sociedade como um todo, somado as manifestações da questão social.

Com a consolidação da política nacional de saúde, em 1945, o assistente social começou a atuar nas instituições públicas de saúde, executando políticas elaboradas pelo Estado, priorizando a prática educativa com intervenções normativas no modo de vida da clientela, em relação aos hábitos de higiene e saúde (BRAVO; MATOS, 1991).

No entanto, no período da Ditadura Militar, a situação começou a se inverter, com o início do privilegiamento do setor privado de saúde, como consequência das exigências da política econômica adotada pelo regime. As políticas públicas neste momento reconheciam e legitimavam diferentes graus de cidadania e estas ofereciam, seja no plano espacial, seja no plano dos conjuntos sociais. Inicia-se o desenvolvimento de políticas com proposta celetista e excludente, dirigidos à população de baixa renda, com a utilização de tecnologia inferior, baixa qualificação profissional e o crescimento de privilégios ao setor privado de saúde como consequência das exigências da política econômica (MENDES, 1995), resultando assim em um modelo privatista de saúde que será consolidado através da ampliação

da assistência previdenciária e do estabelecimento do sistema de contrato e convênios. A saúde então será tratada como mercadoria, ficando a maioria da população com o setor público de saúde em último plano.

Entretanto, no final da década de 70 e início da década de 80, houve mudanças no cenário-político sanitário brasileiro, como o processo de democratização política do país, a crise fiscal do Estado, a falência do modelo de atenção à saúde médico privatista e a ascensão de novos atores sociais no cenário político-nacional, que se mobilizaram de forma significativa no debate sobre a política de saúde oferecida à população (BRAVO; MATOS, 1991).

O descontentamento em relação ao direcionamento da política de saúde, bem como o aprofundamento da crise econômica durante o período da Ditadura Militar, gerou uma série de protestos, resultando em meados da década de setenta, no surgimento do Movimento Sanitário, que consistiu na organização de setores progressistas de profissionais da saúde, que colocaram em debate a relação da política de saúde com a estrutura de classes da sociedade, com o intuito de propor alternativa para a superação de sistemas de saúde hegemônico.

O projeto de Reforma Sanitária construído na década de 80 tem como estratégia o Sistema Único de Saúde, tendo sido resultado de lutas e mobilização dos profissionais de saúde articulado com o movimento popular, tendo como preocupação central a concepção de um Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde.

O Sistema Único de Saúde promulgado na Constituição Federal Brasileira de 1988 é de caráter público, possui uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com representação em todas as esferas de Governo e sob o controle dos usuários. De acordo com este sistema, há a ruptura do modelo médico-assistencial e privatista de saúde e busca-se um modelo ampliado de saúde de forma universal, no qual todos os cidadãos teriam direito (COHN, 2005).

O referido sistema é regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), que são Leis complementares à Constituição. É a Lei 8080/90 que disciplina a descentralização político-administrativa do SUS, enfatizando seus aspectos de gestão e financiamento, e regulamentando as condições para promoção, proteção e funcionamento, e a Lei 8142/90 que regulamenta a participação da comunidade,

bem como as transferências intergovernamentais de recursos financeiros (BRASIL, 1990).

De acordo com o artigo 194 da citada Constituição, a seguridade social compreende o conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência de caráter contributivo e à assistência social para quem dela necessitar, independentemente da contribuição à seguridade social. Já com relação à política de saúde, o artigo 196 institui a saúde como direito de todos e dever do Estado, enquanto acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde – o que implicará posteriormente na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) que foi regulamentado pela lei 8080/90 referente ao SUS e a lei 8142/90 referente à Lei Orgânica da Saúde.

O direito à saúde foi inserido na Constituição Federal de 1988, após 40 anos que a Organização Mundial da Saúde em 1948, que reconheceu a saúde como direito social. Ratificando que o bem-estar e a justiça social, pois a reconhece como direito de todos e dever do Estado, conforme: Art. 196-A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Já para Dallari (2003), a interpretação do texto constitucional em relação ao conceito jurídico de saúde, encontra-se de forma a ser exercida pelos três entes federados, objetivando a garantia do acesso aos serviços de saúde, de modo a minimizar a proteção e promoção da saúde, sem esquecer dos fatores biopsicossociais, pois:

[...] deve ser interpretado que a legalidade obriga a organização das ações e serviços públicos destinados a garantir o direito à saúde, garantindo assim a universalidade e a igualdade de acesso, como preconizado na Constituição Federal de 1988 em seu artigo 200. Além disto, as ações básicas de fiscalização, execução, inspeção, produção de equipamentos, medicamentos, vigilância em saúde e saúde do trabalhador, nele compreendido o do trabalho, ainda que não exclusiva do conceito jurídico de saúde, contido na Constituição Federal de 1988. (DALLARI, 2003, p. 32).

A partir do reconhecimento da saúde como um dos direitos fundamentais, o Estado passou a ter o dever de elaborar intervenções positivas em prol do cidadão,

através de políticas públicas sociais e econômicas, destinadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde.

Com isto na Carta Magna é estabelecido no Art. 23, a responsabilidade solidária dos entes federados para o fornecimento dos serviços de saúde que é “competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, destaca no inciso II- cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência”.

Assim, a saúde é condição indispensável à garantia da vida humana, bem como a relação com dignidade da pessoa humana visto que no final da década de 90, o Ministério da Saúde tem apontado como principais desafios: a incorporação da agenda ético-política da Reforma Sanitária; a construção de novos modelos de fazer saúde com base na integralidade, a intersetorialidade e a atuação em equipe; o estabelecimento da cooperação entre ensino-gestão-atenção; controle social, a supressão dos modelos assistenciais voltados somente para a assistência médica.

Ressalta-se que a efetivação do direito social à saúde depende obviamente da existência de hospitais públicos ou postos públicos de saúde, da disponibilidade de vagas e leitos nos hospitais e postos já existentes, do fornecimento gratuito de remédios e existência de profissionais suficientes ao desenvolvimento e manutenção das ações e serviços públicos de saúde. Na ausência ou insuficiência dessas prestações, cabe indiscutivelmente a efetivação judicial desse direito originário à prestação (CUNHA JÚNIOR, 2008).

2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SEUS PRINCÍPIOS

O Sistema Único de Saúde brasileiro surgiu a partir da inclusão do artigo 196 na Constituição Federal de 1988, momento que ressalta que a saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo, este, garantir a saúde e o acesso a esta, à toda população brasileira. Conforme destaca: “Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou Privado”.

Somente, em 1990, é aprovado a Lei Orgânica da Saúde (LOS), pelo Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente da República, sendo assim fundamentados os pilares das formas de ações e de regulações dos serviços de

saúde em todo o território nacional, estabelecendo entre outras coisas, os princípios, as diretrizes e os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme destaca os artigos 196 e 198 da Constituição Federal.

Sobre os princípios e diretrizes do SUS, para Paim (2009), os princípios do SUS são aspectos que valorizamos nas relações sociais, a maioria derivados da moral, da ética, da filosofia, da política e do direito. Ou seja, são valores que orientam o nosso pensamento e as nossas ações. Já as diretrizes são orientações gerais de caráter organizacional ou técnico, que auxiliam as diferentes partes que compõem o sistema de saúde a seguirem na mesma direção, ou talvez, no mesmo caminho.

Destaca-se, aqui, os seguintes princípios do SUS como: o princípio da universalidade que infere o direito à saúde para todos, como o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; princípio da integralidade da assistência, onde todos devem ter acesso as ações e serviços de prevenção, promoção, disponibilizados nos níveis do sistema de saúde; princípio da igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, ou seja, que o cidadão tenha acesso universal e igualitário aos serviços e ações de saúde, previstos constitucionalmente e, por fim, entender que todos os referidos princípios, perpassam pela igualdade, conforme ratifica o artigo 5º da Constituição Federal (1988):

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes.

Vale ressaltar que a definição de saúde engloba prevenção, promoção, aspectos socioeconômicos de um povo, assim como a investidura do Estado em políticas públicas e sociais, ou seja, a saúde engloba o ser biopsicossocial, conforme estabelece o artigo 3º:

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

Ante o exposto, compreende-se que a Constituição Federal de 1988 é clara ao estabelecer em seus artigos a devida proteção ao direito à saúde, atribuindo ao Estado uma função essencial no que diz respeito ao artigo 6º da Constituição: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.”

De acordo com a Constituição Federal de 1988, no artigo 23, inciso II, é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública, ou seja, legislar sobre a defesa da saúde e, o artigo 30, inciso VII destaca que confere aos Municípios, a competência para prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e dos Estados, serviços de atendimento à saúde para população brasileira.

Para tanto, tais ações conjuntamente com a população devem seguir os seguintes objetivos do SUS: identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde; formular a política de saúde nos campos econômicos e sociais para reduzir riscos de doenças e outros agravos; e, oferecer assistência à população por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a execução de ações assistenciais e preventivas de modo a garantir às pessoas a assistência integral à sua saúde (LOS 8080/90).

Com base nos referidos artigos da Lei Orgânica de Saúde e seus objetivos, fica evidente que todas as ações, promoções e prevenções a serem efetivadas pelos Entes Federados, conforme infere o artigo 4º da LOS:

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

Para efetivação destas ações, cada Ente Federado deverá prever a destinação dos recursos à política de saúde, através Lei Orçamentária Anual (LOA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), assim, tais legislações devem obedecer e seguir: a Programação Anual de Saúde (PAS), a Lei de diretrizes orçamentárias (LDO) do exercício em questão, pois ambas devem estar em harmonia com o Plano Nacional de Saúde (PNS) e com o Plano Plurianual (PPA).

Ante exposto, fica definido para o cidadão que o Direito à Saúde é primordial ao Direito da dignidade humana e como tal não deve estar associado à politicagem, assistencialismo ou troca de prestação de favores. O malefício da saúde pode estar associado à falta de investimento digno no SUS. A saúde nos últimos anos foi vista como mercadoria e com isto o sucateamento dos serviços e instituições, expansão dos planos de saúde, pois:

O SUS fica refém, desse modo, do setor privado, apesar do seu potencial de regulação. Parte dessa situação pode ser explicada pelo subfinanciamento público da saúde no custeio e, especialmente, no que tange aos investimentos, que se fazem necessários para a expansão da rede federal, estadual e municipal. Tal situação provoca a insatisfação dos cidadãos, denúncias na mídia e, mais recentemente na chamada judicialização da saúde, em que os cidadãos buscam no Ministério Público e no Judiciário uma via para o atendimento daquilo que julgam fazer parte do seu direito à saúde (PAIM, 2009, p. 129).

Ressalta-se que no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, há a estrutura organizacional do Sistema Único de Saúde, por ser uma rede regionalizada e hierarquizada, com diretrizes como: descentralização, atendimento integral e a participação da comunidade, conforme prevê a lei 8142/90. Com isto, há recursos previstos a serem aplicados pelos entes federados, em ações e serviços de saúde, disponibilizados pela política de saúde, previsto na referida lei, que infere sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros da saúde e dá outras providências, bem como do contrato da rede privada para complementar a assistência do SUS, através de contratos e convênios, entidades filantrópicas sem fins lucrativos, vedando qualquer convênio com instituições com fins lucrativos.

Carvalho (2015) destaca que à Emenda Constitucional 29/2000 acrescentou-se a alínea “e” ao inciso VII do artigo 34, que possibilitou intervenção da União nos Estados e no Distrito Federal, caso não seja aplicado o mínimo exigido da receita resultante de impostos estaduais na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde. Tal Emenda, também, modificou o inciso III do artigo 35, prevendo a possibilidade de intervenção dos Estados nos Municípios, com o financiamento mínimo para saúde da União 10%, dos Estados 12% e os Municípios 15%.

Na contramão do reajuste escalonado para o financiamento da política de saúde no Brasil, considerando a desigualdade do acesso aos serviços de saúde nas

diversas regiões do país, em dezembro de 2016, é sancionada a PEC 241 (que objetiva amenizar o investimento em saúde e educação previstos na Constituição) e, a Emenda Constitucional 95/2016, que ratifica a referida PEC e ainda congela os gastos por 20 anos, em investimentos públicos nas áreas sociais. Tal decisão reflete diretamente no Sistema Único de Saúde, pois reduzirá investimentos em ações, prevenção e promoção à política de saúde, assim como investimentos em novas unidades hospitalares, programas, qualificações profissionais, dentre outras ações que são os princípios fundamentais da Política de Saúde e o SUS, e que irão impactar nas ações dos entes federados.

3 A JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

A saúde das pessoas e do povo tem sido preocupação constante da humanidade, desde os tempos mais remotos, sendo recente apenas a consciência mais nítida de seu relacionamento com outros aspectos da vida social e o estabelecimento de ações sistemáticas visando a proteção e a melhoria das condições de saúde (DALLARI, 2003).

Isto por que após a Segunda Guerra Mundial e após a Constituição da Organização Mundial de Saúde, pois foi inserida a definição que: “a saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. Sendo assim, não pode haver qualquer espécie de discriminação na extensão, promoção e garantia do direito à saúde e isto depende também da relação entre os cidadãos e o Estado, independentemente da realidade de cada país.

Salienta-se que é indispensável que todas as pessoas e todos os entes federados, que todos aqueles que atuam no âmbito público ou privado, na prestação de serviços, estejam conscientes de sua responsabilidade ética e de eficiência relativa à saúde, com acréscimo dos campos político, econômico e social.

No Brasil, notadamente, gasta-se pouco com saúde em comparação com outros países de igual nível de desenvolvimento econômico. Sendo possível, a partir das legislações vigentes, também ampliar os recursos destinados à saúde e diminuir os destinados a outros bens e objetivos.

Afinal, diante da escassez de recursos, a consequência dessa interpretação não é, ao contrário do que se poderia imaginar, a ampliação do acesso a serviços de

saúde a camadas da população anteriormente excluídas, visto que o acesso à política de saúde é direito de todo cidadão.

Para Dirley Cunha Júnior (2008, p. 310), os problemas de “caixa” não podem ser guindados a obstáculos à efetivação dos direitos fundamentais sociais⁵, pois imaginar que a realização desses direitos fundamentais sociais depende de “caixas cheias” do Estado significa reduzir a eficácia a zero, o que representaria uma violenta frustração da vontade constituinte e uma desmedida contradição do modelo do Estado de Bem-Estar Social.

O Brasil ocupa a 64ª posição em um ranking de 183 países que leva em consideração os gastos com saúde pública. O valor está um pouco acima da média da América Latina, que é de 3,6% do PIB. Entre os países considerados desenvolvidos, a taxa média evolui para 6,5%. A PEC do teto dos gastos impede ao menos pelos próximos dez anos, quando poderá ser revisada, o aumento desse número.

Em decorrência da falta de ampliação e administração e investimento em saúde, que Ferraz (2007) destaca “não há dúvidas de que o Judiciário é posto em situação extremamente difícil quando é chamado a proteger o direito à saúde e outros direitos sociais reconhecidos na Constituição”.

A intervenção do Poder Judiciário nas políticas públicas foi proferida pelo Supremo Tribunal Federal (STF), na Ação por Descumprimento de Preceito Fundamental nº 45-9/2004, pelo Ministro Celso de Melo, conforme resume Pelegrini Grinover (2009) que:

[...] são necessários alguns requisitos para que o Judiciário intervenha no controle de políticas públicas, até como o limite fixado pelo mínimo existencial a ser garantido ao cidadão; a razoabilidade da pretensão individual/social deduzida em face do Poder Público e a existência de disponibilidade financeira do Estado para tomar efetivas prestações positivas dela reclamada.

⁵ Dirley Cunha no Capítulo X- Teoria dos Direitos Fundamentais que temos direitos de primeira dimensão: direitos do indivíduo frente ao Estado, como direito de defesa, direitos civis e políticos; direitos de segunda dimensão que surgem com ascensão do Estado como saúde, educação, assistência social;; direitos de terceira dimensão ligado ao interesse coletivo ou difuso como: direito a segurança, direito à paz, ao reconhecimento mútuo de direitos, ao desenvolvimento e os direitos de quarta dimensão que é o resultado da universalização dos direitos na fase de institucionalização do Estado Social, ou seja democracia direta, direitos relacionados à biotecnologia.

Para tanto, Cunha Júnior (2008) destaca que mesmo o Brasil sendo um país em desenvolvimento, é importante que o Judiciário possa intervir acerca dos recursos públicos, como utilizado a reserva do possível na Alemanha. Visto que a demanda ao Poder Judiciário sobre a igualdade de acesso aos serviços de saúde disponibilizados, possa ser verdadeiramente efetivado, respeitando a Lei de Responsabilidade Fiscal e a Lei de Improbidade Administrativa pela Administração Pública.

Com isto, o Poder Público deverá atuar de modo a proporcionar à população, meios eficazes à efetivação do acesso à justiça, oferecendo ações e serviços preventivos, diagnósticos, promoção de saúde com qualidade, bem como investimentos na área de saúde, para tal efetivação e com repasses que visem melhorar a saúde pública dos brasileiros.

Há que inferir sobre o Princípio da Reserva do Possível, defendida por alguns doutrinadores, que surgiu de uma decisão do Tribunal Constitucional Federal da Alemanha em 1972, que surge como uma maneira de limitar as ações e atuação do Estado, na efetivação dos direitos sociais e fundamentais, independente destes serem direitos individuais ou coletivos, sem qualquer participação do interesse privado. Deve-se destacar que o direito à saúde é para todos e dever do Estado, sendo, com isto, direito fundamental e integra a seguridade social brasileira.

Conforme destacam os dispositivos que tratam da saúde, como o artigo 34, inciso VII, alínea "e" e 35, inciso III que possibilitam a intervenção da União nos estados e municípios quando não for aplicado o mínimo exigido da receita resultante de impostos estaduais, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde, visto que o acesso às ações, intervenções e acesso aos serviços de saúde, devem ser igualitário, universal e integral.

O referido "mínimo existencial" dependerá da avaliação do binômio da necessidade e da capacidade, tanto do Estado, quanto o cidadão que requer a efetivação de tal direito constitucional. Contudo, deve-se ter em mente a ideia de que a reserva do possível não consiste em uma limitação à atuação do Estado na prestação dos direitos sociais, mas na obrigação do Poder Público, o Ente Federado, reservar o total de recursos disponíveis para a gestão e execução das políticas públicas ligadas a tais direitos prestacionais e que se torna base sólida,

para que exista entre o princípio da reserva do possível e o mínimo existencial um equilíbrio para evitar um retrocesso nas conquistas dos direitos sociais.

4 O MUNICÍPIO DE SAÚDE DE SÃO SEBASTIÃO DO PASSÉ E A POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE

Segundo historiadores sebastianenses, o Município de São Sebastião do Passé na Bahia⁶, foi criado a partir da Freguesia de São Sebastião das Cabeceiras do Passé se deu por Alvará Régio, assinado por Dom Sebastião Monteiro de Vide em 11 de abril de 1718. A população inicial era de 2.600 pessoas, e compreendia 8 engenhos e quatro capelas (sendo uma principal e mais três filiais), tendo o açúcar e o cultivo da mandioca como principais atividades econômicas.

A lei de 26 de junho de 1880 dividiu a Freguesia de São Sebastião das Cabeceiras do Passé em dois distritos, a qual pertencia ao município da Villa de São Francisco do conde: o primeiro partindo do Engenho Natiba, à margem direita do Rio Jacuípe e dividindo-se com as freguesias do Monte, Passé e Mata de São João. O segundo, partindo da fazenda Muruema, pela margem esquerda do mesmo rio, dividindo-se pelo lado oposto, com as freguesias de Santo Antônio do Rio Fundo e Santana do Coité,

A capela de sede da freguesia teria sido erguida por uma família abastada, em homenagem ao São Sebastião, já o nome Passé apresenta diferentes versões, sendo a mais aceita, a que conta que a palavra diz respeito à sede da freguesia original, a de Nossa Senhora da Encarnação de Passé, localizado no distrito de Passé, em Candeias, de onde se desmembrou a de São Sebastião das Cabeceiras do Passé.

Até 1926, São Sebastião do Passé era considerado distrito do município de São Francisco do Conde. A sua independência ocorreu decorrente da amizade que havia entre o coronel Luís Ventura Esteves, um importante político local, e o governador da época, Francisco Marques de Góis Calmon, através da Lei Estadual nº. 1870, de 19 de julho de 1926, sendo São Sebastião do Passé oficializado como cidade em 12 de outubro deste mesmo ano.

⁶ Dados extraídos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e Tribunal de Contas do Município da Bahia.

Segundo dados do IBGE⁷ (2018), atualmente o Município possui área territorial de 536,584 km², com população estimada em 44.164 pessoas, densidade demográfica 78,30 hab/km², localizado a 58km de Salvador, com índice de desenvolvimento humano municipal (IDH) de 0,657. Já com relação a dados financeiros, o Tribunal de Contas da Bahia informa que, no ano de 2018, o valor da receita total (soma da receita própria com soma das transferências) foi de R\$ 122.432.207,63 e, no que se refere a gastos com saúde, em 2018, R\$ 15.981.955,99.

Com relação ao ano de 2019, em exercício, a Lei Orçamentária Anual nº 29 aprovada em 14 de dezembro de 2018, infere valor total da receita de R\$ 107.285.085,00 e com relação a gastos com saúde para 2019, de R\$ 20.794.241,00.

A estrutura organizacional da política de saúde é da seguinte forma: 1 Hospital de média complexidade (com enfermaria clínica, cirúrgica, pediátrica e obstétrica), além de emergência, sem tomógrafo ou aparelho de ressonância; com 12 Unidades de Saúde da Família e 1 Unidade Móvel que atende população rural e dos distritos, 97 Agentes de Saúde ativo dos 105 cadastrados, 1 Centro de Atenção Psicossocial; 1 Policlínica Municipal com 12 médicos especialistas e demais profissionais da área de saúde; 1 Central de Marcação e Regulação de Exames e Consultas; setor de Vigilância em Saúde; 1 Centro de Fisioterapia; 1 Núcleo de Apoio a Saúde da Família e 1 Unidade Básica da SAMU.

A maioria dos exames e consultas de média e alta complexidade, para efetivação e concessão, depende da pactuação entre a Secretaria Municipal de Saúde, a Secretaria de Saúde do Estado (SESAB) e o Município, para assim ampliar o acesso aos serviços de saúde à população. Mesmo com toda estrutura citada, muitos munícipes recorrem a exames particulares em clínicas externas e até mesmo Salvador.

Reconhece-se que os direitos sociais, destacados por Cunha Júnior (2008), são garantias constitucionais das condições mínimas e indispensáveis para uma existência digna. Devendo prevalecer o princípio da dignidade da pessoa humana, para aceitação de um direito subjetivo aos recursos mínimos com saúde, educação,

⁷ Segundo IBGE no censo realizado em 2010, população estimada era de 42.153 pessoas, população ocupada de 13,8%, pessoal ocupado 6.323, IDEB ensino fundamental (rede pública) 4,9 e nos anos finais de ensino fundamental 3,4, PIB per capita de 11.965,30, mortalidade infantil 10,58 óbitos por 1.000 nascidos vivos, com 6.200 famílias beneficiária do Programa Bolsa Família.

assistência e previdência social, moradia, lazer etc., que são mínimos essenciais e necessários à elevação das condições biopsicossociais do homem.

Carvalho (2015) destaca que se o direito à saúde for entendido nas dimensões fundamentais e constitucionais, poderá se observar a fragilidade do sistema, na medida em que boa parte da população sequer tem informações sobre tal direito, ou muito menos sobre seu direito de acesso à justiça e ao Judiciário. Sua chance de participação e conformação do próprio direito fica conseqüentemente comprometida – para não dizer impossibilitadas. Ante o exposto, fica evidente que o direito à saúde é primordial ao cidadão e deverá ser efetivado com a devida qualidade e relevância do ente federado.

A Lei Orgânica do Município de São Sebastião do Passé/BA trata da Política de Saúde no capítulo referente das Políticas Municipais, conforme artigos 150 a 159, versando que:

A saúde é direito de todos os munícipes e dever do Poder Público, assegurada mediante políticas sociais e econômicas que visem à eliminação do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (SÃO SEBASTIÃO DO PASSÉ, 2018, s.l.).

Observa-se que tanto na Lei Orgânica de 1990 quanto na Lei Orgânica de 2018⁸, buscou-se a concretização do direito à saúde, do que pela base fundamental do direito à saúde, visto que este é Direito Fundamental e Humano. Com isto, pode-se destacar que a União, Estados e Municípios são responsáveis por manutenção, organização, planejamento e gerenciamento dos recursos destinados à política de saúde e, em virtude disto, foi criado o Fundo Municipal de Saúde, em cada esfera de Poder com a devida competência destes, na efetiva satisfação deste direito.

Para que o Município atinja tal objetivo, destaca o artigo 151 da referida Lei Orgânica que o Município promoverá por todos os meios e alcance:

I- condições dignas de trabalho, saneamento, moradia, alimentação, educação, transporte e lazer; II- respeito ao meio ambiente e controle da poluição ambiental; III acesso universal e igualitário de todos os habitantes do Município às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, sem qualquer discriminação. (SÃO SEBASTIÃO DO PASSÉ, 2018, s.l.).

⁸ A Lei Orgânica do Município de São Sebastião do Passé/BA levou 28 anos, para ser reformulada.

Fica claro que os municípios brasileiros possuem obrigação de complementar qualquer lacuna nas legislações de normas de saúde, por também possuir competência e responsabilidade de atuação sobre tal política, devendo participar e estar também interligado aos programas de saneamento básico, com a União e o Estado, objetivando, assim, a preservação da saúde de toda população, com a seguridade do direito à Vida.

Conforme afirma artigo 153 da Lei Orgânica Municipal, sobre as atribuições do Município, no âmbito do Sistema Único de Saúde como:

- I- Planejar, organizar, gerir, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde;
- II- Planejar, programar e organizar a rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com a sua direção estadual. (SÃO SEBASTIÃO DO PASSÉ, 2018, s.l.).

4.1 COMO OCORRE O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SSP

O acesso dos munícipes aos serviços de saúde, disponibilizados pela Secretaria de Saúde do Município de São Sebastião do Passé, através do Sistema único de Saúde, é iniciado no atendimento na unidade do Programa de Saúde da Família (PSF) do bairro ou de um dos distritos (Maracangalha, Nazaré de Jacuípe e Lamarão do Passé) e ainda da Unidade Móvel, que atende os munícipes que vivem em localidades além da zona rural e com difícil acesso à sede.

O objetivo do Programa de Saúde da Família⁹ é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos cidadãos. Além disto, prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio, por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que compõem as equipes de Saúde da Família.

Todas as solicitações de exames (simples, média e alta complexidade), sejam consultas com especialistas, solicitação de cirurgia eletiva, não realizada no Município, são encaminhadas para Central de Regulação Municipal, que é responsável em realizar agendamentos e o devido encaminhamento para a rede

⁹ Definição do Ministério da Saúde.

ambulatorial do Município de Salvador e a Lista Única da SESAB, assim como a pactuação da Secretaria de Saúde de São Sebastião do Passé, com outros Municípios da Bahia.

Em virtude da grande demanda às solicitações de exames e consultas, muitas vezes decisivas para uma melhor avaliação e diagnóstico, tem ocasionado demora de agendamento das referidas solicitações e agravamentos de doença, assim como a dificuldade de aquisição de medicações de alto custo. Em decorrência da condição socioeconômica e em virtude do artigo 196 da Constituição Federal, alguns municípios recorrem ao Ministério Público Estadual da comarca local, em virtude da inaplicabilidade do Estado no direito social à saúde, visto que é um direito subjetivo, cujo objetivo é a concretização da igualdade de acesso, conforme preconiza os Direitos Fundamentais da Constituição e que o município deve se atentar a teoria da reserva do possível, em toda legislação orçamentária anual, como citado.

4.2 ASPECTOS QUE DIFICULTAM A EFETIVAÇÃO DO ACESSO À POLÍTICA DE SAÚDE

Em virtude de grande parte dos municípios serem usuários do Sistema Único de Saúde e em condição socioeconômica vulnerável e, considerando a longa demora de efetivação de consultas e exames, a demanda é superior à oferta destes. Cada Unidade de Saúde tem uma cota mensal para cada especialidade médica e demais procedimentos, alguns destes recorrem a empréstimos bancários, cartão de crédito de familiares, a assessoria dos vereadores e por último a Promotoria Local, para que se faça exercer o direito à efetivação da saúde, por ser dever do Estado e direito de todos.

A busca por “ajuda” dos representantes do Legislativo acarreta em contradição e retrocesso ao direito constitucional, ao direito fundamental, positivados na Constituição Brasileira, por deixar o cidadão refém de possíveis artimanhas políticas e de favores, que são inconstitucionais e que infelizmente ainda se presencia em diversos locais deste país.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É inegável que, no Município, o mínimo existencial que é um direito fundamental básico da vida humana deverá dispor o acesso à saúde, com a

efetivação de políticas públicas, com devido investimento, visto que para o cidadão viver, trabalhar, estabelecer relações sociais com dignidade, requer além mais da sua concreta aplicabilidade e implementação das políticas públicas brasileiras. Ratificando que sem o mínimo existencial, não é possível que o indivíduo possa ter uma vida digna, pois objetiva-se a garantia das mínimas condições para dignidade de vida humana.

Ante o exposto, fica evidente que o acesso à saúde deve ser rápido e eficiente, mesmo com a morosidade por parte da Administração Pública que alega escassez de recursos, referente a tais requerimentos, de modo a confrontar o princípio da reserva do possível e do mínimo existencial. Tais princípios, ainda são vistos como prejuízo ao cidadão que recorre ao serviço público e assim desfrutar de cuidados da assistência à saúde.

Com isto, o acesso a Promotoria Estadual pelos cidadãos sebastianense, elucida que o direito à saúde, floresce e acirra os conflitos em torno do Mínimo Existencial e da Reserva do Possível. Pois algumas decisões ainda são definidas como despesa para Administração Pública, por exigir a aplicabilidade imediata dos direitos fundamentais sociais, que é apresentada pela renúncia da presença do Estado liberal, além da indevida prestação da política de saúde, em meio ao agravamento da desigualdade, da opressão e da seletividade do acesso às políticas públicas no Brasil, visto que o princípio da dignidade da pessoa humana é a base de todos os direitos sociais.

Enfim, tais direitos devem estar efetivados através do Estado, pois os direitos sociais, para serem usufruídos, reclamam em face de sua peculiaridade, a disponibilidade das prestações materiais que constituem seu objeto, já que tutelam interesses e bens voltados à realização de justiça social.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Manuela Ferrari Miranda Alves; SANTOS, Ricardo Simões Xavier dos. A Análise da Judicialização das Políticas Públicas de Saúde Face ao Princípio da Reserva do Possível. **Jus**, jun. 2019. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/75025/a-analise-da-judicializacao-das-politicas-publicas-de-saude-face-ao-principio-da-reserva-do-possivel>. Acesso em 17 jun. 2020.
- ARTIGO 25: Direito a um padrão de vida adequado. **Nações unidas**, 20 dez. 2018. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/artigo-25-direito-a-um-padrao-de-vida-adequado/>. Acesso em: 17 jun. 2020.
- BARROSO. Luís Roberto. **Curso de Direito Constitucional Contemporâneo: conceitos fundamentais e a construção de um novo modelo**. São Paulo: Saraiva, 2018.
- BRAVO, Maria Inês de Souza; MATOS, Maurílio Castro de. A Reforma Sanitária e a Contra Reforma na Saúde. **Universidade e Sociedade**, Brasília, v.1, n. 1, fev. 1991.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Planalto, 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 17 jun. 2020.
- BRASIL. Lei nº 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. Brasília, DF: Planalto, 28 dez. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 17 jun. 2020.
- BRASIL. Lei nº 9.787 de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976. Brasília, DF: Planalto, 10 fev. 1999.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Planalto, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 17 jun. 2020.
- CARVALHO, Érica Rios de. A Judicialização das Políticas Públicas de Saúde: interlocução entre os princípios da integralidade e isonomia. Dissertação (mestrado em Políticas Sociais e Cidadania) – Universidade Católica do Salvador, UCSal, Salvador, 2015.
- COHN, Amélia; ELIAS. P. E. M. **Saúde no Brasil: políticas e organização dos serviços**. 6. ed. São Paulo: Cortez, CEDEC, 2005.
- COSTA, Tábata Silva. A judicialização da saúde: as decisões do Supremo Tribunal Federal frente ao princípio da separação dos poderes. **Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, jan./mar, n. 6, v. 1, p. 139-152, 2017.

CUNHA JÚNIOR, Dirley da. **Curso de Direito Constitucional**. 11. ed. rev. ampl. e atual. Salvador: JusPodivum, 2017.

CUNHA JÚNIOR, Dirley da. **Curso de direito constitucional**: 13. ed. Salvador: JusPODIVM, 2019.

CUNHA JÚNIOR, Dirley da. **O controle das omissões do Poder Público**: em busca de uma dogmática constitucional transformadora a luz do direito fundamental a efetivação da Constituição. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

DALLARI, Dalmo de Abreu. *Ética Sanitária*. In: ARANHA, Márcio Iório (Org.). **Direito Sanitário e Saúde Pública**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

FLEURY, Sônia. Revisitando “a questão democrática na área da saúde”: quase 30 anos depois. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 156-164, jan/abr. 2009.

GRINOVER, Ada Pellegrini. Judiciário pode intervir no controle executivo. **Consultor jurídico**, 08 maio 2009. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2009-mai-08/judiciario-intervir-executivo-controlar-politicas->. Acesso em: 17 jun. 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS. 3. ed. São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009

SÃO SEBASTIÃO DO PASSÉ. Lei Orgânica do Município de São Sebastião do Passé do Estado da Bahia. São Sebastião do Passé, BA: 2018.

SÃO SEBASTIÃO DO PASSÉ. Lei Orgânica do Município de São Sebastião do Passé do Estado da Bahia. São Sebastião do Passé, BA: 1990.

SILVA, Letícia Cardoso de Souza. **Direito Fundamental A Saúde, Dignidade da Pessoa Humana e Judicialização**: uma análise jurisprudencial. Salvador, 2015.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 32. ed. São Paulo: Malheiros, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **São Sebastião do Passé**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/sao-sebastiao-do-passe/panorama>. Acesso em: 17 jun. 2020.

RELATÓRIO ANTIPLÁGIO DO DIA 15/6/2020

Relatório do Software Anti-plágio CopySpider Para mais detalhes sobre o CopySpider, acesse: <https://copyspider.com.br>

Instruções Este relatório apresenta na próxima página uma tabela na qual cada linha associa o conteúdo do arquivo de entrada com um documento encontrado na internet (para "Busca em arquivos da internet") ou do arquivo de entrada com outro arquivo em seu computador (para "Pesquisa em arquivos locais"). A quantidade de termos comuns representa um fator utilizado no cálculo de Similaridade dos arquivos sendo comparados. Quanto maior a quantidade de termos comuns, maior a similaridade entre os arquivos. É importante destacar que o limite de 3% representa uma estatística de semelhança e não um "índice de plágio". Por exemplo, documentos que citam de forma direta (transcrição) outros documentos, podem ter uma similaridade maior do que 3% e ainda assim não podem ser caracterizados como plágio. Há sempre a necessidade do avaliador fazer uma análise para decidir se as semelhanças encontradas caracterizam ou não o problema de plágio ou mesmo de erro de formatação ou adequação às normas de referências bibliográficas. Para cada par de arquivos, apresenta-se uma comparação dos termos semelhantes, os quais aparecem em vermelho. Veja também: **Analisando o resultado do CopySpider Qual o percentual aceitável para ser considerado plágio?**

CopySpider <https://copyspider.com.br/> Page 1 of 72

Relatório gerado por CopySpider Software 2020-06-15 15:58:41

Relatório gerado por: fabianarazevedo@gmail.com

Arquivos	Termos comuns	Similaridade	ARTIGO	FABIANA	2020.1	UCSAL.doc
X	https://www.icict.fiocruz.br/content/direito-fundamental-à-saúdecondição-para-dignidade-humana	206	2,66	ARTIGO	FABIANA	2020.1 UCSAL.doc X
	http://www.stf.jus.br/portal/constituicao/artigobd.asp?item=1814	161	1,64	ARTIGO	FABIANA	2020.1 UCSAL.doc X
	https://www.jusbrasil.com.br/noticias/busca?q=Dever do estado - art. 196 da constituição federal	80	1,08	ARTIGO	FABIANA	2020.1 UCSAL.doc X
	https://www.qconcursos.com/questoes-deconcursos/questoes/9ccd3a60-f4	48	0,66	ARTIGO	FABIANA	2020.1 UCSAL.doc X
	https://www.researchgate.net/publication/334403327_Brazil's_unified_health_system_the_first_30_years_and_prospects_for_the_future	59	0,28	ARTIGO	FABIANA	2020.1 UCSAL.doc X
	https://www.significados.com.br/dignidade-da-pessoa-humana/ - Parece que o documento foi removido do site ou nunca existiu. HTTP response code: 404			ARTIGO	FABIANA	2020.1 UCSAL.doc X
	https://www.significados.com.br/dignidade-da-pessoa-humana/ - Download falhou. HTTP response code: - Received fatal alert: internal_error			ARTIGO	FABIANA	2020.1 UCSAL.doc X

<https://www.passeidireto.com/arquivo/20959613/av-1organizacao-de-politica-de-saude> - Download falhou. HTTP response code: - Unsupported record version Unknown0.0 ARTIGO FABIANA 2020.1 UCSAL.doc X
<https://jus.com.br/artigos/28983/direitos-humanos-e-o-principiofundamental-do-direito-a-vida/> - Download falhou. HTTP response code: - Received fatal alert: handshake_failure ARTIGO FABIANA 2020.1 UCSAL.doc X
<https://www.significados.com.br/direitos-fundamentais//> - - Parece que o documento foi removido do site ou nunca existiu. HTTP response code: 404
<https://www.significados.com.br/direitosfundamentais//>