

FACULDADE DE DIREITO PROFESSOR DAMÁSIO DE JESUS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU* EM DIREITO
PREVIDENCIÁRIO

SARAH ALVES MARTINS

**A ABRANGÊNCIA DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL
DIANTE DA NECESSIDADE DE REALIZAÇÃO DE
TRATAMENTO MÉDICO NO EXTERIOR**

Itumbiara

2015

SARAH ALVES MARTINS

**A ABRANGÊNCIA DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL
DIANTE DA NECESSIDADE DE REALIZAÇÃO DE
TRATAMENTO MÉDICO NO EXTERIOR**

Monografia apresentada ao curso de pós-graduação *lato sensu* em Direito Previdenciário da Faculdade de Direito Professor Damásio de Jesus, como pré-requisito à obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Professora Esp. Maria Eugênia Conde

Itumbiara

2015

MARTINS, Sarah Alves.

A abrangência do direito à saúde no Brasil diante da necessidade de realização de tratamento médico no exterior – Itumbiara, 2014. 63p.

Monografia apresentada ao curso de pós-graduação *lato sensu* em Direito Previdenciário da Faculdade de Direito Professor Damásio de Jesus, como pré-requisito à obtenção do título de Especialista, sob a orientação da Professora Esp. Maria Eugênia Conde.

SARAH ALVES MARTINS

**A ABRANGÊNCIA DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL DIANTE DA
NECESSIDADE DE REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO MÉDICO NO EXTERIOR**

Monografia apresentada ao curso de pós-graduação *lato sensu* em Direito Previdenciário da Faculdade de Direito Professor Damásio de Jesus, como pré-requisito à obtenção do título de Especialista.

BANCA EXAMINADORA:

Professora Esp. Maria Eugênia Conde - FDDJ

Nome, titulação, sigla da IES

Nome, titulação, sigla da IES

Itumbiara

2015

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, por poder concluir mais essa etapa com saúde e paz.

Agradeço aos meus pais, pelo apoio oferecido para realizar mais um curso de grande importância para minha vida profissional.

Agradeço, também, a minha orientadora, Professora Esp. Maria Eugênia Conde, pelos ensinamentos transmitidos para a realização do presente trabalho.

RESUMO

O presente trabalho analisou os preceitos do direito à saúde para fundamentar a possibilidade de concessão de tratamento de saúde oferecido no exterior e não disponibilizado no Brasil, em razão da necessidade de manutenção dos direitos à vida e à dignidade da pessoa humana. Para tanto, pontuou-se as conquistas mais importantes da sociedade na evolução do direito à saúde no país, destacando-se também as principais características do Sistema Único de Saúde, de acordo com os princípios e diretrizes norteadores em legislação pertinente. Além disso, demonstrou-se a prevalência do direito à vida em face da teoria da reserva do possível, com o intuito de excluir a hipótese do Estado se escusar de conceder o custeio de tratamento no exterior indispensável à preservação do direito à vida. Em seguida, defendeu-se a legitimidade da intervenção do Judiciário para a efetivação do direito à saúde, principalmente em se tratando de única saída para obtenção de respectivo tratamento, destacando-se, porém, a necessidade de outro caminho a seguir. Em razão disso, ressaltou-se a indispensabilidade de um novo cenário, com a possibilidade de análise, na esfera administrativa, da concessão de tratamento de saúde no exterior custeado pelo Estado, contrapondo-se a proibição prevista na Portaria n. 763/1994, vez que caracterizada a sua abusividade diante da única possibilidade de manutenção da vida dos envolvidos ser o respectivo tratamento no exterior, o que, por si só, corresponde a fundamento suficiente para a concessão.

Palavras-chave: Saúde. Sistema Único de Saúde. Financiamento. Tratamento de saúde no exterior. Direito à vida. Dignidade da pessoa humana.

ABSTRACT

This study examined the precepts of the right to health to motivate the possibility of health care concession offered abroad and not available in Brazil, because of the need of preserving the rights to life and human dignity. Therefore, were pointed out the most important achievements of society in the evolution of the right to health in the country, also highlighting the main features of the Unified Health System, in accordance with the principles and guidelines in guiding relevant legislation. Moreover, it was showed the prevalence of the right to life in the face of the theory of reserving as possible, in order to exclude the state hypothesis excuse to grant the treatment cost abroad indispensable to the preservation of the right to life. Then, was defended the legitimacy of judicial intervention for the effective implantation of the right to health, mainly due to be the only way to obtain such treatment, but highlighting the need for another way forward. As a result, was emphasized the indispensability of a new scenario, with the possibility of analysis, at the administrative level, of the health treatment abroad funded by the state, opposing the prohibition in Decree n. 763/1994, since was characterized its arbitrariness in view of the only possibility of maintaining the lives of those involved be their treatment abroad, which, in itself, is sufficient grounds for granting.

Keywords: Health. Health System Financing. Health care abroad. Right to life. Dignity of the human person.

Lista de Abreviaturas e Siglas

ADCT – Ato das Disposições Constitucionais Transitórias

AgR – Agravo Regimental

MS – Mandado de Segurança

RE – Recurso Extraordinário

STJ – Superior Tribunal de Justiça

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
1. EVOLUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL	12
2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	26
3. TRATAMENTO DE SAÚDE NO EXTERIOR: A TEORIA DA RESERVA DO POSSÍVEL <i>VERSUS</i> O DIREITO À VIDA.....	36
4. A INTERVENÇÃO DO JUDICIÁRIO NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE E A POSSIBILIDADE DE CONCESSÃO ADMINISTRATIVA DE TRATAMENTO MÉDICO NO EXTERIOR.....	46
CONCLUSÃO.....	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

INTRODUÇÃO

A saúde, conforme prevê a Constituição Federal de 1988, é direito de todos e dever do Estado. Enquadrada nos direitos sociais, é garantida por meio de políticas sociais e econômicas que têm como objetivo reduzir o risco de doenças e outros agravos.

Isso porque, desde a promulgação do atual texto constitucional, com o consequente surgimento do Sistema Único de Saúde, qualquer pessoa, independentemente de qualquer característica, como condição financeira ou filiação, pode se utilizar das ferramentas oferecidas pelo Estado para a prevenção e a manutenção da saúde.

Destaca-se porém que embora o direito à saúde tenha evoluído ao longo dos anos com relevantes melhorias à população, mormente pela previsão constitucional de acesso universal e igualitário às medidas preventivas e curativas, ele está entre os direitos fundamentais não efetivados pelo Estado, sendo elevado o número de pessoas que buscam por medidas alternativas para a sua real efetivação.

Nesse contexto, o Estado alega não possuir recursos públicos suficientes para adotar todos os procedimentos necessários, o que fez surgir a teoria da reserva do possível, que lhe dá a fundamentação para não efetivação dos direitos sociais, qualificados como de caráter prestativo, uma vez que conferem ao Estado o dever de prestação.

Ocorre que a utilização da respectiva teoria deve ser fundamentada, principalmente quando envolver a área da saúde, em que muitas situações são relacionadas aos direitos à vida e à dignidade da pessoa humana.

Dentro desse cenário, em que o Estado decide não conceder alguns tratamentos de saúde e opta por determinadas ações que considera mais importantes, encontram-se os brasileiros que dependem, para manutenção do direito à vida, de tratamento de saúde oferecido no exterior e não disponibilizado no país, uma vez que as atuais regras da Administração não lhe conferem a oportunidade de análise administrativa da respectiva concessão, conforme Portaria n. 763/1994 do Ministério da Saúde, que veda o financiamento de tratamento médico no exterior pelo Sistema Único de Saúde.

Além disso, destaca-se que ao ingressarem no Judiciário, os envolvidos se deparam com o próprio Ente Público, parte adversa, tentando se escusar da concessão por meio de fundamentos como o da referida teoria, e se utilizando até de meios protelatórios, sem elevar os direitos à vida, à dignidade da pessoa humana e à saúde à correta condição de elevado patamar.

Nota-se então que, embora legítima a intervenção do Judiciário na efetivação do direito à saúde, mormente como única saída dos envolvidos em casos como os já expostos, há a necessidade de uma alteração do atual cenário, com o intuito de se alcançar, de maneira mais célere, a preservação dos direitos acima descritos.

Assim, por meio da análise de alguns casos existentes sobre a discussão da possibilidade de tratamento de saúde no exterior relacionados ao direito à vida, uma vez que envolvem doenças graves que dependem do respectivo tratamento para a sobrevivência dos envolvidos, percebe-se que corresponde a um tema relevante e controverso dentro da seara da saúde, o que demanda uma profunda análise e será objeto do presente trabalho.

Pois bem, dentre os tópicos a serem analisados para a melhor elucidação do tema, serão pontuadas as principais conquistas da evolução do direito à saúde no país, vez que muito relevante demonstrar a participação da sociedade em busca de melhores condições de saúde ao longo dos anos, bem como a elevação do direito à saúde a condição de direito fundamental no texto constitucional.

Nesse contexto, será indispensável a análise dos princípios e diretrizes norteadores do Sistema Único de Saúde, e suas demais características que embasarão o caminho a ser seguido no presente estudo.

Além disso, de acordo com as primeiras considerações acerca da teoria da reserva do possível, confrontar-se-á a mesma com o direito à vida, com o objetivo de se concluir quais os limites da respectiva teoria, destacando-se a necessidade da manutenção do mínimo existencial e da evolução do Ente Público para um “olhar” mais voltado para as questões realmente essenciais do ser humano.

Nesse sentido, caberá destacar alguns casos que ganharam relevância social por meio das redes sociais, que conseguiram arrecadar, em parte, o dinheiro necessário para tratamento de saúde oferecido no exterior e não disponibilizado no país, diante da impossibilidade de análise, na esfera administrativa, da concessão do custeio pelo Sistema Único de Saúde.

Em seguida, após discorrer sobre a intervenção do Judiciário na efetivação do direito à saúde, destacando-se alguns julgados favoráveis do Superior Tribunal de Justiça, analisar-se-á a legitimidade da Portaria n. 793/1994, por meio do estudo das portarias anteriores que tratavam sobre o assunto, com o objetivo de se preservar o princípio da vedação ao retrocesso social.

Pelo exposto, o presente trabalho tratará da premente e relevante tarefa de se debater sobre a concessão de tratamento médico oferecido no exterior e não disponibilizado no país, com a pretensão de se concluir que os direitos e os princípios relacionados ao tema são suficientes para que, a partir da mudança do atual cenário da saúde, seja possível a análise na esfera administrativa de respectiva concessão.

1. EVOLUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

O direito à saúde passou por grandes transformações ao longo dos anos, destacando-se sua evolução quanto a busca pela implementação com qualidade e abrangência a todos.¹

Ressalta-se como um marco importante para a saúde no Brasil a criação das Santas Casas de Misericórdia, conforme afirma o autor Frederico Amado:

Historicamente, um marco importante na saúde brasileira foi o nascimento progressivo das Santas Casas de Misericórdia no século XVI, iniciando-se pela Santa Casa de São Vicente, provavelmente no ano de 1543, sendo uma estrutura de idealização portuguesa a partir do final do século XV.²

Estas Santas Casas, financiadas por doações das elites regionais e por verbas públicas, traziam a esperança de que os enfermos seriam socorridos, uma vez que, desde a colonização, elas que faziam o atendimento hospitalar à maioria da população. Ainda no século XVI, após a fundação da primeira na vila de Santos, criaram a do Espírito Santo, da Bahia, do Rio de Janeiro e da vila de São Paulo.³

O período imperial, assim, apontou algumas medidas para tentar combater as doenças existentes no território brasileiro, sem, no entanto, conseguir solucionar os sérios problemas de saúde da coletividade.⁴

Nesse contexto, a Constituição de 1824 nada previu sobre a saúde como direito reconhecido aos cidadãos, dispondo apenas sobre a garantia aos socorros públicos e o direito aos presos de viver em cadeias limpas e arejadas, conforme os incisos XXXI e XXI do artigo

¹ IBRAHIM, Fábio Zambitte. **Curso de direito previdenciário**. 19 ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2014. p. 9.

² AMADO, Frederico. **Curso de direito e processo previdenciário**. 5 ed. rev. e atual. Salvador: Juspodivm. 2014. p. 79.

³ BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. 4 ed. São Paulo: Ática. 2010. p. 11.

⁴ *Ibidem*. p. 10.

179.⁵ Destaca-se, ainda, que estabeleceu uma certa autonomia aos municípios, de acordo com o previsto no artigo 169.⁶

Em sequência, com a proclamação da República e a implantação do federalismo, a Constituição de 1891, em seu artigo 65, §2º, conferiu a facultatividade aos Estados de todo e qualquer poder ou direito, salvo o que fosse negado pela mesma e, ainda, estabeleceu em seu artigo 68 que os Estados deveriam se organizar de maneira que fosse assegurada a autonomia dos Municípios para respeito de seu peculiar interesse, mantendo-se assim a competência de várias ações de interesse para saúde aos Municípios.⁷

De acordo com as considerações de Cláudio Bertolli Filho, destaca-se que neste período os serviços sanitários estaduais substituíram as antigas juntas e inspetorias provinciais, mas foram, no entanto, muito deficientes no início, o que resultou em pouca melhoria da saúde popular e muitas críticas da população e das autoridades.⁸

Nesse cenário, novas ondas de epidemias surgiram no país, matando milhares de pessoas, o que fez com que os médicos higienistas recebessem incentivo do governo federal, passando a ocupar cargos importantes na administração pública.⁹ Em contrapartida, comprometeram-se em estabelecer estratégias para o saneamento das áreas indicadas pelos políticos, conforme se extrai do texto a seguir:

(...) Os principais objetivos da atuação desses médicos eram a fiscalização sanitária dos habitantes das cidades, a retificação dos rios que causavam enchentes, a drenagem dos pântanos, a destruição dos viveiros de ratos e insetos disseminadores de enfermidades e a reforma urbanística das grandes cidades. Deveriam também divulgar as regras básicas de higiene e tornar obrigatório o isolamento das pessoas atingidas por moléstias infecto-contagiosas e dos pacientes considerados perigosos para a sociedade. Iniciava-se a era da hospitalização compulsória das vítimas das doenças contagiosas e dos doentes mentais.¹⁰

Verifica-se assim a participação do Estado na área da saúde não mais apenas nos períodos críticos das epidemias, mas todo o tempo, em busca também da prevenção,

⁵ BRASIL. Constituição (1824). Constituição Política do Império do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao24.htm>. Acesso em: 10/10/2014 às 10:00.

⁶ “Art. 169. O exercício de suas funções municipais, formação das suas Posturas policiaes, applicação das suas rendas, e todas as suas particulares, e uteis attribuições, serão decretadas por uma Lei regulamentar.”

⁷ DALLARI, Sueli Gandolfi. Poderes Republicanos e a defesa do Direito à Saúde. Evolução da proteção do Direito à Saúde nas Constituições do Brasil. In: ALVES, S., DELDUQUE, M., DINO NETO, N. **Direito sanitário em perspectiva**. Brasília: ESMPTU, 2013. v. 2. p. 17-40. p. 30.

⁸ BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. 4 ed. São Paulo: Ática, 2010. p. 13-14.

⁹ *Idem*.

¹⁰ *Idem*.

surgindo-se a política de saúde brasileira. Nesse contexto, as transformações urbanísticas e sanitárias nas capitais estaduais e nas principais cidades do interior resultaram positivamente na higiene pública, sem, no entanto, atingir as camadas mais pobres da população, que permaneceram em condições precárias.¹¹

Diante desse cenário, o movimento da Reforma Sanitária começou a fortalecer também o movimento pelo saneamento rural, que passou a mobilizar setores das elites intelectuais e políticas brasileiras. Ainda, resultou na criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em 1920, que implementou mudanças políticas, e dos postos de profilaxia rural.¹²

Percebe-se assim a importância dessas mudanças para a saúde, conforme destaca DALLARI:

Durante a Primeira República, foram estabelecidas as bases para a criação de um sistema nacional de saúde, caracterizado pela concentração e verticalização das ações no governo central. O período que se inicia em 1930, visto como marco inicial das políticas sociais e da centralização estatal, é tributário desse processo de expansão da autoridade estatal por meio da adoção de políticas e ações de saúde orientadas por princípios e estratégias comuns, resultado das interfaces das idéias defendidas pelo movimento sanitário da época e do complexo processo de negociações que envolveu estados e o governo federal.¹³

Dentro desse contexto, muitas leis foram criadas, mas eram contraditórias e pouco garantiam aos trabalhadores em relação a assistência médica e indenização por enfermidade ou acidente de trabalho, restando aos mesmos apenas o acesso aos hospitais filantrópicos. Destaca-se, porém, a exceção prevista pela Lei Eloy Chaves, que tratou do instituto previdenciário que abrangia apenas os trabalhadores das estradas de ferros sediadas em São Paulo.¹⁴

A Lei Eloy Chaves, criada pelo Decreto n. 4.682 de 24 de janeiro de 1923, trouxe o reconhecimento legal das medidas de proteção social como políticas públicas, destacando-se a assistência médica aos abrangidos pela lei. Esta, que tratou da regulamentação da criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões, constitui marco da

¹¹ BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. 4 ed. São Paulo: Ática, 2010. p. 14, 26.

¹² LIMA, N., FONSECA C., HOCHMAN, G. A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N., GERCHMAN, S., EDLER, F. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 27-58. p. 35-36.

¹³ *Ibidem*. p. 37-38.

¹⁴ BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. 4 ed. São Paulo: Ática, 2010. p. 32-33.

Previdência Social no país e corresponde ao momento inicial da responsabilização do Estado pela concessão de benefícios e serviços.¹⁵

Em seguida, o Brasil foi tomado pela Era Vargas (1930-1945), na qual Getúlio Vargas se tornou Presidente da República pela Revolução de 1930 e promoveu uma reforma política e administrativa para afastar da administração pública os principais líderes da República Velha. Nesse contexto, criou-se o Ministério da Educação e da Saúde Pública em 1930, que remodelou os serviços sanitários do país com o intuito garantir o controle dos mesmos à burocracia federal, de acordo com o centralismo político-administrativo imposto, em que o Estado proclamava a promessa de cuidar do bem-estar sanitário da população.¹⁶

O modelo acima destacado oferecido pela Lei Eloy Chaves foi parcialmente adotado por Getúlio Vargas, que o implantou em várias categorias profissionais. A partir daí foram criados as caixas de aposentadoria e pensões e os institutos de previdência que, sob a tutela do Estado, garantiam assistência médica aos trabalhadores, ainda que por meio de um serviço irregular.¹⁷

Embora ainda houvesse muito a que ser melhorado, uma vez que muitos brasileiros ainda não tinham a garantia ao acesso aos serviços de saúde, a atuação do governo de Getúlio Vargas na área da saúde dos trabalhadores representou um elevado avanço, o que pôde ser verificado na Constituição de 1934, como a garantia à assistência médica, a licença remunerada à gestante trabalhadora e a jornada de oito horas.¹⁸

Ressalta-se que a Constituição de 1934 previu expressamente uma competência material concorrente entre a União e os Estados e, também, um dever da União, dos Estados e dos Municípios, por meio de sua própria legislação, de “amparar a maternidade e a infância”, “adotar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a mortalidade e a morbidade infantis; e de higiene social que impeçam a propagação das doenças transmissíveis” e de “cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra os venenos sociais”, de acordo com os alíneas “c”, “f” e “g”, do artigo 138. Ainda, destaca-se que com a

¹⁵ LIMA, N., FONSECA C., HOCHMAN, G. A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N., GERCHMAN, S., EDLER, F. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 27-58. p. 32.

¹⁶ BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. 4 ed. São Paulo: Ática, 2010. p. 30-31.

¹⁷ *Ibidem*. p. 33.

¹⁸ *Ibidem*. p. 34.

manutenção da autonomia dos Municípios, várias ações e serviços de saúde continuaram sob suas responsabilidades.¹⁹

Em seguida, com a instauração da ditadura, Getúlio Vargas decretou a Constituição de 1937, que manteve o reconhecimento da autonomia dos Municípios, mas restringiu as competências dos Estados. Nesse contexto, estabeleceu como competência privativa da União legislar sobre “normas fundamentais da defesa e proteção da saúde, especialmente da saúde da criança”, conforme artigo 16, inciso XXVII, e manteve a competência concorrente à União e aos Estados sobre a legislação de “obras de higiene popular, casas de saúde, clínicas, estações de clima e fontes medicinais” e as “medidas políticas de polícia para proteção das plantas e dos rebanhos contra as moléstias ou agentes nocivos”, de acordo com o artigo 18, alíneas “c” e “e”.²⁰

Com a queda da ditadura em 1945 e a redemocratização, foi promulgada a Constituição de 1946 que não trouxe grandes transformações relacionadas à saúde,²¹ mas confirmou pontos relevantes no texto constitucional, destacados a seguir:

(...) Assim, foi perfeitamente esclarecida a competência concorrente entre a União e os Estados para legislar sobre proteção e defesa da saúde (art. 5º, XV, b, c/c art. 6º) e a obrigatoriedade da assistência à maternidade, à infância e à adolescência em todo território nacional, fazendo supor uma responsabilidade solidária das três esferas de governo (art. 164). A autonomia municipal, implicando a organização dos serviços públicos locais, neles compreendidos os dedicados à saúde, foi também mantida (art. 28, II, b). Do mesmo modo, continuou assegurada ao trabalhador e à gestante a assistência sanitária, inclusive hospitalar e médica preventiva, tendo sido incluída a higiene e segurança do trabalho e a obrigatoriedade da instituição do seguro pelo empregador contra os acidentes do trabalho (art. 157, VIII, XIV, XVII). (...) ²²

Nesse mesmo período, a Organização Internacional do Trabalho definiu saúde como “um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou enfermidade”, o que foi muito válido para o âmbito da saúde.²³

O chamado período de redemocratização, que durou 19 anos, caracterizou-se pela ineficiência burocrática herdada do período anterior. O plano Salte, elaborado em 1948 e

¹⁹ DALLARI, Sueli Gandolfi. Poderes Republicanos e a defesa do Direito à Saúde. Evolução da proteção do Direito à Saúde nas Constituições do Brasil. In: ALVES, S., DELDUQUE, M., DINO NETO, N. **Direito sanitário em perspectiva**. Brasília: ESMPU, 2013. v. 2. p. 17-40. p. 30.

²⁰ *Ibidem*. p. 30-31.

²¹ *Ibidem*. p. 31-32.

²² *Ibidem*. p. 32.

²³ MARTINS, Sérgio Pinto. **Direito da Seguridade Social**. 34 ed. São Paulo: Atlas, 2014. p. 543.

que tinha como um dos objetivos a melhoria dos sistemas de saúde, não foi totalmente efetivado. Em contrapartida, foi criado o Ministério de Saúde pela Lei n. 1920 de 25 de julho de 1953, já no segundo período presidencial de Getúlio Vargas, que também não atuou com a eficácia necessária para corrigir a situação da saúde coletiva, destacando-se a falta de funcionários especializados, postos de atendimentos e equipamentos apropriados. Por tal razão, o Ministério não foi capaz de reduzir os índices de mortalidade e morbidade das doenças que atingiam os trabalhadores e demais brasileiros.²⁴

Essa realidade era contraditória diante dos projetos de desenvolvimento formulados a partir da década de 1950, que enfatizavam a necessidade de combate às endemias rurais, com destaque para a malária, relacionando saúde e doença aos problemas de desenvolvimento e da pobreza – buscava-se as relações causais e as estratégias políticas e institucionais para superação da doença e do subdesenvolvimento.²⁵

Dentro desse contexto, ressalta-se que o Ministério da Saúde tomou para si a responsabilidade de combater as doenças que atingiam principalmente a população do interior e tentou promover a educação sanitária da população rural. Em 1956, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais, que juntamente com todo o Ministério da Saúde, organizou três campanhas nacionais contra a malária, mas, em razão das deficiências e da escassez de verbas, apenas se reduziu minimamente o número de enfermos, o que fez com que a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), órgão da Organização Mundial da saúde (OMS) participasse do combate à malária no país.²⁶

Nesse sentido, vale destacar:

Os programas de controle e erradicação das chamadas doenças tropicais passaram a atrair o interesse das instituições nacionais e dos governos dos países que assumiam a liderança mundial, mas também das agências internacionais criadas para coordenar, em diversas frentes, planos globais de desenvolvimento associados à saúde. Entre elas, a Organização Mundial da saúde (OMS), a Opas – transformada então em Escritório Regional da OMS para as Américas -, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO).²⁷

²⁴ BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. 4 ed. São Paulo: Ática, 2010. p. 40.

²⁵ LIMA, N., FONSECA C., HOCHMAN, G. A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N., GERCHMAN, S., EDLER, F. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 27-58. p. 48-49.

²⁶ BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. 4 ed. São Paulo: Ática, 2010. p. 41.

²⁷ LIMA, N., FONSECA C., HOCHMAN, G. A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N., GERCHMAN, S., EDLER, F. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 27-58. p. 47.

Tem-se assim a abertura do processo de discussão e decisão para além da burocracia pública, estendendo-se ao Congresso Nacional e à politização de saúde nos congressos de higiene e nas conferências nacionais a análise sobre o tema saúde.²⁸

A situação da previdência e da saúde coletiva no Brasil representava a insatisfação dos sindicatos quanto à legislação previdenciária, tendo sido necessária a revisão pelo governo. Com a sucessão de leis federais que garantiam o atendimento à saúde dos segurados, as caixas e os institutos tiveram que aumentar o percentual de arrecadação anual. Além da ampliação da quantidade de trabalhadores e dependentes com direito ao tratamento de saúde, elevaram também os salários e as pensões pagas aos afastados temporariamente do trabalho por motivo de doença. Ainda, ressalta-se que a Previdência assumiu a assistência médico-hospitalar aos trabalhadores, o que causou a redução da qualidade dos serviços.²⁹

Nesse cenário, o setor privado de medicina postulou privilégios ao governo, como doações e empréstimos a juros baixos, com o intuito de criar uma rede de clínicas e hospitais para atender onerosamente a população. Em contrapartida, o setor político aprovou leis que garantiam esses privilégios, mas que trouxe como beneficiários apenas os que podiam arcar com os valores cobrados, ficando a população mais uma vez a mercê do deficiente atendimento público. Diante de tais dificuldades, o Estado, visando aperfeiçoar o sistema, sancionou em 1960 a Lei Orgânica da Previdência Social (Lops), que uniformizou as contribuições a serem pagar pelos trabalhadores ao instituto que eram filiados, qual seja, 8% (oito por cento) de seu salário, mas que não garantiu o equilíbrio financeiro e nem a melhoria dos serviços prestados pelos institutos.³⁰

Outro ponto a destacar corresponde a incumbência recebida pelo Ministério da Saúde, também em 1956, de desenvolver um programa voltado às crianças, uma vez que era precário o atendimento à infância e o índice de mortalidade infantil era elevadíssimo. Por meio deste, “multiplicaram-se os serviços de higiene infantil e os postos de puericultura, que incluíam em suas atividades não só o acompanhamento e a vacinação e o tratamento de crianças doentes, mas também a assistência às mães.”³¹

²⁸ LIMA, N., FONSECA C., HOCHMAN, G. A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N., GERCHMAN, S., EDLER, F. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 27-58. p. 50.

²⁹ BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. 4 ed. São Paulo: Ática, 2010. p. 43

³⁰ *Ibidem*. p. 44.

³¹ *Ibidem*. p. 45.

Ocorre porém que além da mortalidade infantil, a fome também era presente entre os brasileiros, o que fazia com que os mesmos ficassem mais vulneráveis às enfermidades e à morte. Diante desse contexto, em que intelectuais brasileiros passaram a discutir sobre o tema, foram criadas Ligas Camponesas que lutavam contra a fome, a doença e a exploração, o que levou a essas questões se tornarem assunto de interesse público³², conforme afirma BERTOLLI FILHO:

Foi nesse quadro agitado que se definiu a politização da atividade de médicos e epidemiólogos. O exercício da medicina deixou de ser entendido apenas como utilização de técnicas voltadas para melhorar a saúde da população, sem qualquer relação com os interesses das classes sociais. Em vez disso, a medicina passou a ser interpretada como uma prática social capacitada para lutar, através dos canais políticos, pelo bem-estar coletivo. Os médicos deveriam cobrar das autoridades decisões e verbas que beneficiassem sobretudo as camadas sociais mais pobres.³³

Verifica-se assim que, ainda que com limitações, os temas sobre saúde pública e assistência médica foram debatidos e decididos em um ambiente mais democrático.³⁴

Ocorre que referida convergência entre os interesses da comunidade médica e dos movimentos sanitários fez com que as questões sanitárias ganhassem força nas reivindicações dos trabalhadores urbanos e rurais. Diante desse ambiente, o presidente da época, João Goulart, teve dificuldade de conciliar o atendimento às reclamações do povo com a manutenção do apoio dos latifundiários, o que colaborou para o novo regime ditatorial de 1964.³⁵

A partir de 1964, com o golpe militar, a promessa de restaurar a ordem econômica se caracterizou pela repressão e supressão dos canais de comunicação entre o Estado e a sociedade, pela exclusão econômica de grande parcela da população e pela despolitização de temas, tratados a partir daí somente sob a visão tecnicista.³⁶

³² BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. 4 ed. São Paulo: Ática, 2010. p. 47-48.

³³ *Ibidem*. p. 48.

³⁴ DALLARI, Sueli Gandolfi. Poderes Republicanos e a defesa do Direito à Saúde. Evolução da proteção do Direito à Saúde nas Constituições do Brasil. In: ALVES, S., DELDUQUE, M., DINO NETO, N. **Direito sanitário em perspectiva**. Brasília: ESMPTU, 2013. v. 2. p. 17-40. p. 46.

³⁵ BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. 4 ed. São Paulo: Ática, 2010. p. 48.

³⁶ ESCOREL, S., NASCIMENTO, D., EDLER, F. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N., GERCHMAN, S., EDLER, F. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81. p. 60.

Conforme destaca Cláudio Bertolli Filho, “o primeiro efeito do golpe militar sobre o Ministério da Saúde foi a redução das verbas destinadas à saúde pública. Aumentadas na primeira metade da década de 60, tais verbas decresceram até o final da ditadura”.³⁷

Nesse contexto, embora o discurso oficial fosse de que a saúde constituía um “fator de produtividade, de desenvolvimento e de investimento econômico”, o Ministério da Saúde se voltou para a saúde como um elemento individual, e não mais coletivo. Assim, mesmo com o compromisso de realizar programas de saúde e saneamento, o cenário continuou o mesmo – a saúde pública se caracterizava crítica, destacando-se o desvio de parte do dinheiro investido no setor aos serviços prestados por hospitais privados aos doentes pobres e algumas campanhas de vacinação.³⁸

Em 1966, com o intuito de enfraquecer as instituições que atuavam antes do golpe militar, o governo criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que unificou todos os órgãos previdenciários e ficou subordinado ao Ministério do Trabalho. A partir daí, “o INPS deveria tratar dos doentes individualmente, enquanto o Ministério da Saúde deveria, pelo menos em teoria, elaborar e executar programas sanitários e assistir a população durante as epidemias”.³⁹

Esta fase foi marcada pela outorga da Constituição de 1967 que, em relação ao tema da saúde, manteve a competência concorrente entre a União e os Estados para legislar sobre a defesa e a proteção da saúde; a autonomia municipal para organização dos serviços públicos locais; a garantia de higiene e segurança do trabalho, assistência sanitária hospitalar e médica preventiva aos trabalhadores; bem como a obrigatoriedade da instituição do seguro pelo empregador contra os acidentes de trabalho, de acordo com os artigos 8º, VII, “c” e §2º, 16, II, “b” e 158, IX, XV, XVII, respectivamente.⁴⁰

Destaca-se também que pela Constituição de 1967, o Estado tinha o dever de apoiar as atividades privadas, em que a atuação governamental se caracterizou suplementarmente aos serviços prestados pela medicina privada. Como resultado de respectiva determinação, o INPS firmou convênios com a maioria dos hospitais do país.⁴¹

³⁷ BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. 4 ed. São Paulo: Ática, 2010. p. 51.

³⁸ *Ibidem*. p. 52.

³⁹ *Ibidem*. p. 53.

⁴⁰ DALLARI, Sueli Gandolfi. Poderes Republicanos e a defesa do Direito à Saúde. Evolução da proteção do Direito à Saúde nas Constituições do Brasil. In: ALVES, S., DELDUQUE, M., DINO NETO, N. **Direito sanitário em perspectiva**. Brasília: ESMPU, 2013. v. 2. p. 17-40. p. 32.

⁴¹ BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. 4 ed. São Paulo: Ática, 2010. p. 51.

Diante da dificuldade de governar o país com o texto constitucional vigente, a Emenda Constitucional n. 1 resultou na Constituição de 1969, que se caracterizou centralizadora, acabando com a competência legislativa entre a União e os Estados e dispondo sobre o dever da União de estabelecer e executar um “plano nacional de saúde”, conforme artigo 8º, XIV. Manteve-se, porém, a autonomia municipal para organização de serviços públicos locais, de acordo com o artigo 15, II, “b”, e se destacou a competência do Congresso Nacional de elaborar planos e programas nacionais e regionais de desenvolvimento, incluídas as ações e serviços de interesse para a saúde, conforme o artigo 43, IV⁴². Por fim, destaca-se que:

(...) Em relação aos trabalhadores, foram mantidos os direitos à higiene e segurança do trabalho e à assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva, tendo sido transferida para a previdência social a obrigação do “seguro contra acidentes do trabalho e proteção da maternidade, mediante contribuição da União, do empregador e do empregado” (art. 165, XVI). (...)⁴³

Ocorre porém que o cenário no qual estava inserida a saúde se caracterizou pelas fraudes nos hospitais privados, pela incapacidade gerencial e pela complexidade do sistema previdenciário, o que fez com que fosse criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), incorporando-se o INPS e renovando a promessa de garantia saúde aos segurados, e a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev), para conter a evasão de recursos.⁴⁴

Entre outras medidas realizadas na área da assistência médica, destaca-se a criação do Sistema Nacional de Saúde, instituído pela Lei n. 6.229 de 17 de julho 1975, e que tinha como objetivo baratear e tornar mais eficazes as ações de saúde em todo o país.⁴⁵

Embora os índices de mortalidade tenham diminuído e a expectativa média de vida aumentado nesse período, ainda havia muitas deficiências no setor da saúde. Com isso, a partir da queda do regime militar e da abertura política, muitos brasileiros começaram a lutar por melhores condições de vida. Estes, apoiados por padres e médicos sanitárias, criaram os Conselhos Populares de Saúde, que tinham o objetivo de obter melhor saneamento básico e de

⁴² DALLARI, Sueli Gandolfi. Poderes Republicanos e a defesa do Direito à Saúde. Evolução da proteção do Direito à Saúde nas Constituições do Brasil. In: ALVES, S., DELDUQUE, M., DINO NETO, N. **Direito sanitário em perspectiva**. Brasília: ESMPU, 2013. v. 2. p. 17-40. p. 33.

⁴³ *Idem*.

⁴⁴ BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. 4 ed. São Paulo: Ática, 2010. p. 51.

⁴⁵ *Ibidem*. p. 56.

conquistar a criação de hospitais nas áreas mais carentes. Ainda em razão dessa realidade, os médicos se organizaram para postular melhores condições para sua profissão e para seus pacientes, o que resultou, no final dos anos 70, no surgimento da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), que culminou no Movimento Sanitarista, em que as discussões tinham como finalidade encontrar respostas para os problemas da política de saúde nacional.⁴⁶

Como resultado dessa expressiva participação popular, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, trouxe um novo cenário, no qual se iniciou um processo de participação da sociedade nas deliberações sobre a política de saúde. Esta conferência foi muito importante para a formação dos novos conceitos constitucionais que estariam por vir, destacando-se seu relatório final, que constituiu a base da proposta da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde (SUS).⁴⁷

Percebe-se, portanto, que o amadurecimento do Estado Social juntamente com a 8ª Conferência Nacional de Saúde resultaram na positivação constitucional do direito à saúde de natureza universal.⁴⁸

Nesse sentido, vale destacar as considerações apresentadas por Sueli Gandolfi Dallari:

Em suma, a afirmação constitucional do direito à saúde foi, no Brasil, uma experiência única. Absolutamente consentânea com a evolução do direito no final século vinte, ela veio com as bases da política destinada a realizar esse direito e exigiu a participação popular para sua definição e implementação. Essa necessária participação do povo na realização do direito torna a política pública de saúde igualmente adequada aos requisitos postos pelo conceito contemporâneo de saúde, uma vez que ele implica – ao mesmo tempo – aspectos de direito individual, de direito coletivo e também difuso, que só podem ser justamente equacionados com a participação do povo em sua definição.⁴⁹

⁴⁶ BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. 4 ed. São Paulo: Ática, 2010. p. 56, 62-63.

⁴⁷ ESCOREL, S., BLOCH, R. As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. In: LIMA, N., GERCHMAN, S., EDLER, F. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 83-119. p. 97.

⁴⁸ LEITÃO, André Studart e MEIRINHO, Augusto Grieco Sant'ana. **Manual de direito previdenciário**. 2 ed. São Paulo: Saraiva. 2014. p. 98.

⁴⁹ DALLARI, Sueli Gandolfi. A Construção do Direito à Saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n.3, p. 9-34, nov. 2008/fev. 2009. p. 10. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/viewFile/13128/14932>>. Acesso em: 03/11/2014 às 13:00.

Verifica-se assim que os textos constitucionais anteriores ao de 1988 trouxeram algumas especificações sobre saúde, mas sem elevar o direito à saúde a condição de direito fundamental, o que seria alcançado a partir daí.

A Constituição Federal de 1988 trouxe uma nova roupagem ao direito à saúde. Como direito social previsto no artigo 6º, o texto constitucional disciplinou, do seu artigo 196 ao 200, as características que deveriam qualificar a efetivação da nova política de saúde no Brasil. Para tanto, foi atribuída competência comum à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para cuidar da saúde e da assistência pública, e competência concorrente à União, aos Estados e ao Distrito Federal sobre proteção e defesa da saúde, cabendo à União legislar sobre normas gerais, conforme o inciso II do artigo 23 e o inciso XII do artigo 24 c/c §1º do artigo 24, respectivamente.⁵⁰

Além disso, o texto constitucional, ao criar a Seguridade Social, dispôs que ela seria financiada com recursos provenientes dos orçamentos dos entes federativos e de contribuições sociais, sendo que no âmbito do governo federal os recursos seriam divididos entre as três esferas da Seguridade Social (Previdência, Assistência Social e Saúde). Com relação à saúde, previu-se “uma vinculação de 30% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS), excluído o seguro-desemprego, até que fosse aprovada a primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)”, de acordo com o artigo 55, do ADCT.⁵¹

Dentro desse contexto, a concepção de saúde adotada pela Constituição Federal a enquadrou como direito de todos e dever do Estado, garantida por políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, de acordo com o artigo 196 do texto constitucional.⁵²

Para efetivação das ações de saúde pública, a Constituição também instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), com atendimento integral, priorizando a prevenção de

⁵⁰ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 03/11/2014 às 10:30.

⁵¹ PIOLA, Sérgio Francisco. Financiamento público da Saúde: algumas questões. In: ALVES, S., DELDUQUE, M., DINO NETO, N. **Direito sanitário em perspectiva**. Brasília: ESMPU, 2013. v. 2. p. 86-100. p. 90.

⁵² BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 03/11/2014 às 10:45.

doenças, regionalizado, descentralizado e hierarquizado, no âmbito das três esferas de governo, e com a participação da comunidade, conforme estabelece o artigo 198.⁵³

Dentro desse cenário, destaca-se também o artigo 199 da Constituição Federal, que confirmou a possibilidade de assistência médica livre à iniciativa privada. Dessa forma, previu a existência de um sistema de saúde suplementar ao SUS, de acordo com a expansão do setor privado promovida pelo próprio Estado na década de 70.⁵⁴

Ainda, além do texto constitucional que também trouxe as competências do SUS (art. 200)⁵⁵, outras leis regularam matérias relacionadas à saúde até os dias atuais, destacando-se as Leis n. 8.080 e 8.689.

A Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, revogou a Lei n. 6.229/75 e passou a tratar da saúde, dispondo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Desta, vale ressaltar o artigo 7º, que prevê os princípios que devem ser observados pelas ações e serviços de saúde.⁵⁶

A Lei n. 8.689, de 27 de julho de 1993, extinguiu o INAMPS – Instituto de Assistência Médica da Previdência Social,⁵⁷ que conjugava a previdência social e a saúde, uma vez que o direito à saúde estava interligado à manutenção do regime pelos trabalhadores contribuintes. A partir daí, as ações da área da saúde passaram para a responsabilidade direta do Ministério da Saúde, por meio do SUS.⁵⁸

Durante esse período, mesmo com a previsão de recursos para a saúde, esta não foi respeitada, instaurando-se uma crise no financiamento do setor de saúde, o que resultou na criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), por meio da Emenda Constitucional n. 12, de 15 de agosto de 1996, que acrescentou o artigo 74, no

⁵³ AMADO, Frederico. **Curso de direito e processo previdenciário**. 5 ed. rev. e atual. Salvador: Juspodivm, 2014. p. 84.

⁵⁴ UGÁ, M., MARQUES, R. O Financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N., GERCHMAN, S., EDLER, F. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 83-119. p. 193.

⁵⁵ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 03/11/2014 às 23:00.

⁵⁶ BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 03/11/2014 às 23:00.

⁵⁷ MARTINS, Sérgio Pinto. **Direito da Seguridade Social**. 34 ed. São Paulo: Atlas, 2014. p. 543.

⁵⁸ IBRAHIM, Fábio Zambitte. **Curso de direito previdenciário**. 19 ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2014. p. 8.

ADCT, possibilitando à União a instituição da mesma para o financiamento das ações e serviços de saúde.⁵⁹

Destaca-se porém que, em razão de seu caráter provisório, buscou-se uma solução mais abrangente para o financiamento do SUS, o que resultou na aprovação da Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000, que acrescentou o artigo 77, do ADCT.⁶⁰

A partir daí, conforme Fábio de Barros Correia Gomes ressaltou:

Os estados deveriam aplicar um mínimo de 12% de suas receitas em ações e serviços de saúde, e os municípios, 15%. À União não foi exigido percentual de vinculação de receita, mas em 2000, deveria aplicar o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999, acrescido de, no mínimo, cinco por cento. Entre 2001 e 2004, a União deveria aplicar o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).⁶¹

Com isso, embora tenham estabelecido mais estavelmente as previsões, após muitas propostas, somente em 2012, com a Lei Complementar n. 141, que a respectiva emenda foi regulamentada.⁶²

Pois bem, diante do histórico apresentado, verifica-se que o conceito de saúde evoluiu consideravelmente até os dias atuais, principalmente quanto à legislação pertinente. Destaca-se, no entanto, que embora haja um embasamento legal para o acesso a todos, a realidade do SUS é diversa da idealizada, uma vez que o oferecido aos brasileiros não é suficiente para que muitos consigam ter saúde e, conseqüentemente, dignidade e direito à vida.

⁵⁹ GOMES, Fábio de Barros Correia. Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da emenda 29/00. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, p. 6-17, jan./março.2014. p. 4 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n100/0103-1104-sdeb-38-100-0006.pdf>>. Acesso em: 18/12/2014 às 14:16.

⁶⁰ PIOLA, Sérgio Francisco. Financiamento público da Saúde: algumas questões. In: ALVES, S., DELDUQUE, M., DINO NETO, N. **Direito sanitário em perspectiva**. Brasília: ESMPU, 2013. v. 2. p. 86-100. p. 91.

⁶¹ GOMES, Fábio de Barros Correia. Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da emenda 29/00. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, p. 6-17, jan./março.2014. p. 5. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n100/0103-1104-sdeb-38-100-0006.pdf>>. Acesso em: 18/12/2014 às 14:16.

⁶² BRASIL. Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm>. Acesso em: 19/12/2014 às 10:46.

2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde, conforme já destacado, representou um grande avanço para a sociedade brasileira. Embora marcado por um cenário de muitas injustiças, pode-se dizer que, sob a lógica de sua organização e, conforme os valores que o definem, corresponde a um modelo exemplar a ser realmente efetivado.⁶³

Anteriormente a sua implantação, somente uma parcela de brasileiros tinha o direito à saúde assegurado em lei – os trabalhadores que contribuía para a previdência - enquanto que os demais tinham que recorrer às Santas Casas.⁶⁴

É o que se extrai do texto a seguir:

Com esse modelo, consubstanciado na Constituição de 1988, foi deixado para trás o período histórico em que para ser atendido por uma unidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (o antigo INAMPS), o cidadão tinha que apresentar sua carteira de trabalho, comprovando que individualmente contribuía mensalmente para a previdência. (...)⁶⁵

De acordo com o Ministério da Saúde, “o Sistema Único de Saúde é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. (...)”⁶⁶

Da maneira como é atualmente, o SUS corresponde a um “produto de um grande esforço coletivo de mobilização no país, que culminou em sua oficialização no ano de 1988, ao ser decretada a nova Constituição Brasileira, que reza que a saúde é direito do cidadão e dever

⁶³ CARVALHO, Déa. et. al. O Sistema Único de Saúde, uma retrospectiva e principais desafios. In: ALVES, S., DELDUQUE, M., DINO NETO, N. **Direito sanitário em perspectiva**. Brasília: ESMPU, 2013. v. 2. p. 71-86. p. 72.

⁶⁴ IBRAHIM, Fábio Zambitte. **Curso de direito previdenciário**. 19 ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2014. p. 9.

⁶⁵ CARVALHO, Déa. et. al. O Sistema Único de Saúde, uma retrospectiva e principais desafios. In: ALVES, S., DELDUQUE, M., DINO NETO, N. **Direito sanitário em perspectiva**. Brasília: ESMPU, 2013. v. 2. p. 71-86. p. 75.

⁶⁶ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal da Saúde – Entenda o SUS. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/entenda-o-sus>>. Acesso em: 18/12/2014 às 16:05.

do Estado”. Assim, inserido na Constituição Federal de 1988, a sua edificação foi emblemática na construção democrática que o país retomou no fim da década de 80.⁶⁷

Nesse sentido, vale ressaltar as considerações de Jairnilson Silva Paim:

A proposta do SUS está vinculada a uma ideia central: todas as pessoas têm direito à saúde. Este direito está ligado à condição de cidadania. Não depende do “mérito” de pagar previdência social (seguro social meritocrático), nem de provar condição de pobreza (assistência do sistema de proteção), nem do poder aquisitivo (mercado capitalista), muito menos da caridade (filantropia). Com base na concepção de seguridade social, o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminações ou privilégios.⁶⁸

A implementação do SUS se iniciou nos primeiros anos da década de 1990, após a promulgação da Lei n. 8.080/90 - Lei Orgânica da Saúde, complementada pela Lei n. 8.142/90, que foram fundamentais para orientar a operacionalização do sistema de saúde, uma vez que a primeira definiu os objetivos e atribuições do SUS e a segunda estabeleceu as regras gerais para a participação popular e financiamento.⁶⁹

Pautado no artigo 196 do texto constitucional, que atendeu ao princípio da universalidade da cobertura e do atendimento, vez que se dirigiu a todas as etapas – promoção, proteção e recuperação – e garantiu a todos o direito e o acesso igualitários às ações e serviços de saúde,⁷⁰ o SUS foi instituído com atendimento integral, regionalizado, descentralizado e hierarquizado, no âmbito das três esferas de governo, conforme artigo 198, do mesmo diploma.⁷¹

Nesse sentido, ressalta-se que o SUS corresponde ao “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e

⁶⁷ CARVALHO, Déa. et. al. O Sistema Único de Saúde, uma retrospectiva e principais desafios. In: ALVES, S., DELDUQUE, M., DINO NETO, N. **Direito sanitário em perspectiva**. Brasília: ESMPU, 2013. v. 2. p. 71-86. p. 71.

⁶⁸ PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 148 p. p. 43.

⁶⁹ CRUZ, Marly Marques da. Histórico do sistema de saúde, proteção social e direito à saúde. In: Gondim R, Graboys V, Mendes Junior WV (organizadores). **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, 2011. p. 35-46. p. 41. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12543&Tipo=B>>. Acesso em: 02/12/2014 às 10:43.

⁷⁰ SANTOS, Marisa Ferreira dos. **Direito previdenciário esquematizado**. Coordenação: Pedro Lenza. 4 ed. São Paulo: Saraiva, 2014. p.101.

⁷¹ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 03/11/2014 às 23:00.

municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.”⁷²

Pois bem, com relação às competências do SUS, destaca-se que compete ao mesmo, de acordo com o artigo 200, da Constituição Federal - “*in verbis*”:

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.⁷³

Ao tratar sobre o SUS, é fundamental destacar também a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que foi promulgada para dispor “sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”, além de outras providências.⁷⁴

Respectiva lei, após reafirmar os conceitos previstos na Constituição Federal, em destaque a elevação da saúde como direito fundamental do ser humano, traz os objetivos, as atribuições, os princípios do SUS, importantíssimos para análise do tema.⁷⁵

⁷² MARTINS, Sérgio Pinto. **Direito da Seguridade Social**. 34 ed. São Paulo: Atlas, 2014. p. 548.

⁷³ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 03/11/2014 às 23:00.

⁷⁴ BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 27/11/2014 às 11:03.

⁷⁵ *Idem*.

De acordo com seu artigo 5º, são objetivos do SUS a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do dever do Estado de garantir a saúde com a formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e outros agravos e o estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação; e 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.⁷⁶

Em se tratando das atribuições do SUS, dentre as incluídas no seu campo de atuação, cabe destacar a execução de ações de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica, de saúde do trabalhador e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.⁷⁷

Além disso, ressalta-se o artigo 7º, que prevê os princípios e diretrizes a serem seguidos pelo SUS:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

⁷⁶ BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 28/11/2014 às 10:30.

⁷⁷ AMADO, Frederico. **Curso de direito e processo previdenciário**. 5 ed. rev. e atual. Salvador: Juspodivm. 2014. p. 85.

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.⁷⁸

Pois bem, por universalização do direito à saúde, entende-se como “(...) a garantia de que todos os cidadãos, sem privilégios ou barreiras, devem ter acesso aos serviços de saúde públicos e privados conveniados, em todos os níveis do sistema, garantido por uma rede de serviços hierarquizada e com tecnologia apropriada para cada nível. (...)”.⁷⁹

Com relação à descentralização com direção única para o sistema, trata-se da distribuição das responsabilidades entre os vários níveis de governo – União, estados, municípios e Distrito Federal – com base no fundamento de que a proximidade do gestor dos problemas de uma comunidade oferece maiores chances de acerto na resolução dos mesmos. Como diretrizes, a descentralização engloba: a regionalização e a hierarquização dos serviços; a organização de um sistema; a maior resolutividade; a maior transparência na gestão do sistema e; por fim, a entrada da participação popular e o controle social.⁸⁰

Assim, a competência comum traz aos entes federativos um mesmo dever de prestação de serviços, devendo destacar a direção única em cada esfera de governo, com o

⁷⁸ BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 28/11/2014 às 10:30.

⁷⁹ CRUZ, Marly Marques da. Histórico do sistema de saúde, proteção social e direito à saúde. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV (organizadores). **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, 2011. p. 35-46. p. 39. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibetalhesBiblioteca.cfm?ID=12543&Tipo=B>>. Acesso em: 02/12/2014 às 10:43.

⁸⁰ *Ibidem*. p. 40.

intuito de coibir que diversos órgãos ou setores possam cuidar da saúde em uma mesma esfera de governo.⁸¹

A respeito da integralidade da atenção à saúde, destaca-se:

É o reconhecimento, na prática, de que:

- o usuário do sistema é um ser integral, participativo no processo de saúde-doença e capaz de promover saúde;
- as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um sistema único e integral e por isso devem atender em todos os níveis de complexidade, referenciando o paciente aos serviços na medida em que for necessário o atendimento;
- cada comunidade deve ser reconhecida dentro da realidade de saúde que apresenta, entendida em sua integralidade;
- promover saúde significa dar ênfase à atenção básica, mas não prescinde de atenção aos demais níveis de assistência.⁸²

Percebe-se assim que o atendimento integral envolve a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, ou seja, busca-se compatibilizar ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, com o objetivo de garantir uma assistência efetiva e de qualidade.⁸³

Ainda, destaca-se a importância da participação popular visando ao controle social, vez que corresponde à “garantia constitucional de que a população, por meio de suas entidades representativas, pode participar do processo de formulação das políticas e de controle de sua execução”.⁸⁴

Nesse sentido, ressalta-se:

A participação da comunidade expressa uma orientação para democratizar os serviços e as decisões em relação à saúde. (...) No caso brasileiro, a

⁸¹ SANTOS, Lenir. A direção única em casa esfera de governo: a melhor hermenêutica. In: OLIVEIRA, Neilton Araújo de (Org). **DIREITO SANITÁRIO: Oportuna discussão via coletânea de textos do ‘blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania’**. ANVISA, CONASEMS, CONASS. Brasília, 2012. p. 305-306. p. 305.

⁸² CRUZ, Marly Marques da. Histórico do sistema de saúde, proteção social e direito à saúde. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV (organizadores). **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, 2011. p. 35-46. p. 40. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12543&Tipo=B>>. Acesso em: 02/12/2014 às 10:43.

⁸³ PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 148 p. p. 50.

⁸⁴ CRUZ, Marly Marques da. Histórico do sistema de saúde, proteção social e direito à saúde. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV (organizadores). **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, 2011. p. 35-46. p. 40. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12543&Tipo=B>>. Acesso em: 02/12/2014 às 10:43.

participação da comunidade era, também, um dos caminhos para a superação do autoritarismo impregnado nos serviços e nas práticas de saúde desde os governos militares, criando espaços para o envolvimento dos cidadãos nos destinos do sistema de saúde. Além da perspectiva do exercício da democracia no cotidiano dos serviços de saúde, esta diretriz busca assegurar o controle social sobre o SUS. Assim, a comunidade pode participar na identificação de problemas e no encaminhamento das soluções, bem como fiscalizar e avaliar as ações e os serviços públicos de saúde.⁸⁵

Vale mencionar também que o artigo em questão traz como princípios a independência das pessoas, que são autônomas na defesa de sua integridade física e moral; a igualdade no atendimento, em que os serviços são iguais para todos; e o direito à informação, uma vez que os destinatários têm direito à informação sobre sua saúde.⁸⁶

Por fim, destaca-se as considerações de Wladimir Novaes Martinez, que pontua claramente os demais princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde, conforme o dispositivo analisado:

(...)

f) potencial da capacidade instalada — o Estado é obrigado a divulgar o potencial dos serviços de saúde e a possibilidade de utilização pelos usuários.

g) uso da epidemiologia — ela é recomendada para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática.

h) participação da comunidade — todos são convocados a um grande esforço nacional em favor da higidez.

i) descentralização político-administrativa — cometimento a níveis inferiores de administração com direção única em cada esfera de governo.

j) ênfase na descentralização dos serviços — os Municípios são enfaticamente os executores dos programas.

k) programação administrativa — regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

l) integração em nível executivo — as ações de saúde são integradas com programas relativos ao meio ambiente e ao saneamento básico.

m) conjugação dos recursos — os meios financeiros, tecnológicos, materiais e humanos dos entes políticos são canalizados na prestação de serviços à comunidade;

n) independência de decisão — capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

⁸⁵ PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 148 p. p. 51.

⁸⁶ MARTINEZ, Wladimir Novaes. **Curso de direito previdenciário**. 5 ed. São Paulo: LTr, 2013. p. 191.

o) coordenação da azienda – organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.⁸⁷

Pois bem, após a apresentação das principais características do Sistema Único de Saúde, previstas na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde, cabe dispor sobre os critérios de transferência de recursos para a área da saúde, importantíssimos para a efetivação do direito social em estudo.

O Sistema Único de Saúde é financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.⁸⁸ De acordo com o artigo 31, da Lei n. 8.080/90, respectivo orçamento destinará ao SUS de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.⁸⁹

Nesse sentido, destaca-se que a Constituição Federal, em seu artigo 198, §2º, prevê que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão aplicar, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre suas arrecadações tributárias, bem como de “parcela dos valores obtidos a partir de repasses da União e dos Estados e dos Fundos de Participação de Estados e Municípios”.⁹⁰

Respectivos recursos mínimos, de acordo com o §3º, deveriam ser regulamentados por lei complementar, reavaliada a cada cinco anos, que estabelecerá os percentuais de receitas vinculados à saúde dos entes federativos, os critérios de rateio interfederativo, e o controle e fiscalização dos recursos do SUS.⁹¹

Assim, em 13 de Janeiro de 2012 foi promulgada a Lei Complementar n. 141/2012 para regulamentar o artigo 198, § 3º, do texto constitucional, que previu os percentuais mínimos aplicados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em saúde.⁹²

⁸⁷ *Idem.*

⁸⁸ IBRAHIM, Fábio Zambitte. **Curso de direito previdenciário**. 19 ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2014. p. 9.

⁸⁹ BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 03/12/2014 às 11:30.

⁹⁰ IBRAHIM, Fábio Zambitte. **Curso de direito previdenciário**. 19 ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2014. p. 9.

⁹¹ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 03/12/2014 às 11:47

⁹² BRASIL. Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm>. Acesso em: 03/12/2014 às 11:58.

Em se tratando da União, ficou previsto que, de acordo com o *caput* do artigo 5º, *in verbis*:

A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do PIB ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.⁹³

Ainda com relação à União, estabeleceu a respectiva lei, no parágrafo segundo, do mesmo dispositivo, que em caso de variação negativa do Produto Interno Bruto (PIB), os recursos não poderão ser reduzidos.⁹⁴

Já a respeito dos demais entes federativos, conforme previsão do próprio texto constitucional em seu artigo 198, § 2º, incisos II e III, previu a lei, em seus artigos 6º e 7º, que os Estados deverão aplicar, no mínimo, 12% (doze por cento) dos recursos em ações e serviços de saúde, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos Municípios, e os Municípios, no mínimo, 15% (quinze por cento).⁹⁵

Destaca-se ainda que haverá o rateio dos recursos da União e dos Estados aos demais entes federativos, de acordo com as necessidades da população e as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, com o intuito de reduzir as desigualdades sociais, conforme preceitua o inciso II, do parágrafo terceiro, do artigo 198 do texto constitucional.⁹⁶

Nesse sentido, a fim de pontuar os critérios a serem observados no rateio dos recursos da União, vale destacar o artigo 17, da respectiva lei, *in verbis*:

Art. 17. O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do **caput** dos arts.18 e 22 aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal.

⁹³ BRASIL. Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm>. Acesso em: 03/12/2014 às 11:58.

⁹⁴ *Idem.*

⁹⁵ *Idem.*

⁹⁶ *Idem.*

§ 1o O Ministério da Saúde definirá e publicará, anualmente, utilizando metodologia pactuada na comissão intergestores tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, os montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde.

§ 2o Os recursos destinados a investimentos terão sua programação realizada anualmente e, em sua alocação, serão considerados prioritariamente critérios que visem a reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde.

§ 3o O Poder Executivo, na forma estabelecida no inciso I do **caput** do art. 9o da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, manterá os Conselhos de Saúde e os Tribunais de Contas de cada ente da Federação informados sobre o montante de recursos previsto para transferência da União para Estados, Distrito Federal e Municípios com base no Plano Nacional de Saúde, no termo de compromisso de gestão firmado entre a União, Estados e Municípios.⁹⁷

Ao tratar sobre a respectiva Lei, é importante mencionar que a Presidente vetou alguns dispositivos do texto aprovado pelo Congresso Nacional, conforme previsto em mensagem de veto.⁹⁸ Com isso, embora tenha fixado conceitos fundamentais para definir os gastos com a saúde, a Lei deixou de atingir seu principal objetivo, qual seja, o de proteger e elevar significativamente os recursos destinados à área da saúde para um efetivo desenvolvimento do SUS.⁹⁹

Nesse sentido, cabe ressaltar o texto a seguir:

Portanto, percebe-se que o SUS apresenta um dinamismo relacional em permanente tensão entre os direitos e deveres do indivíduo e as atribuições do Estado. No bojo do sistema se configuram relações sociais e políticas que expressam o conflito de interesses e as assimetrias sociais vigentes no Brasil. O SUS é uma arena onde tem lugar as complexas relações Estado-sociedade e onde contracenam os projetos de sociedade e de nação que vigoram nas diversas forças sociais nele presentes. (...)¹⁰⁰

⁹⁷ BRASIL. Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm>. Acesso em: 03/12/2014 às 11:58.

⁹⁸ *Idem*.

⁹⁹ GOMES, Fábio de Barros Correia. Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da emenda 29/00. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, p. 6-17, jan./março.2014. p. 16. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n100/0103-1104-sdeb-38-100-0006.pdf>>. Acesso em: 18/12/2014 às 14:16.

¹⁰⁰ CARVALHO, Déa. et. al. O Sistema Único de Saúde, uma retrospectiva e principais desafios. In: ALVES, S., DELDUQUE, M., DINO NETO, N. **Direito sanitário em perspectiva**. Brasília: ESMPU, 2013. v. 2. p. 71-86. p. 73-74.

Percebe-se assim que a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e as melhoras gradativas conquistadas ao longo desses anos refletem a realidade do cenário brasileiro em busca da real efetivação do direito à saúde a todos.

3. TRATAMENTO DE SAÚDE NO EXTERIOR: A TEORIA DA RESERVA DO POSSÍVEL *VERSUS* O DIREITO À VIDA

Conforme anteriormente destacado, a Constituição Federal de 1988 garante o direito à saúde a todos, como um dever do Estado. Ocorre porém que este se vale, em muitas situações, da teoria da reserva do possível,¹⁰¹ tirando de si a responsabilidade de oferecer, efetivamente, saúde com qualidade e a todos.

O princípio da reserva do possível, de acordo com as considerações de Sérgio Francisco Piola, “fundamenta-se na ideia de que os recursos públicos, necessários à efetivação de direitos sociais, não são ilimitados” e que, diante das limitações dos recursos financeiros, humanos e físicos, devem ser feitas escolhas.¹⁰²

Como se sabe, para a efetiva concretização dos direitos sociais, é necessária a disponibilidade financeira do Estado, podendo este se valer, em casos específicos, da cláusula “reserva do financeiramente possível”, desde que consiga demonstrar sua impossibilidade financeira, já que não pode deixar de cumprir suas obrigações sob uma alegação genérica de não existir recursos suficientes.¹⁰³

Nesse sentido, destaca-se uma crítica apresentada sobre o tema:

(...) O que tem sido, de fato, falaciosa, é a forma pela qual muitas vezes a reserva do possível tem sido utilizada entre nós como argumento impeditivo da intervenção judicial e desculpa genérica para a omissão estatal no campo da efetivação dos direitos fundamentais, especialmente de cunho social. Assim, levar a sério a “reserva do possível” (e ela deve ser levada a sério, embora sempre com as devidas reservas) significa também, especialmente em face do sentido do disposto no art. 5, § 1, da CF, que cabe ao poder público o ônus da comprovação da falta efetiva dos recursos indispensáveis à satisfação

¹⁰¹ BARCELLOS, Ana Paula. O direito a prestações de saúde: complexidades, mínimo existencial e o valor das abordagens coletiva e abstrata. **Revista da Defensoria Pública**, ano 1, v.1, n. 1, p. 133-160, jul./dez. 2008, ISSN 1984-283X. p. 150. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/20/documentos/outros/Revista%20n%C2%BA%201%20Volume%201.pdf>>. Acesso em: 20/12/2014 às 10:00.

¹⁰² PIOLA, Sérgio Francisco. Financiamento público da Saúde: algumas questões. In: ALVES, S., DELDUQUE, M., DINO NETO, N. **Direito sanitário em perspectiva**. Brasília: ESMPU, 2013. v. 2. p. 86-100. p. 95.

¹⁰³ PAULO, Vicente, ALEXANDRINO, Marcelo. **Direito Constitucional descomplicado**. 8 ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: MÉTODO, 2012. p. 251.

dos direitos a prestações, assim como da eficiente aplicação dos mesmos.
(...)¹⁰⁴

Ressalta-se ainda, de acordo com o artigo 6º do texto constitucional, que o direito à saúde é um direito social, em que se exige do Estado prestações positivas para sua garantia e efetividade,¹⁰⁵ estando intimamente relacionado ao direito à vida¹⁰⁶, que possui estreita ligação com o princípio da dignidade da pessoa humana, previsto no artigo 1º, inciso III, do mesmo diploma.¹⁰⁷

Desta forma, o seu não cumprimento está diretamente relacionado ao desrespeito aos principais direitos previstos na Constituição, quais sejam, à vida e à dignidade da pessoa humana.

Nesse sentido, Sérgio Martins Pinto destaca que “do direito à vida (art. 5º da Constituição), e da dignidade da pessoa humana, a consequência é o direito à saúde. Não se pode falar em direito à vida, sem que se garanta o acesso ou o direito à saúde.”¹⁰⁸

Assim, entende-se ser incabível, em se tratando do direito à saúde, a alegação da teoria da reserva do possível que não preserve a manutenção da vida, uma vez que a mesma estabelece que o Estado poderá utilizá-la, em razão de suas dificuldades orçamentárias, para se eximir da obrigação de efetivamente garantir uma prestação, mas desde que assegurado o direito ao mínimo existencial.¹⁰⁹

Conforme exposto, o Ministro Celso de Mello do STF destacou no RE 393.175 AgR de 12.12.2006:

¹⁰⁴ SARLET, Ingo Wolflang. FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. **Revista da Defensoria Pública**, ano 1, v. 1, n. 1, p. 179-234, jul./dez. 2008, ISSN 1984-283X. p. 205. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/20/documentos/outros/Revista%20n%C2%BA%201%20Volume%201.pdf>>. Acesso em: 20/12/2014 às 10:00.

¹⁰⁵ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 03/11/2014 às 10:30.

¹⁰⁶ PIOVESAN, Flávia. Justiciabilidade dos direitos sociais e econômicos: desafios e perspectivas. **Revista da Defensoria Pública**, ano 1, v. 1, n. 1, p. 161-178, jul./dez. 2008, ISSN 1984-283X. p. 172. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/20/documentos/outros/Revista%20n%C2%BA%201%20Volume%201.pdf>>. Acesso em: 20/12/2014 às 10:00.

¹⁰⁷ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 03/11/2014 às 10:30.

¹⁰⁸ MARTINS, Sérgio Pinto. **Direito da Seguridade Social**. 34 ed. São Paulo: Atlas, 2014. p. 544.

¹⁰⁹ SARLET, Ingo Wolflang. FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. **Revista da Defensoria Pública**, ano 1, v. 1, n. 1, p. 179-234, jul./dez. 2008, ISSN 1984-283X. p. 152. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/20/documentos/outros/Revista%20n%C2%BA%201%20Volume%201.pdf>>. Acesso em: 20/12/2014 às 10:00.

O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art. 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular – e implementar – políticas sociais e econômicas idôneas que visem a garantir, aos cidadãos, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar.

O direito à saúde – além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas – representa consequência constitucional indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema de saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional.¹¹⁰

Pois bem, demonstrada a importância da efetivação do direito à saúde, principalmente por sua estrita relação com o direito à vida, cabe destacar, dentre os diversos temas polêmicos existentes, a questão controvertida da possibilidade de tratamento médico no exterior.

Isso porque, conforme transcreve Frederico Amado, em regra, há denegação ao tratamento de saúde no exterior, sob a alegação da reserva do possível, em que a Administração Pública o faz por optar por ações que considera mais importantes, em razão da inexistência de recursos públicos disponíveis para a adoção de todos os procedimentos desejados na área da saúde.¹¹¹

Ocorre porém que embora a realidade seja, na maioria dos casos, de denegação de tratamento médico no exterior, entende-se que a necessidade de respectivo procedimento inexistente no Brasil para manutenção dos direitos à saúde e à vida, juntamente com a comprovação científica da eficácia clínica fora do país, correspondem a requisitos suficientes para a concessão.¹¹²

¹¹⁰ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Agravo Regimental no Recurso Extraordinário n. 393.175/RS, Segunda Turma. Relator Ministro Celso de Mello. Brasília, DF. Julgado em 12/12/2006. DJ 02/02/2007. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br>>. Acesso em: 16/11/2014 às 12:00.

¹¹¹ AMADO, Frederico. **Curso de direito e processo previdenciário**. 5 ed. rev. e atual. Salvador: Juspodivm, 2014. p. 82.

¹¹² *Idem*.

Em sentido contrário, o STJ vedou o financiamento de tratamento médico no exterior pelo SUS, ao considerar legítima a Portaria n. 763/1994, do Ministério da Saúde, que estabelece a mesma vedação, conforme MS n. 8.895/DF.¹¹³

Destaca-se, no entanto, que respectivo julgamento referendou o ato regulamentar ao decidir sobre tratamento de retinose pigmentar em Cuba, problema de saúde relacionado à visão, cujo procedimento ainda era experimental.¹¹⁴

Nesse sentido, vale transcrever a ementa da decisão que denegou o MS n. 8.895/DF:

ADMINISTRATIVO - SERVIÇO DE SAÚDE – TRATAMENTO NO EXTERIOR – RETINOSE PIGMENTAR. 1. Parecer técnico do Conselho Brasileiro de Oftalmologia desaconselha o tratamento da “retinose pigmentar” no Centro Internacional de Retinoses Pigmentária em Cuba, o que levou o Ministério da Saúde a baixar a Portaria 763, proibindo o financiamento do tratamento médico no exterior pelo SUS. 2. Legalidade da proibição, pautada em critérios técnicos e científicos. 3. A Medicina social não pode desperdiçar recursos com tratamentos alternativos, sem constatação quanto ao sucesso nos resultados. 4. Mandado de segurança denegado.¹¹⁵

Verifica-se assim que a fundamentação pela denegação se deu em razão de caso específico diverso da necessidade de tratamento de saúde no exterior que envolva direito à vida e que possa ser solucionado com o respectivo procedimento eficaz fora do país.

É óbvio destacar que, senão fosse a realidade da disponibilidade de recursos do Estado, caberia aqui defender inclusive o financiamento pelo SUS de tratamento de retinose pigmentar no exterior, mesmo em se tratando de doença não acometedora de morte. Ocorre que, de acordo com o ordenamento jurídico vigente e os entendimentos jurisprudenciais atuais, o Estado pode invocar para si a reserva do possível, desde que comprovada a indisponibilidade financeira e, principalmente, a manutenção do mínimo existencial para garantia de uma vida digna.¹¹⁶

¹¹³ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Mandado de Segurança n. 8.895/DF. Primeira Seção. Relatora Ministra Eliana Calmon. Julgado em 22/10/2003. DJ 07.06.2004. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br>>. Acesso em: 20/11/2014 às 11:10.

¹¹⁴ *Idem*.

¹¹⁵ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Mandado de Segurança n. 8.895/DF. Primeira Seção. Relatora Ministra Eliana Calmon. Julgado em 22/10/2003. DJ 07.06.2004. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br>>. Acesso em: 20/11/2014 às 11:10.

¹¹⁶ FENSTERSEIFER, Tiago. Defensoria Pública, direito fundamental à saúde, mínimo existencial, ação civil pública e controle judicial de políticas públicas. **Revista da Defensoria Pública**, ano 1, v. 2, n. 1, p. 411-441, jul./dez. 2008, ISSN 1984-283X. p. 433. Disponível em:

Para confirmar a equivocada generalização da decisão do Mandado de Segurança, cabe destacar julgados do próprio Superior Tribunal de Justiça, que ao decidir sobre o tratamento de saúde no exterior para outra doença, deferiu os pedidos, julgando em sentido contrário ao previsto na mencionada portaria:

Não é lícito à Administração, indeferir pleito a ela dirigido, referindo-se a vaga Portaria Ministerial. É necessário que a decisão explicitie os fundamentos legais e constitucionais de sua decisão.¹¹⁷

ADMINISTRATIVO. TRATAMENTO MÉDICO NO EXTERIOR. TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA. INDICAÇÃO MÉDICA. URGÊNCIA. RISCO DE VIDA. ESGOTAMENTO DOS MEIOS DISPONÍVEIS NO PAÍS. SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO FINANCEIRO. SILÊNCIO DA ADMINISTRAÇÃO. GASTOS PARTICULARES. RESSARCIMENTO DAS DESPESAS PELO ESTADO. CABIMENTO. PECULIARIDADES DO CASO. ART. 45 DA LEI N.º 3.807/60; ART. 6º DA LEI N.º 6.439/77; ARTS. 58, § 2º, E 60 DO DECRETO N.º 89.312/84. AUSÊNCIA DE VIOLAÇÃO À LEI FEDERAL. RECURSO ESPECIAL NÃO CONHECIDO. 1. Pretender que o fato de não ter havido autorização do órgão público exima o Estado da responsabilidade de indenizar equivaleria a sempre permitir, diante de atitude omissiva da Administração, a escusa. 2. A regra da exigência de prévia autorização é excepcionada quando por razão de força maior. Inteligência do art. 60 do Decreto n.º 89.312/84. 3. Não se admite que Regulamentos possam sustar, por completo, todo e qualquer tipo de custeio desses tratamentos excepcionais e urgentes, porquanto implicaria simplesmente negativa do direito fundamental à saúde e à vida, consagrados na atual Constituição Federal, nos seus arts. 5º, caput, 6º, e 196, e na anterior, no art. 150, sentenciando o paciente à morte. 4. Recurso especial não conhecido.¹¹⁸

ADMINISTRATIVO. MANDADO DE SEGURANÇA. DOENÇA CONGÊNITA GRAVE. MIELOMENINGOCELE INFANTIL. NECESSIDADE DE TRATAMENTO POR MEIO DE APARELHO TERAPÊUTICO NÃO FABRICADO NO PAÍS. DEVER DO ESTADO. DIREITO FUNDAMENTAL À VIDA E À SAÚDE.

1. O direito à saúde, expressamente tutelado pela Carta de 1988, veio se integrar ao conjunto de normas e prerrogativas constitucionais que, com o status de direitos e garantias fundamentais, tem por fim assegurar o pleno

<<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/20/documentos/outros/Revista%20n%C2%BA%201%20Volume%202.pdf>>. Acesso em: 20/12/2014 às 10:00.

¹¹⁷ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Mandado de Segurança n. 6.002/DF, Relator Ministro Humberto Gomes de Barros, Primeira Seção, DJ 14/02/2000. Disponível em: <http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?tipo_visualizacao=RESUMO&livre=%28%22HUMBERTO+GOMES+DE+BARROS%22%29.min.&processo=6002&b=ACOR&thesaurus=JURIDICO#DOC1>. Acesso em: 17/11/2014 às 22:06.

¹¹⁸ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial n. 338.373/PR, Relatora Ministra Eliana Calmon, Relatora para acórdão Ministra Laurita Vaz, Segunda Turma, DJ 24/03/2003. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/doc.jsp?livre=exterior+direito+%E0+sa%FAde&b=ACOR&p=true&t=JURIDICO&l=10&i=23#DOC23>>. Acesso em: 17/11/2014 às 21:46.

funcionamento do estado democrático de direito, pautado na mais moderna concepção de cidadania.

2. Não se pode generalizar a aplicação da norma que veda ao Estado a concessão de auxílio financeiro para tratamento fora do País, a ponto de abandonar, à sua própria sorte, aqueles que, comprovadamente, não podem obter, dentro de nossas fronteiras, tratamento que garanta condições mínimas de sobrevivência digna.

3. Não havendo no País equipamento terapêutico apropriado ao tratamento da enfermidade, justifica-se que o Estado disponibilize recursos para a sua aquisição no exterior, não podendo servir de óbice às pretensões do doente, necessitado, argumentos fundados em questões burocráticas, de cunho orçamentário.¹¹⁹

Pois bem, vale ressaltar que o direito à vida é a premissa dos direitos previstos no texto constitucional, pois não teria razão declará-los se não fosse assegurado o próprio direito de estar vivo para usufruir os demais.¹²⁰

Nesse sentido, dispõe Paulo Gustavo Gonet Branco, em sua obra *Curso de Direito Constitucional*, que “a vida humana – como valor central do ordenamento jurídico e pressuposto existencial dos demais direitos fundamentais, além de base material do próprio conceito de dignidade humana – impõe medidas radicais para sua proteção”.¹²¹

É o que estabelecem também Marcelo Alexandrino e Vicente Paulo:

Não se resume o direito à vida, entretanto, ao mero direito à sobrevivência física. Lembrando que o Brasil tem como fundamento a dignidade da pessoa humana, resulta claro que o direito fundamental em apreço abrange o direito a uma existência digna, tanto sob o aspecto espiritual quanto material (garantia do mínimo necessário a uma existência digna, corolário do Estado Social Democrático).

Portanto, o direito individual fundamental à vida possui duplo aspecto: sob o prisma biológico traduz o direito à integridade física e psíquica (desdobrando-se no direito à saúde, na vedação à pena de morte, na proibição do aborto etc.); em sentido mais amplo, significa o direito a condições materiais e espirituais mínimas necessárias a uma existência condigna à natureza humana.¹²²

¹¹⁹ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Mandado de Segurança n. 8.740/DF. Relator Ministro João Otávio de Noronha. Primeira Seção. DJ 09/02/2004. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/doc.jsp?livre=DEVER+DO+ESTADO+DIREITO+FUNDAMENTAL+%C0+VIDA+E+%C0+SA%DADE&&b=ACOR&p=true&t=JURIDICO&l=10&i=43>>. Acesso em: 17/11/2014 às 10:09.

¹²⁰ MENDES, G., COELHO, P., BRANCO, P. **Curso de direito constitucional**. 4 ed., rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2009. p. 393.

¹²¹ MENDES, G., COELHO, P., BRANCO, P. **Curso de direito constitucional**. 4 ed., rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2009. p. 400.

¹²² PAULO, Vicente, ALEXANDRINO, Marcelo. **Direito Constitucional descomplicado**. 8 ed. Rio de Janeiro: Forense, São Paulo: MÉTODO, 2012. p. 120.

Assim, reforçada a estrita relação entre o direito à saúde e o direito à vida, mormente para manutenção do mínimo existencial, não há que se falar em fundamentação para a denegação de tratamento de saúde no exterior para casos em que há risco de morte por ausência de procedimento previsto no Brasil.

Com relação à preservação do mínimo existencial, vale fazer uma ressalva para trazer o texto a seguir:

Nesse contexto, há que se enfatizar que o mínimo existencial – compreendido como todo o conjunto de prestações materiais indispensáveis para assegurar a cada pessoa uma vida condigna, no sentido de uma vida saudável (e a vinculação com o direito à saúde, tornado aqui em seu sentido mais amplo é proposital e será retomada no último segmento!) – tem sido identificado, por alguns, como constituindo o núcleo essencial dos direitos fundamentais sociais, núcleo este blindado contra toda e qualquer intervenção por parte do Estado e da sociedade. (...) ¹²³

Em razão do exposto, entende-se que a portaria mencionada prevê proibição abusiva, uma vez que fere a manutenção dos principais fundamentos constitucionais, quais sejam, o direito à vida e a dignidade da pessoa humana e, ainda, restringe o acesso à efetivação do direito à saúde ao condicionar a possibilidade de concessão apenas à análise do Judiciário.

Nesse sentido, destaca-se ementa de entendimento minoritário a favor da tese apresentada:

CONSTITUCIONAL E PROCESSUAL CIVIL. MORTE DA PARTE. CUSTEIO DE TRATAMENTO DE SAÚDE REALIZADO NO EXTERIOR. TRANSPLANTE DE INTESTINO DELGADO. POSSIBILIDADE. DIREITO À SAÚDE. ART. 196 DA CONSTITUIÇÃO. 1. *Omissis*. 2. O direito à saúde é prerrogativa indisponível garantida pela Constituição, não podendo o Estado furtar-se do dever de propiciar os meios necessários ao gozo desse direito fundamental. O direito à saúde não deve ser considerado norma de caráter programático, cabendo ao Estado sua concretização para garantir a vida digna aos cidadãos. 3. Entretanto, a efetivação dos direitos sociais sofre limitações fáticas, questões de ordem financeira e orçamentária que reduzem as possibilidades do ente público concretizar, simultaneamente, as várias demandas da sociedade. Ao poder público reserva-se à prestação daquelas possíveis de ser realizadas, de

¹²³ SARLET, Ingo Wolflang. FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. **Revista da Defensoria Pública**, ano 1, v. 1, n. 1, p. 179-234, jul./dez. 2008, ISSN 1984-283X. p. 196. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/20/documentos/outros/Revista%20n%C2%BA%201%20Vo%20lume%201.pdf>>. Acesso em: 20/12/2014 às 10:00.

acordo com a cláusula da reserva do possível. Não se trata de eximir o Estado de seus deveres, mas de aplicar a razoabilidade na satisfação dos direitos sociais. 4. Sabe-se que os recursos orçamentários destinados à saúde são restritos. Não é possível, ao SUS, fornecer todos os tipos de tratamento prescritos. A concessão judicial de todo e qualquer medicamento ou a determinação de realização de qualquer tratamento acabaria por inviabilizar as políticas públicas de saúde, destinadas à coletividade. Daí a importância de se verificar as circunstâncias do caso concreto, notadamente se há outro tratamento, se pode ser feito no país e se a despesa não é desmesurada e compatível com o fim pretendido. 5. No caso concreto, as circunstâncias autorizam a despesa. O transplante de intestino era experimental no país, com duas pessoas transplantadas nos últimos anos e mortas logo após a cirurgia, o orçamento era compatível com a cirurgia no exterior, a equipe médica não cobrou honorários e o centro médico era de excelência, mas não o mais conhecido nos Estados Unidos. 6. Apelação e remessa oficial a que se nega provimento, declarando, no entanto, que não são devidos valores não previstos inicialmente, já que o mandado de segurança não é ação de cobrança (Súmula 269 do STF).¹²⁴

É o que se pode verificar em casos que atualmente repercutiram na internet, em que mães estão se utilizando das redes sociais para arrecadar dinheiro para tratamento médico no exterior para seus filhos que têm doença sem procedimento bem sucedido no Brasil.

Dentre eles, destaca-se primeiramente o caso de Sophia Gonçalves de Lacerda, que possui uma síndrome rara que impossibilita o funcionamento do sistema digestivo e teve que ingressar em juízo, representada por sua genitora, para conseguir a realização de tratamento no exterior custeado pelo SUS, o que foi concedido após manutenção, pelo Tribunal Federal de 3ª Região, de decisão que determinou seu tratamento nos Estados Unidos.¹²⁵

Da análise da decisão do Desembargador Federal Márcio Moraes, verifica-se que a União tentou de diversas formas se eximir da responsabilidade de custear o tratamento no exterior, sendo que já havia sido demonstrada a necessidade do tratamento para manutenção da vida da respectiva criança.¹²⁶

¹²⁴ BRASIL. Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Apelação em Mandado de Segurança n. 200534000011739, Relator Convocado Juiz Gláucio Maciel Gonçalves. Julgado em 20/07/2011. DJ 29/07/2011. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/busca?q=CUSTEIO+DE+TRATAMENTO+DE+SA%C3%9ADE+REALIZADO+NO+EXTERIOR>>. Acesso em: 05/11/2014 às 09:00.

¹²⁵ Assessoria de Comunicação Social do TRF3 – 3012-1329/3012-1446. TRF3 mantém decisão que determinou tratamento de bebê nos EUA. Publicação de 16 de junho de 2014. Disponível em: <<http://web.trf3.jus.br/noticias/Noticias/Noticia/Exibir/314436>>. Acesso em: 06/11/2014 às 11:03.

¹²⁶ BRASIL. Tribunal Regional Federal 3ª Região. Agravo de Instrumento n. 0008474-47.2014.4.03.0000/SP. Relator Desembargador Federal Márcio Moraes. DJ 18/06/2014. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/71951337/trf-3-judicial-i-18-06-2014-pg-595>>. Acesso em: 07/11/2014 às 18:30.

Nesse sentido, vale transcrever trechos da respectiva decisão que confirmou a urgência do caso e manteve a concessão da tutela antecipada:

1) O e-mail do Dr. Rodrigo Vianna, trocado com autoridades do Ministério da Saúde, mostra que não lhe foi levado ao conhecimento o fato de que já há diagnóstico da doença da agravante firmado, depois dos competentes exames médicos, inclusive biópsias, pelo Hospital das Clínicas da UNICAMP, no sentido de que a recorrente é portadora de "síndrome microcólon, megalobexiga e hipoperistalse" (fls. 685v), o que é reafirmado pelo relatório médico do Hospital Samaritano de Sorocaba (fls. 636).

2) Outro fato relevante é que a agravante só pode adentrar à fila de transplante multivisceral dos EUA estando em território americano, o que encarece a urgência da sua remoção, diante da natural demora de disponibilidade de doadores, espera que poderá consumir entre 3 e 6 meses, segundo alerta o próprio Dr. Rodrigo Vianna (fls. 488v).

3) De se considerar, também, que o estado clínico da agravada vem se mantendo em situação assaz crítica, especialmente o seu fígado, sobremodo traumatizado pela alimentação exclusivamente parenteral. Outrossim, na entrevista concedida à Rádio Ipanema, o Dr. Rodrigo Vianna afirma que "independentemente da síndrome, ela tem uma doença congênita que está afetando o intestino e que a nutrição parenteral está afetando o fígado. Então isso é até mais importante que a síndrome, o fato de que ela não consegue fazer a digestão e já estar desenvolvendo problemas com o fígado" (fls. 487v), o que reforça a urgência e a necessidade de transferência da recorrente aos Estados Unidos para realização do transplante ora pleiteado.

4) O próprio e-mail do Dr. Rodrigo Vianna, já por nós aludido, diz que tais exames podem ser feitos, como é curial, no próprio hospital de Miami, se assim se mostrar necessário, porque certo é que lá a agravante será também submetida a exames determinados por sua equipe médica, não havendo senso, a princípio, em submetê-la a uma nova transferência de hospital nacional com mais desgastes e despesas, quando em verdade é a viagem que urge.

5) Outrossim, tal alegação afigura-se contraditória, em última análise, na medida que a agravada, ao final, culmina por propor "alternativa" à antecipação da tutela recursal nos moldes em que concedida, consubstanciada em providência que melhor calharia, como subsidio ao julgamento do feito, em Primeiro Grau, onde, aliás, facultou-se a realização de audiência de conciliação entre as partes, não havendo notícia, nos presentes autos, de que a União tenha feito tal proposta ou qualquer outra perante o Juízo a quo ou mesmo que tenha tentado qualquer forma de conciliação com os representantes legais da recorrente.

6) Além desse contexto que desaconselha a referida "alternativa", certo é que ela foi formalizada de forma diversa da que nos foi aventada oralmente pela agravada. De um lado porque desinstrumentalizada de eventual aceitação do encargo, quer pelo Dr. Rodrigo Vianna, quer pelo Dr. Chapchap, quer pelo Hospital Sírio-Libanês, que não são partes nessa demanda. De outro lado porque a "proposta" está desacompanhada de comprovação mínima das providências administrativas que a agravada tivesse tomado para

cumprimento da antecipação de tutela que determinamos, o que não só a deslustra, como a faz parecer artifício de protelação.¹²⁷

Diante do mencionado, verifica-se que embora Sophia Gonçalves de Lacerda tenha conseguido ir para os Estados Unidos para realizar o tratamento, foi necessário o ajuizamento de uma ação de obrigação de fazer contra a União para conseguir o apoio do Estado para o custeio. Ainda, destaca-se que a União, com o intuito de barrar a concessão do respectivo tratamento, pautou-se em argumentos protelatórios, buscando uma solução financeira mais benéfica e não se preocupando em efetivamente manter a vida de um ser humano.

Além desse caso, destaca-se as histórias semelhantes e atuais de Pedro Libração da Lavra Baragão e de Marina, representada por sua mãe Luiza Stella Correia Ferreira, que conseguiram o dinheiro para realizar tratamento de saúde no exterior após terem causado a comoção popular nas redes sociais, o que se estendeu inclusive a programas de TV, gerando doações de diversas formas e cantos do país.¹²⁸

Conforme a realidade de Sophia, ambos os bebês buscam o tratamento no exterior em razão de que, no Brasil, a cirurgia para corrigir a Síndrome do Intestino Curto ainda é realizada somente experimentalmente, sendo que o último caso ocorreu há 10 (dez) anos com a morte do bebê.¹²⁹

Assim, diante da realidade estatal de denegação de tratamento de saúde no exterior pautada na proibição da Portaria n. 763/1994, as representantes dos incapazes mencionados, inclusive a de Sophia, viram na comoção popular a única maneira de salvar a vida de seus filhos, uma vez que, mesmo em se tratando de direito à saúde relacionado ao direito à vida, o Estado, administrativa e judicialmente, demonstrou a tentativa de não conceder ou pelo menos postergar a concessão, o que prejudicaria ainda mais a condição de saúde dos envolvidos.

Percebe-se, portanto, que mesmo com o dever de garantir o direito à saúde, o Estado é capaz de se utilizar da ausência de previsão normativa a respeito dos limites da

¹²⁷ BRASIL. Tribunal Regional Federal 3ª Região. Agravo de Instrumento n. 0008474-47.2014.4.03.0000/SP. Relator Desembargador Federal Márcio Moraes. DJ 18/06/2014. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/71951337/trf-3-judicial-i-18-06-2014-pg-595>>. Acesso em: 07/11/2014 às 18:30.

¹²⁸ HASSU, Thiago; LIMA, Bruno. Amigos do Pedrinho. Disponível em: <<http://www.amigosdopedrinho.com.br/>>. Acesso em 07/11/2014 às 19:50.

¹²⁹ G1 Globo.com. Disponível em: <<http://g1.globo.com/se/sergipe/noticia/2014/05/bebe-necessita-de-r-2-milhoes-para-fazer-transplante-de-intestino-nos-eua.html>>. Acesso em: 07/11/2014 às 19:55.

atuação estatal para se desviar do foco principal previsto no texto constitucional, prejudicando a efetivação dos direitos fundamentais.

Nesse contexto, a intervenção do Poder Judiciário corresponde ao único caminho para se buscar resultado diverso do imposto pelo Estado (Administração), o que demonstra a necessidade de se alterar respectivo cenário, que gera, no mínimo, morosidade para o alcance da preservação do direito à saúde aos que sofrem risco de morte.

4. A INTERVENÇÃO DO JUDICIÁRIO NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE E A POSSIBILIDADE DE CONCESSÃO ADMINISTRATIVA DE TRATAMENTO MÉDICO NO EXTERIOR

A previsão constitucional do direito à saúde não reflete, na prática, a realidade do cenário brasileiro. Isso porque, embora o Estado tenha o encargo de prestar saúde a todos, conforme já exposto, utiliza-se da justificativa relacionada à impossibilidade financeira para não cumprir efetivamente o seu papel.¹³⁰

Diante desta dicotomia entre força normativa constitucional e realidade social, extrai-se o ponto mais crítico do direito constitucional contemporâneo, qual seja, que “não basta criar normas constitucionais, é necessário dar efetividade a elas”.¹³¹

Nesse contexto, há pessoas que, diretamente afetadas por essa omissão, buscam o Poder Judiciário a fim de compelir o Estado a prestar adequadamente o serviço de saúde.¹³²

Ocorre porém que há dificuldade em se conjugar a atuação estatal com a jurídica em prol da garantia dos direitos sociais, uma vez que o Poder Judiciário é acusado de ultrapassar suas funções de aplicar a lei ao caso concreto para interferir nas políticas públicas relacionadas à saúde, principalmente pelo crescimento das decisões judiciais que obrigam, coercitivamente, o Estado a prestar saúde a pessoas específicas, de acordo com suas necessidades individuais que, por diversas vezes, se chocam com as determinações das políticas públicas de saúde destinadas à coletividade.¹³³

¹³⁰ BARCELLOS, Ana Paula. O direito a prestações de saúde: complexidades, mínimo existencial e o valor das abordagens coletiva e abstrata. **Revista da Defensoria Pública**, ano 1. n. 1, p. 133-160, jul./dez. 2008, ISSN 1984-283X. v. 1. p. 133-160. p. 150. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/20/documentos/outros/Revista%20n%C2%BA%201%20Vo lume%201.pdf>>. Acesso em: 20/12/2014 às 10:00.

¹³¹ ALVES, Cândice Lisbôa. **Direito à saúde: Efetividade e proibição do retrocesso social**. Belo Horizonte: D'Plácido, 2013. p. 127.

¹³² FENSTERSEIFER, Tiago. Defensoria Pública, direito fundamental à saúde, mínimo existencial, ação civil pública e controle judicial de políticas públicas. **Revista da Defensoria Pública**, ano 1, v. 2, n. 1, p. 411-441, jul./dez. 2008, ISSN 1984-283X. p. 418. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/20/documentos/outros/Revista%20n%C2%BA%201%20Vo lume%202.pdf>>. Acesso em: 20/12/2014 às 10:00.

¹³³ DELDUQUE, M., MARQUES, S., CIARLINI, A. Judicialização das Políticas de Saúde no Brasil. In: ALVES, S., DELDUQUE, M., DINO NETO, N. **Direito sanitário em perspectiva**. Brasília: ESMPU, 2013. v. 2. p. 181-217. p. 181.

A respeito do tema, Ingo Wolfgang Sarlet e Mariana Filchtiner Figueiredo esclarecem que mesmo há duas décadas desde a promulgação da Constituição Federal de 1988,

ainda é atual o debate sobre os direitos fundamentais e a efetividade dos mesmos, ocupando assim a pauta dos principais desafios para o Estado e a sociedade.¹³⁴

Nesse contexto, em que a judicialização está crescente, principalmente em se tratando da concretização do direito à saúde, cobra-se do Estado-Juiz a manifestação sobre questões ímpares, como a alocação de recursos públicos e o controle das ações da Administração na esfera dos direitos fundamentais sociais, o que resultou no crescimento da discussão sobre a legitimidade da intervenção judicial neste âmbito.¹³⁵

Pois bem, discorda-se da ideia de que o Judiciário ultrapassa seus limites ao decidir sobre tema relacionado à saúde, mesmo que para atender necessidades individuais, justamente pelo conteúdo do texto constitucional, que elevou a saúde à condição de direito social a ser garantido integral e universalmente pelo Estado, e trouxe como direito de todos o acesso à justiça, em que não se pode excluir lesão ou ameaça a direito da apreciação do Judiciário, de acordo com o artigo 5º, inciso XXXV.¹³⁶

O mesmo fundamento para as ações individuais envolve a justificativa para a legitimidade do controle judicial das políticas públicas de saúde, conforme estabelece Frederico Amado, que entende ser plenamente possível, principalmente para garantir as medidas básicas e urgentes para a manutenção da vida, vez que o direito à saúde se trata de direito fundamental relacionado ao mínimo existencial.¹³⁷

Nesse sentido, se manifestou o STJ:

ADMINISTRATIVO – AÇÃO CIVIL PÚBLICA – CONTROLE JUDICIAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS – POSSIBILIDADE EM CASOS EXCEPCIONAIS – DIREITO À SAÚDE – FORNECIMENTO DE EQUIPAMENTOS A HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – MANIFESTA NECESSIDADE – OBRIGAÇÃO DO ESTADO – AUSÊNCIA DE

¹³⁴ SARLET, Ingo Wolflang. FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. **Revista da Defensoria Pública**, ano 1, v. 1, n. 1, p. 179-234, jul./dez. 2008, ISSN 1984-283X. p. 179. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/20/documentos/outros/Revista%20n%C2%BA%201%20Volume%201.pdf>>. Acesso em: 20/12/2014 às 10:00.

¹³⁵ SARLET, Ingo Wolflang. FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. **Revista da Defensoria Pública**, ano 1, v. 1, n. 1, p. 179-234, jul./dez. 2008, ISSN 1984-283X. p. 179-180. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/20/documentos/outros/Revista%20n%C2%BA%201%20Volume%201.pdf>>. Acesso em: 20/12/2014 às 10:00.

¹³⁶ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 10/11/2014 às 10:30.

¹³⁷ AMADO, Frederico. **Curso de direito e processo previdenciário**. 5 ed. rev. e atual. Salvador: Juspodivm, 2014. p. 81.

VIOLAÇÃO DO PRINCÍPIO DA SEPARAÇÃO DOS PODERES – NÃO-OPONIBILIDADE DA RESERVA DO POSSÍVEL AO MÍNIMO EXISTENCIAL. (...) 3. A partir da consolidação constitucional dos direitos sociais, a função estatal foi profundamente modificada, deixando de ser eminentemente legisladora em pró das liberdades públicas, para se tornar mais ativa com a missão de transformar a realidade social. Em decorrência, não só a administração pública recebeu a incumbência de criar e implementar políticas públicas necessárias à satisfação dos fins constitucionalmente delineados, como também, o Poder Judiciário teve sua margem de atuação ampliada, como forma de fiscalizar e velar pelo fiel cumprimento dos objetivos constitucionais. 4. Seria uma distorção pensar que o princípio da separação dos poderes, originalmente concebido com o escopo de garantia dos direitos fundamentais, pudesse ser utilizado justamente como óbice à realização dos direitos sociais, igualmente fundamentais. Com efeito, a correta interpretação do referido princípio, em matéria de políticas públicas, deve ser a de utilizá-lo apenas para limitar a atuação do judiciário quando a administração pública atua dentro dos limites concedidos pela lei. Em casos excepcionais, quando a administração extrapola os limites da competência que lhe fora atribuída e age sem razão, ou fugindo da finalidade a qual estava vinculada, autorizado se encontra o Poder Judiciário a corrigir tal distorção restaurando a ordem jurídica violada. 5. O indivíduo não pode exigir do estado prestações supérfluas, pois isto escaparia do limite do razoável, não sendo exigível que a sociedade arque com esse ônus. Eis a correta compreensão do princípio da reserva do possível, tal como foi formulado pela jurisprudência germânica. Por outro lado, qualquer pleito que vise a fomentar uma existência minimamente decente não pode ser encarado como sem motivos, pois garantir a dignidade humana é um dos objetivos principais do Estado Democrático de Direito. Por este motivo, o princípio da reserva do possível não pode ser oposto ao princípio do mínimo existencial. 6. Assegurar um mínimo de dignidade humana por meio de serviços públicos essenciais, dentre os quais a educação e a saúde, é escopo da República Federativa do Brasil que não pode ser condicionado à conveniência política do administrador público. A omissão injustificada da administração em efetivar as políticas públicas constitucionalmente definidas e essenciais para a promoção da dignidade humana não deve ser assistida passivamente pelo Poder Judiciário. Recurso especial parcialmente conhecido e improvido.¹³⁸

Conforme pode se verificar no julgado acima, a consolidação constitucional dos direitos sociais modificou significativamente a função estatal, devendo-se destacar dentro desse novo cenário, entre as políticas públicas existentes, a que implementou o Sistema Único de Saúde, importantíssima para a garantia do direito fundamental social à saúde, uma vez que

¹³⁸ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial n. 1.041.197/MS. Segunda Turma. Relator Ministro Humberto Martins. Julgado em 25/08/2009. DJ 16/09/2009. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br>>. Acesso em: 18/12/2014 às 08:35.

alterou o padrão anterior para garantir o acesso universal, igualitário e gratuito às ações e serviços de saúde.¹³⁹

Nesse sentido, ressalta-se a consideração do direito à saúde como direito fundamental, o que reflete diretamente nas políticas públicas e na atividade legislativa, uma vez que impõe aos Poderes Legislativo e Executivo o dever de desenvolver e executar, da maneira mais eficaz e abrangente possível, as políticas públicas de saúde, incluindo-se a elaboração legislativa sobre o tema,¹⁴⁰ conforme se extrai abaixo:

Que a saúde constitui um bem essencial da e para a pessoa humana e por esta razão tem sido objeto de tutela tanto como direito humano, quanto como direito fundamental, seja na esfera do direito internacional, seja por parte do direito interno dos Estados, aqui vai assumido como pressuposto, assim como aqui já se parte da constatação de que, à semelhança dos demais direitos sociais, a saúde também é um direito fundamental no sistema constitucional brasileiro (arts. 6, 196 e ss. da CF) comungando da já referida dupla fundamentalidade formal e material que justamente qualifica os direitos fundamentais como tais. Todavia, ainda que aqui se esteja a privilegiar uma abordagem pautada pela ótica dos direitos fundamentais, convém não olvidar que a saúde também constitui um dever fundamental. Tal afirmativa decorre, pelo menos no que se refere ao Estado, diretamente da dicção do texto constitucional que, no art. 196, prescreve: “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, salientando a obrigação precipuamente estatal de proteção e efetivação desse direito.¹⁴¹

Percebe-se então que a judicialização das políticas públicas de saúde abre margem a uma nova missão ao Poder Judiciário,¹⁴² visto a partir daí como um garantidor ao alcance do direito à saúde, com a conseqüente preservação do direito à vida.

É o que dispõe Flávia Piovesan:

¹³⁹ DELDUQUE, M., MARQUES, S., CIARLINI, A. Judicialização das Políticas de Saúde no Brasil. In: ALVES, S., DELDUQUE, M., DINO NETO, N. **Direito sanitário em perspectiva**. Brasília: ESMPU, 2013. v. 2. p. 181-217. p. 192.

¹⁴⁰ RIOS, Roger Raupp. O Direito Fundamental à saúde e a atividade legislativa. In: ALVES, S., DELDUQUE, M., DINO NETO, N. **Direito sanitário em perspectiva**. Brasília: ESMPU, 2013. v. 2. p. 169-180. p. 170-171.

¹⁴¹ SARLET, Ingo Wolfgang. FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. **Revista da Defensoria Pública**, ano 1, v. 1, n. 1, p. 179-234, jul./dez. 2008, ISSN 1984-283X. p. 212-213. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/20/documentos/outros/Revista%20n%C2%BA%201%20Vo%20lume%201.pdf>>. Acesso em: 20/12/2014 às 10:00.

¹⁴² FENSTERSEIFER, Tiago. Defensoria Pública, direito fundamental à saúde, mínimo existencial, ação civil pública e controle judicial de políticas públicas. **Revista da Defensoria Pública**, ano 1, v. 2, n. 1, p. 411-441, jul./dez. 2008, ISSN 1984-283X. p. 437. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/20/documentos/outros/Revista%20n%C2%BA%201%20Vo%20lume%202.pdf>>. Acesso em: 20/12/2014 às 10:00.

Quanto ao direito à saúde, as decisões judiciais proferidas asseguram este direito como uma prerrogativa constitucional inalienável e indisponível, decorrente do direito à vida. A este direito as decisões correlacionam o dever do Estado de formular e implementar políticas que visem a garantir a todos, inclusive aos portadores do vírus HIV, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar. Ao efetuar a ponderação de bens envolvidos, as decisões tecem expressa opção pelo respeito à vida, como direito subjetivo inalienável assegurado pela própria Constituição, em detrimento de interesse financeiro e secundário do Estado. O objetivo é assegurar o tratamento mais adequado e eficaz, capaz de ofertar ao(à) enfermo(a) maior dignidade e menor sofrimento.

Neste sentido, há uma tendência jurisprudencial que rompe com uma visão formalista e procedimental do direito em prol da relevância do direito à vida.¹⁴³

Assim, confirma-se que, além da legitimidade do controle judicial das políticas públicas de saúde, respectiva fundamentação oferece também validade ao acesso individual ao Judiciário para o alcance de meios para a manutenção da saúde.¹⁴⁴

É importante lembrar que as normas constitucionais relativas ao direito à saúde são direcionadas a indivíduos, a grupos e a coletividade. Por isso, não se pode ignorar respectiva amplitude subjetiva, devendo-se ressaltar a previsão de que o ordenamento jurídico confere a cada indivíduo o direito à saúde,¹⁴⁵ sob pena de descaracterizar o alcance pretendido pela Constituição Federal.

Conforme bem destaca Cândice Lisbôa Alves:

A opção pela análise do Poder Judiciário deriva do reconhecimento das ações judiciais como mecanismo de participação popular, quando direitos positivados não são cumpridos espontaneamente pelo Poder Público. Vislumbrando de forma especial o direito à saúde, é essencial reconhecer que o termo “todos” expresso no art. 196 da Constituição é extensivo a situações indeterminadas e não apenas a algumas. Assim, diante da inefetividade do direito a saúde qualquer pessoa pode ajuizar ação para pleitear a satisfação de seu direito. Essa ação judicial em si é a manifestação popular ante o Poder Judiciário, o direito à saúde desenvolveu-se

¹⁴³ PIOVESAN, Flávia. Justiciabilidade dos direitos sociais e econômicos: desafios e perspectivas. **Revista da Defensoria Pública**, ano 1, v. 1, n. 1, p. 161-178, jul./dez. 2008, ISSN 1984-283X. p. 172. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/20/documentos/outros/Revista%20n%C2%BA%201%20Volume%201.pdf>>. Acesso em: 20/12/2014 às 10:00.

¹⁴⁴ JABOUR, Ana Maria Lammoglia. A justiciabilidade do direito fundamental à saúde. **Revista da Procuradoria-Geral do Município de Juiz de Fora**. Belo Horizonte, ano 2, n. 2, p. 67-77, jan./dez. 2012. p. 69. Disponível em: <http://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/pgm/documentos/revistas/2012/04_ana_maria_lammoglia_jabour.pdf>. Acesso em: 10/11/2014 às 20:00.

¹⁴⁵ RIOS, Roger Raupp. O Direito Fundamental à saúde e a atividade legislativa. In: ALVES, S., DELDUQUE, M., DINO NETO, N. **Direito sanitário em perspectiva**. Brasília: ESMPU, 2013. v. 2. p. 169-180. p. 175.

significativamente, tanto em relação às disposições normativas quanto às atuações praticadas pelo Poder Executivo.

Novamente se retoma o critério da universalidade derivado do termo ‘todos’ não comporta, em princípios, restrições. O direito à saúde não foi construído para cancelar políticas majoritárias consubstanciadas, por exemplo, em políticas públicas que comportam doenças ou tratamentos comuns ou de larga escala – critério quantitativo. Se assim o fosse, as pessoas que padecem de doenças raras classificadas como casos excepcionais estariam inevitavelmente afastadas do serviço de saúde pública, entretanto não parece ser essa a interpretação coerente do art. 196 da Constituição. (...) ¹⁴⁶

O mesmo entendimento pode ser extraído do texto de Ingo Wolfgang Sarlet e Mariana Filchtiner Figueiredo:

Se, por um lado, é inquestionável que o direito à saúde é direito de todos, não se pode, por outro, agasalhar a tese de que se cuida de um direito coletivo e que, por ser direito coletivo, não poderia ser objeto de dedução individualizada em Juízo, especialmente para além das hipóteses previamente previstas na legislação infraconstitucional. Com efeito, tanto é equivocada a tese de que os direitos sociais são em primeira linha direitos coletivos, quanto é de ser afastada a tese de que não cabem demandas individuais. Em primeiro lugar, o fato de todos os direitos fundamentais (e não apenas os sociais) terem uma dimensão transindividual (coletiva e difusa) em momento algum lhes retira a condição de serem, em primeira linha, direitos fundamentais de cada pessoa, ainda mais quando a própria dignidade é sempre da pessoa concretamente considerada. Pela mesma razão, não se poderia afastar a possibilidade da tutela individual, o que não significa dizer que existem problemas a serem enfrentados e que em muitos casos (mas não em todos!) a tutela judicial mais adequada e efetiva deva ocorrer de modo coletivo. ¹⁴⁷

Respectivo raciocínio, assim, confirma a legitimidade da intervenção do Judiciário para decidir sobre demandas individuais envolvendo a área da saúde com o objetivo de se buscar concessões para a preservação da saúde e, conseqüentemente, a manutenção da vida dos envolvidos, do “conteúdo mínimo da dignidade humana” ¹⁴⁸.

¹⁴⁶ ALVES, Cândice Lisbôa. **Direito à saúde: Efetividade e proibição do retrocesso social**. Belo Horizonte: D'Plácido, 2013. p. 132, 133.

¹⁴⁷ SARLET, Ingo Wolfgang. FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. **Revista da Defensoria Pública**, ano 1, v. 1, n. 1, p. 179-234, jul./dez. 2008, ISSN 1984-283X. p. 214-215. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/20/documentos/outros/Revista%20n%C2%BA%201%20Volume%201.pdf>>. Acesso em: 20/12/2014 às 10:00.

¹⁴⁸ FENSTERSEIFER, Tiago. Defensoria Pública, direito fundamental à saúde, mínimo existencial, ação civil pública e controle judicial de políticas públicas. **Revista da Defensoria Pública**, ano 1, v. 2, n. 1, p. 411-441, jul./dez. 2008, ISSN 1984-283X. p. 419. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/20/documentos/outros/Revista%20n%C2%BA%201%20Volume%202.pdf>>. Acesso em: 20/12/2014 às 10:00.

Isso porque é nítido que a judicialização corresponde ao reconhecimento da falta de ação dos poderes que tem a responsabilidade de garantir efetividade ao direito à saúde e que, embora deva ser vista como a última atitude possível, representa o direito à participação de maneira concreta por meio do Judiciário.¹⁴⁹

Vale destacar, mesmo que se defenda pela validade das demandas individuais, que não cabe ao Judiciário solucionar todos os casos de não prestação de serviço de saúde no Brasil. Isso porque há situações em que a espera da própria prestação na esfera administrativa não fere os direitos à dignidade da pessoa humana e à vida, devendo-se respeitar a prioridade das políticas públicas, de acordo com os princípios basilares do SUS.¹⁵⁰

Ocorre que há casos em que a dificuldade encontrada se dá em razão demora administrativa ofensiva aos direitos acima destacados, e até mesmo pela impossibilidade de realização de tratamento específico no Brasil,¹⁵¹ que vem acompanhada da proibição de seu financiamento pelo SUS em outro país,¹⁵² o que gera como única saída a busca pelo Judiciário.

É o entendimento visto nos tribunais:

CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. PRESTAÇÃO DE SAÚDE. POLÍTICAS DO SUS. IMPOSIÇÃO JUDICIAL. PRESSUPOSTO. COMPREENSÃO. ANTECIPAÇÃO DE TUTELA. Em ações promovidas para tutela do direito à saúde, deve-se privilegiar o tratamento fornecido pelo SUS. Contudo, nada impede que o Judiciário determine custeio de prestação não contemplada nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, à vista de prova da impropriedade ou ineficácia da política de saúde existente - sobretudo se produzida por médico vinculado ao SUS. HIPÓTESE DE PROVIMENTO PELO RELATOR.¹⁵³

¹⁴⁹ ALVES, Cândice Lisbôa. **Direito à saúde: Efetividade e proibição do retrocesso social**. Belo Horizonte: D'Plácido, 2013. p. 197.

¹⁵⁰ BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 03/11/2014 às 23:00.

¹⁵¹ BRASIL. Tribunal Regional Federal 3ª Região. Agravo de Instrumento n. 0008474-47.2014.4.03.0000/SP. Relator Desembargador Federal Márcio Moraes. DJ 18/06/2014. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/71951337/trf-3-judicial-i-18-06-2014-pg-595>>. Acesso em: 07/11/2014 às 18:30.

¹⁵² BRASIL. Portaria Ministerial n. 763 MS/GM, de 07 de Abril de 1994. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1994/prt0763_07_04_1994.html>. Acesso em: 17/11/2014 às 10:43.

¹⁵³ BRASIL. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. Agravo de Instrumento n. 70051341527 RS, Vigésima Segunda Câmara Cível. Relatora Mara Larsen Chechi. DJ 11/10/2012. Disponível em: <<http://tj-rs.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/22761396/agravo-de-instrumento-ag-70051341527-rs-tjrs/inteiro-teor-110969251>>. Acesso em: 30/11/2014 às 13:00.

ADMINISTRATIVO. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERATIVOS. SÚMULA 83/STF. 1. É assente o entendimento de que a Saúde Pública consubstancia direito fundamental do homem e dever do Poder Público, expressão que abarca a União, os Estados-membros, o Distrito Federal e os Municípios, todos em conjunto. Nesse sentido, dispõem os arts. 2º e 4º da Lei n. 8.080/1990. 2. A Constituição Federal é clara ao dispor sobre a obrigação do Estado em propiciar ao homem o direito fundamental à saúde, de modo que todos os entes federativos têm o dever solidário de fornecer gratuitamente medicamento ou congêneres às pessoas carentes. 3. Qualquer um dos entes federativos tem legitimidade ad causam para figurar no polo passivo de demanda que objetiva a garantia do acesso a medicamentos para tratamento de saúde. Agravo regimental improvido.¹⁵⁴

Diante do exposto, vale trazer a questão ao caso específico tratado no presente trabalho, qual seja, a possibilidade de financiamento pelo SUS de tratamento médico no exterior.

Pois bem, embora a única alternativa para os que necessitam da realização de procedimento bem sucedido em outro país e não disponibilizado no Brasil seja a busca pela concessão no âmbito do Judiciário, respectiva saída oferece muitos riscos, uma vez que, além da necessária comprovação nos autos da respectiva doença e da ausência de procedimento específico com êxito no Brasil e válido em outro país, o próprio Ente Público tenta barrar a ação judicial por meio de atos protelatórios, conforme já destacado,¹⁵⁵ o que gera morosidade na apreciação, que pode ainda ser favorável ou não.

É o que se pode concluir do texto a seguir:

(...) Por outro lado, verifica-se que a maioria das questões postas em causa na esfera pública segue em aberto, assim como segue quase que desenfreada a busca por critérios seguros (?) que possam garantir a construção de um processo decisório (também, mas não exclusivamente na esfera jurisdicional) constitucionalmente adequado, mas, acima de tudo, condizente com a mais legítima expressão do “justo”.¹⁵⁶

¹⁵⁴ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Agravo Regimental no Agravo em Recurso Especial n. 489421 RS 2014/0059558-7. Relator Ministro Humberto Martins. Julgado em 20/03/2014. DJ 13/05/2014. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br>>. Acesso em: 30/11/2014 às 13:10.

¹⁵⁵ BRASIL. Tribunal Regional Federal 3ª Região. Agravo de Instrumento n. 0008474-47.2014.4.03.0000/SP. Relator Desembargador Federal Márcio Moraes. DJ 18/06/2014. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/71951337/trf-3-judicial-i-18-06-2014-pg-595>>. Acesso em: 07/11/2014 às 18:30.

¹⁵⁶ SARLET, Ingo Wolflang. FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. **Revista da Defensoria Pública**, ano 1, v. 1, n. 1, p. 179-234, jul./dez. 2008, ISSN 1984-283X. p. 180. Disponível em:

Assim, percebe-se a necessidade de uma nova conduta na esfera administrativa, a fim de que os envolvidos consigam mais celeridade e não tenham que depender do crivo do Judiciário para a manutenção da vida.

Nesse sentido, destaca-se a abusividade da Portaria n. 763/1994, que impossibilita a análise administrativa ao vedar o financiamento pelo SUS de tratamento médico no exterior e que deve ser revogada. Isso porque não há razão para não haver um estudo na própria esfera administrativa sobre a possibilidade de respectivo procedimento fora do Brasil.

Conforme já exposto, muitas hipóteses de necessidade de tratamento médico no exterior correspondem a ameaças ao direito à vida, cuja única possibilidade de manutenção se trata do respectivo procedimento, o que, por si só, deveria ser fundamento suficiente para a concessão.

Vale destacar que a mencionada portaria foi editada para revogar portaria anterior, conforme se extrai do texto original: “O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, resolve: Revogar a Portaria Ministerial nº 1.236/GM, de 14 de outubro de 1993, publicada no Diário Oficial da União, de 15 subsequente”.¹⁵⁷

Ocorre que a Portaria n. 1.236, de 14 de outubro de 1993 previa a possibilidade de tratamento médico no exterior, desde que respeitados os requisitos específicos, conforme ementa abaixo:

O TRATAMENTO MÉDICO NO EXTERIOR DE PACIENTES RESIDENTES E DOMICILIADOS NO BRASIL, SOMENTE SERÁ ADMISSÍVEL QUANDO ESGOTADAS TODAS AS POSSIBILIDADES DE TRATAMENTO A NÍVEL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, NOS DIFERENTES NÍVEIS DE GOVERNO. (EMENTA ELABORADA PELA CDI/MS).¹⁵⁸

<<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/20/documentos/outros/Revista%20n%C2%BA%201%20Volume%201.pdf>>. Acesso em: 20/12/2014 às 10:00.

¹⁵⁷ BRASIL. Portaria Ministerial n. 763 MS/GM, de 07 de Abril de 1994. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1994/prt0763_07_04_1994.html>. Acesso em: 17/11/2014 às 10:43.

¹⁵⁸ BRASIL. Portaria Ministerial n. 1.236, de 14 de Outubro de 1993, Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_espeho_consulta.cfm?id=3342614&highlight&tipoBusca=post&slcOrigem=0&slcFonte=0&sqlcTipoNorma=27&hdTipoNorma=27&buscaForm=post&bkp=pesqnorma&fonte=0&origem=0&sit=0&assunto&qtd=10&tipo_norma=27&numero=1236&data=++&dataFim&ano&pag=1>. Acesso em: 17/11/2014 às 10:44.

É o entendimento que se busca reconquistar, uma vez que atualmente a Administração Pública indefere todos os pedidos, tratando indistintamente situações bem diferentes, como os casos já destacados, de síndrome de intestino curto e de retinose pigmentar, em que o primeiro há ameaça do direito à vida, com possibilidade de tratamento de êxito no exterior, enquanto que o segundo corresponde à doença ocular, com procedimento sem comprovação científica de sucesso.

Assim, a partir da revogação da Portaria n. 763/1994, seria possível um novo enfoque sobre o tema, em que o estudo sobre a viabilidade de tratamento médico no exterior poderia ser realizado administrativamente, respeitando-se os requisitos necessários, como a presença do risco de morte em caso de não realização do procedimento, o tratamento com êxito não disponível no Brasil e existente no exterior.

Isso porque, como anteriormente mencionado, é incabível uma portaria trazer uma limitação à efetivação do direito à saúde de pessoas que necessitam de respectivo procedimento para a manutenção da vida, podendo-se considerar um retrocesso social, vez que a norma trouxe uma restrição a um direito fundamental.

É o entendimento trazido por Sérgio Francisco Piola:

Para muitos juristas, o princípio da reserva do possível se aplicado sem maiores limitações pode levar a não efetivação de direitos sociais. Em contraponto a essa situação, tem sido defendida a tese de que haveria um núcleo básico de direitos sociais e econômicos vinculados à noção de garantia da dignidade humana, que deveriam ser sempre e de imediato tutelados. Este é o princípio do mínimo existencial. Outro princípio que também tem sido evocado nas discussões sobre a garantia da efetivação dos direitos sociais e, em particular, do direito à saúde é o da proibição do retrocesso social, que exprime a preocupação com a possibilidade de norma infraconstitucional vir restringir direitos ou comprometer a integralidade do direito estatuído.¹⁵⁹

Por tal razão, frisa-se que não cabe ao legislador regredir, mormente por antes ter havido norma benéfica aos envolvidos, que não tinham como única saída apenas a busca pelo Judiciário, mas também a possível análise administrativa.

Nesse sentido, merecem ser destacadas as considerações de Cândice Lisbôa Alves sobre o princípio da proibição ao retrocesso social, ao dispor que “Na dimensão negativa, o princípio da vedação ao retrocesso social determina que o legislador que não

¹⁵⁹ PIOLA, Sérgio Francisco. Financiamento público da Saúde: algumas questões. In: ALVES, S., DELDUQUE, M., DINO NETO, N. **Direito sanitário em perspectiva**. Brasília: ESMPU, 2013. v. 2. p. 86-100. p. 94-95.

regrida na disposição normativa anteriormente elaborada que, de forma direta ou indireta, garanta a efetividade do direito fundamental, em especial dos direitos sociais.”¹⁶⁰

Percebe-se, portanto, com o intuito de se assegurar o princípio da vedação ao retrocesso social, mormente para manutenção dos direitos à saúde, à dignidade e à vida, que é imprescindível a alteração do atual cenário aos que necessitam de tratamento médico no exterior não disponibilizado no país.

¹⁶⁰ ALVES, Cândice Lisbôa. **Direito à saúde:** Efetividade e proibição do retrocesso social. Belo Horizonte: D'Plácido, 2013. p. 172.

CONCLUSÃO

O estudo sobre o direito à saúde engloba diversos temas controversos e relevantes. Isso porque, conforme demonstrado no decorrer do trabalho, corresponde a direito fundamental, intimamente ligado aos direitos à vida e à dignidade da pessoa humana, exigindo-se do Estado prestações para sua efetivação.

Dentre eles, um tema que merece destaque é a análise da possibilidade de custeio, pelo Sistema Único de Saúde, de tratamento de saúde oferecido no exterior e não disponibilizado no país com possibilidade de êxito, uma vez que há vedação para respectiva concessão na esfera administrativa e corresponde à matéria em discussão nos tribunais.

Pois bem, embora o Estado proíba administrativamente o financiamento e, no âmbito do Poder Judiciário, tente se utilizar de diversos fundamentos para a não concessão, acredita-se que as questões envolvendo o direito à saúde devem ser colocadas em um patamar mais elevado, a fim de que realmente sejam preservados os princípios basilares previstos no texto constitucional.

Como já mencionado, o direito à saúde no Brasil passou por diversas transformações, destacando-se a criação das Santas Casas de Misericórdia como um importante passo para o país, uma vez que, embora não tenha conseguido conter os sérios problemas de saúde da coletividade da época, representou a tentativa de combater as doenças existentes.

Extraí-se, entretanto, que os avanços no âmbito da saúde foram ocorrendo de forma lenta e gradativa, sendo que os textos constitucionais anteriores ao de 1988 nada dispuseram a respeito do acesso à saúde a todos.

Dentro desse período, diante da realidade precária da saúde no país, surgiram movimentos que culminaram no Movimento Sanitária, com expressiva participação popular e que, conforme o novo conceito de Estado Social e, juntamente com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, resultaram na positivação constitucional do direito à saúde.

A partir da constitucionalização do acesso à saúde a todos, elevando-se o direito à saúde a condição de direito fundamental, iniciou-se um novo cenário no país, marcado pela implementação do Sistema Único de Saúde e pela responsabilização do Estado.

Como se sabe, o SUS representou um grande avanço para a sociedade brasileira, que passou a poder exigir do Estado melhores condições de saúde, pautando-se no próprio ordenamento jurídico.

Ocorre que, embora a previsão constitucional tenha trazido o direito à manutenção da saúde como um dever do Estado, a realidade, até os dias atuais, é diversa da traçada na Constituição Federal.

Dentro desse contexto, ao se analisar o objeto do presente estudo, qual seja, a possibilidade de custeio, pelo Estado, de tratamento médico oferecido no exterior e não disponibilizado no país, percebe-se que há pessoas que dependem, para a manutenção da vida, da respectiva concessão, o que dificilmente é alcançado, uma vez que a Portaria n. 763/1994 do Ministério da Saúde veda esse financiamento.

Além disso, com relação aos processos judiciais existentes sobre os pedidos de concessão do respectivo custeio, verifica-se que o próprio Estado tenta se escusar da concessão por meio de vários fundamentos, como o da teoria da reserva do possível, ao alegar impossibilidade financeira para arcar com determinado pedido.

Entretanto, conforme já mencionado, há situações nas quais os pedidos envolvendo o direito à saúde se relacionam diretamente com princípios basilares previstos na Constituição, quais sejam, a dignidade da pessoa humana e o direito à vida, em que não há espaço para alegação da referida teoria, mormente para a manutenção do mínimo existencial, o que é nítido nos casos apresentados neste trabalho.

Sobre esse aspecto, vale ressaltar que ao tratar sobre situações nas quais o tratamento corresponde à única possibilidade de manutenção da vida, tal fato, por si só, deveria ser fundamento suficiente para a concessão.

Em razão disso, percebe-se a indispensável necessidade de alteração do cenário da saúde sobre o tema em questão, uma vez que embora seja legítima a busca pelo Poder Judiciário para a elucidação dos respectivos casos, mormente por se tratar de única saída dos envolvidos, trata-se de caminho ameaçado por diversos fatores, como pela falta de celeridade e pela tentativa do Estado de barrar a concessão.

Assim, tem-se na revogação da Portaria n. 763/1994 o novo caminho a traçar, principalmente por sua abusividade frente ao princípio da vedação ao retrocesso social, uma vez que, analisando-se as normas anteriores sobre o assunto, extrai-se que a portaria revogada

pela atual previa a possibilidade de custeio, desde que fossem respeitados os requisitos específicos.

A partir daí, a possibilidade de análise do respectivo custeio na esfera administrativa oferecerá mais celeridade e será mais correta, pois deixará de tratar indistintamente situações diferentes, como os que necessitam e os que não dependem do tratamento para a manutenção da vida, uma vez que deixará de proibir, sem critérios de diferenciação, qualquer financiamento de tratamento de saúde no exterior.

Ter-se-á, assim, um novo enfoque sobre o tema, no qual o estudo sobre a viabilidade do tratamento de saúde no exterior será realizado administrativamente, respeitando-se os requisitos necessários, como a presença do risco de morte em caso de não realização do procedimento e a existência de tratamento com êxito oferecido no exterior e não disponível no Brasil, com o objetivo principal de se preservar os direitos à saúde, à dignidade da pessoa humana e à vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Cândice Lisbôa. **Direito à saúde: Efetividade e proibição do retrocesso social.** Belo Horizonte: D'Plácido, 2013.

ALVES, S., DELDUQUE, M., DINO NETO, N. **Direito sanitário em perspectiva.** Brasília: ESMPU, 2013. v. 2.

AMADO, Frederico. **Curso de direito e processo previdenciário.** 5 ed. rev. e atual. Salvador: Juspodivm. 2014.

Assessoria de Comunicação Social do TRF3 – 3012-1329/3012-1446. TRF3 mantém decisão que determinou tratamento de bebê nos EUA. Publicação de 16 de junho de 2014. Disponível em: <<http://web.trf3.jus.br/noticias/Noticias/Noticia/Exibir/314436>>. Acesso em: 06/11/2014 às 11:03.

BARCELLOS, Ana Paula. O direito a prestações de saúde: complexidades, mínimo existencial e o valor das abordagens coletiva e abstrata. **Revista da Defensoria Pública**, ano 1, v. 1, n. 1, p. 133-160, jul./dez. 2008, ISSN 1984-283X. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/20/documentos/outros/Revista%20n%C2%BA%201%20Volume%201.pdf>>. Acesso em: 20/12/2014 às 10:00.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil.** 4 ed. São Paulo: Ática. 2010.

BRASIL. Constituição (1824). Constituição Política do Império do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao24.htm>. Acesso em: 10/10/2014 às 10:00.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 03/11/2014 às 10:30.

BRASIL. Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm>. Acesso em: 19/12/2014 às 10:46.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 03/11/2014 às 23:00.

BRASIL. Portaria Ministerial n. 763 MS/GM, de 07 de Abril de 1994. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1994/prt0763_07_04_1994.html>. Acesso em: 17/11/2014 às 10:43.

BRASIL. Portaria Ministerial n. 1.236, de 14 de Outubro de 1993, Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_espelho_consulta.cfm?id=3342614&highlight&tipoBusca=post&slcOrigem=0&slcFonte=0&sqlcTipoNorma=27&hdTipoNorma=27&buscaForm=post&bkp=pesqnorma&fonte=0&origem=0&sit=0&assunto&qtd=10&tipo_norma=27&numero=1236&data=++&dataFim&ano&pag=1>. Acesso em: 17/11/2014 às 10:44.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Agravo Regimental no Recurso Extraordinário n. 393.175/RS, Segunda Turma. Relator Ministro Celso de Mello. Brasília, DF. Julgado em 12/12/2006. DJ 02/02/2007. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br>>. Acesso em: 16/11/2014 às 12:00.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Mandado de Segurança n. 8.895/DF. Primeira Seção. Relatora Ministra Eliana Calmon. Julgado em 22/10/2003. DJ 07.06.2004. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br>>. Acesso em: 20/11/2014 às 11:10.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Agravo Regimental no Agravo em Recurso Especial n. 489421 RS 2014/0059558-7. Relator Ministro Humberto Martins. Julgado em 20/03/2014. DJ 13/05/2014. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br>>. Acesso em: 30/11/2014 às 13:10.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Mandado de Segurança n. 6.002/DF, Relator Ministro Humberto Gomes de Barros, Primeira Seção, DJ 14/02/2000. Disponível em: <http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?tipo_visualizacao=RESUMO&livre=%28%22HUMBERTO+GOMES+DE+BARROS%22%29.min.&processo=6002&b=ACOR&thesaurus=JURIDICO#DOC1>. Acesso em: 17/11/2014 às 22:06

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Mandado de Segurança n. 8.740/DF. Relator Ministro João Otávio de Noronha. Primeira Seção. DJ 09/02/2004. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/doc.jsp?livre=DEVER+DO+ESTADO+DIREITO+FUNDAMENTAL+%C0+VIDA+E+%C0+SA%DADE&&b=ACOR&p=true&t=JURIDICO&l=10&i=43>>. Acesso em: 17/11/2014, às 10:09.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial n. 338.373/PR, Relatora Ministra Eliana Calmon, Relatora para acórdão Ministra Laurita Vaz, Segunda Turma, DJ 24/03/2003. Disponível em:

<<http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/doc.jsp?livre=exterior+direito+%E0+sa%FAde&&b=ACOR&p=true&t=JURIDICO&l=10&i=23#DOC23>>. Acesso em: 17/11/2014 às 21:46.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial n. 1.041.197/MS. Segunda Turma. Relator Ministro Humberto Martins. Julgado em 25/08/2009. DJ 16/09/2009. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br>>. Acesso em: 18/12/2014 às 08:35.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. Agravo de Instrumento n. 70051341527 RS, Vigésima Segunda Câmara Cível. Relatora Mara Larsen Chechi. DJ 11/10/2012. Disponível em: <<http://tj-rs.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/22761396/agravo-de-instrumento-ag-70051341527-rs-tjrs/inteiro-teor-110969251>>. Acesso em: 30/11/2014 às 13:00.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Apelação em Mandado de Segurança n. 200534000011739, Relator Convocado Juiz Gláucio Maciel Gonçalves. Julgado em 20/07/2011. DJ 29/07/2011. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/busca?q=CUSTEIO+DE+TRATAMENTO+DE+SA%C3%9ADE+REALIZADO+NO+EXTERIOR>>. Acesso em: 05/11/2014 às 09:00.

BRASIL. Tribunal Regional Federal 3ª Região. Agravo de Instrumento n. 0008474-47.2014.4.03.0000/SP. Relator Desembargador Federal Márcio Moraes. DJ 18/06/2014. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/71951337/trf-3-judicial-i-18-06-2014-pg-595>>. Acesso em: 07/11/2014 às 18:30.

CASTRO, Carlos Alberto Pereira de. **Manual de Direito Previdenciário**. 13 ed. São Paulo: Conceito Editorial, 2011.

CRUZ, Marly Marques da. Histórico do sistema de saúde, proteção social e direito à saúde. *In*: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV (organizadores). **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, 2011. p. 35-46. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12543&Tipo=B>>. Acesso em: 02/12/2014 às 10:43.

DALLARI, Sueli Gandolfi. A Construção do Direito à Saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n.3, p. 9-34, nov. 2008/fev. 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/viewFile/13128/14932>>. Acesso em: 03/11/2014 às 13:00.

FENSTERSEIFER, Tiago. Defensoria Pública, direito fundamental à saúde, mínimo existencial, ação civil pública e controle judicial de políticas públicas. **Revista da Defensoria Pública**, ano 1, v. 2, n. 1, p. 411-441, jul./dez. 2008, ISSN 1984-283X. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/20/documentos/outros/Revista%20n%C2%BA%201%20Volume%202.pdf>>. Acesso em: 20/12/2014 às 10:00.

GOES, Hugo Medeiros de. **Manual de direito previdenciário**. 4 ed. Rio de Janeiro: Ferreira, 2011.

GOMES, Fábio de Barros Correia. Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da emenda 29/00. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, p. 6-17, jan./março.2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n100/0103-1104-sdeb-38-100-0006.pdf>>. Acesso em: 18/12/2014 às 14:16.

G1 Globo.com. Disponível em: <<http://g1.globo.com/se/sergipe/noticia/2014/05/bebe-necessita-de-r-2-milhoes-para-fazer-transplante-de-intestino-nos-eua.html>>. Acesso em: 07/11/2014 às 19:55.

HASSU, Thiago; LIMA, Bruno. Amigos do Pedrinho. Disponível em: <<http://www.amigosdopedrinho.com.br/>>. Acesso em 07/11/2014 às 19:50.

IBRAHIM, Fábio Zambitte. **Curso de direito previdenciário**. 19 ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2014.

JABOUR, Ana Maria Lammoglia. A justiciabilidade do direito fundamental à saúde. **Revista da Procuradoria-Geral do Município de Juiz de Fora**. Belo Horizonte, ano 2, n. 2, p. 67-77, jan./dez. 2012. Disponível em: <http://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/pgm/documentos/revistas/2012/04_ana_maria_lammoglia_jabour.pdf>. Acesso em: 10/11/2014 às 20:00.

KERTZMAN, Ivan. **Curso prática de direito previdenciário**. 11 ed. rev. e atual. Salvador: Juspodivm. 2014.

LEITÃO, André Studart e MEIRINHO, Augusto Grieco Sant'ana. **Manual de direito previdenciário**. 2 ed. São Paulo: Saraiva. 2014.

LIMA, N., GERCHMAN, S., EDLER, F. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MARTINEZ, Wladimir Novaes. **Curso de direito previdenciário**. 5 ed. São Paulo: LTr, 2013.

MARTINS, Sérgio Pinto. **Direito da Seguridade Social**. 34 ed. São Paulo: Atlas, 2014.

MENDES, G., COELHO, P., BRANCO, P. **Curso de direito constitucional**. 4 ed., rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal da Saúde – Entenda o SUS. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/entenda-o-sus>>. Acesso em: 18/12/2014 às 16:05.

OLIVEIRA, Neilton Araújo de (Org). **DIREIRO SANITÁRIO**: Oportuna discussão via coletânea de textos do ‘blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania’. ANVISA, CONASEMS, CONASS. Brasília, 2012.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 148 p.

PAULO, Vicente, ALEXANDRINO, Marcelo. **Direito Constitucional descomplicado**. 8 ed. Rio de Janeiro: Forense, São Paulo: MÉTODO, 2012.

PIOVESAN, Flávia. Justiciabilidade dos direitos sociais e econômicos: desafios e perspectivas. **Revista da Defensoria Pública**, ano 1, v. 1, n. 1, p. 161-178, jul./dez. 2008, ISSN 1984-283X. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/20/documentos/outros/Revista%20n%C2%BA%201%20Volume%201.pdf>>. Acesso em: 20/12/2014 às 10:00.

SANTOS, Marisa Ferreira dos. **Direito previdenciário esquematizado**. Coordenação: Pedro Lenza. 4 ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

SARLET, Ingo Wolflang. FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. **Revista da Defensoria Pública**, ano 1, v. 1, n. 1, p. 179-234, jul./dez. 2008, ISSN 1984-283X. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/20/documentos/outros/Revista%20n%C2%BA%201%20Volume%201.pdf>>. Acesso em: 20/12/2014 às 10:00.