



Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro

Direito Público à Saúde

João Paulo Nagime Barros Lobo

Rio de Janeiro

2015

JOÃO PAULO NAGIME BARROS LOBO

Direito Público à Saúde

Artigo Científico apresentado como exigência de conclusão de Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* da Escola de Magistratura do Estado do Rio de Janeiro.

Professores Orientadores:

Mônica Areal

Néli Luiza C. Fetzner

Nelson C. Tavares Junior

Rio de Janeiro

2015

DIREITO PÚBLICO À SAÚDE

João Paulo Nagime Barros Lobo

Graduado pela Faculdade de Direito da Universidade Federal Fluminense. Analista Judiciário do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro.

Resumo: Historicamente, o Direito Público à Saúde esteve ligado aos meios de produção. A Constituição Federal de 1988 quebrou esse paradigma e previu o atendimento integral como diretriz do Sistema Único de Saúde. A premente necessidade de as instituições se adaptarem para regulação e efetivação desse Direito, o aumento substancial no número de demandas judiciais para sua efetivação, aliado às urgências inerentes às questões sobre saúde elevam o Judiciário ao papel de protagonista na efetivação e delimitação desse Direito. Os entendimentos predominantes no STF sobre o Direito Público à Saúde são que: (1) o Direito Público à Saúde é um direito público subjetivo; (2) os Entes da Federação são solidariamente obrigados a garanti-lo; (3) há a possibilidade de o Judiciário determinar ao Poder Executivo a implementação medidas concretas, com o fim de cumprir políticas públicas previamente estabelecidas, ligadas ao Direito Público à Saúde; (4) quanto à obrigação de fornecer insumos e prestar serviços de saúde: (4.1) há obrigação de a Administração Pública fornecer medicamentos, quando previstos nas listas oficiais ou em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas; (4.2) não há obrigatoriedade quando o tratamento é experimental; (4.3) quando houver previsão de tratamento especificado pelo SUS, esse deve ser prestigiado, sem prejuízo de, excepcionalmente, determinar tratamento alternativo, conforme comprovada a necessidade, analisada caso a caso; (5) o alto custo e conseqüente grave dano à economia popular devem ser comprovados, sem prejuízo da repercussão geral sobre esse tema reconhecida em recurso especial ainda não julgado.

Palavras-chave: Direito à Saúde.

Sumário: Introdução. 1. Evolução Histórica do Direito Público à Saúde no Brasil. 2. O Sistema Único de Saúde. 3. Direito Público à Saúde Previsto sob o Prisma das Decisões do STF. Conclusão. Referências.

INTRODUÇÃO

Na esteira do desenvolvimento dos direitos sociais, surgiu para a Administração Pública a obrigação de realizar prestações positivas para sua efetivação. Os antigos paradigmas não satisfaziam mais as exigências da época e, sensíveis a essa situação, as

constituições ganharam mais consistência: suas normas adquiriram imperatividade, e seus conteúdos passaram a traçar as decisões políticas fundamentais e a estabelecer prioridades.

Em decorrência da promulgação da Carta Constitucional de 1988 e desta nova compreensão das normas constitucionais, o Estado se tornou obrigado a custear serviços de saúde e fornecer medicamentos. Daí surgiram inúmeras demandas judiciais com o escopo de obter desde o mais singelo remédio até o tratamento mais dispendioso. Por consequência, as instituições se viram obrigadas a traçar estratégias de atendimento desse Direito.

Nesse contexto, esse artigo busca reconhecer os contornos das obrigações do Estado decorrentes do Direito Público à Saúde. A importância do bem tutelado somada ao crescente número de demandas em que se busca esse Direito situam a importância social e prática do presente estudo. Ademais, sua definição contribui para uniformização das decisões judiciais e, por consequência, para uma prestação jurisdicional mais justa.

É comum afirmar que não se pode compreender adequadamente os Direitos Fundamentais expressos na Constituição de 1988 a não ser no contexto histórico que lhes deu origem. Em virtude dessa premissa, o desenvolvimento histórico da saúde e do Direito Público à Saúde foi prestigiado com o primeiro capítulo. Nele é exposta e contextualizada uma síntese dos principais fatores que determinaram a concepção atual do Direito Público à Saúde.

No segundo capítulo será realizada uma breve abordagem dos princípios e diretrizes do SUS, de modo a explicitar suas orientações e valores perseguidos. Esse é o Sistema que tem a importante atribuição de estruturar a efetivação do atual Direito Público à Saúde.

No terceiro e último capítulo, é realizada uma análise das principais decisões do STF sobre o tema. Nele o Direito Público à Saúde ganha contornos mais nítidos, e é explicitado o papel de protagonista do Judiciário na construção desse Direito.

O resultado da pesquisa foi sistematizado na conclusão. Foi utilizado, para tanto, a pesquisa bibliográfica através de consultas à literatura e doutrina nacional, bem como a periódicos, textos selecionados no meio eletrônico, à legislação brasileira e à jurisprudência dos tribunais superiores.

1. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO DIREITO PÚBLICO À SAÚDE NO BRASIL

Previamente à formação do Estado Brasileiro, atuavam as Santas Casas de Misericórdia. A preocupação com a situação dos enjeitados e marginalizados foi a origem de sua fundação, em 1498, em Portugal, e em 1539, em Olinda, Pernambuco¹². Surgiram com função muito mais assistencial do que terapêutica: abrigavam, além dos enfermos, os abandonados, marginalizados e os excluídos do convívio social, como os criminosos doentes e os doentes mentais. Elas se anteciparam às atividades estatais de assistência social e à saúde.

Paralelamente, não existia um projeto de medicina social da Coroa Portuguesa. Seu principal foco era a fiscalização, exercido através da Fisicatura. A primeira faculdade de medicina no Brasil somente foi criada em 1808, após a chegada de Dom João VI³. Antes disso, Portugal não permitia a criação de faculdades em suas colônias⁴.

Nesse período, o principal tema da relação entre saúde e sociedade era o da sujeira e o dever de zelar pela limpeza da cidade. As Ordenações Filipinas atribuíam aos governos

¹ Segundo o site da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas, em que pese aparecer a Santa Casa de Misericórdia de Olinda como a mais antiga do Brasil, não existe documentação oficial que comprove ter sido esta a data da sua fundação. Portanto, oficialmente, a de Santos é considerada a primeira do Brasil. A Santa Casa de Misericórdia de Santos foi fundada em 1543, por Braz Cubas.

² PORTAL Institucional. Disponível em: <<http://www.cmb.org.br/index.php/component/content/article/25-institucional/historia/179-as-santas-casas-nasceram-junto-com-o-brasil>> Acesso em: 14 de ago. 2015.

³ ROSEMBERG, Ana Margarida Furtado Arruda. Breve História da Saúde Pública no Brasil. In: Organizadores Maria Zélia Rouquayrol e Marcelo Gurgel. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: Científica Ltda., 2013, p. 2.

⁴ MACHADO *apud* GALVÃO, Márcio Antônio Moreira. *Origem das Políticas de Saúde Pública no Brasil: do Brasil-Colônia a 1930*. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf>. Acesso em: 14 de ago. 2015.

locais essa incumbência, bem como a de fiscalizar o comércio de alimentos, que a exerciam por meio das Câmaras Municipais. A população das colônias aparecia como elemento vital de sua povoação e produção, de modo a propiciar a defesa do território e da riqueza. O porto, por sua vez, era um local estratégico da ação municipal, já que era o ponto de contato com o exterior, via da penetração de pestes.

Para Márcio Antônio Moreira Galvão⁵, todo período colonial foi permeado pelo embate da municipalização versus centralização, com o poder e a responsabilidade sobre a higiene pública alternando-se entre um poder central e o poder das Câmaras Municipais. Para ele, essa questão perdurou também durante o Império, para desembocar nas campanhas sanitárias do início do século XX, momento em que o Congresso transferiu para o poder central a responsabilidade pelos problemas sanitários no Distrito Federal.

Com a vinda da família real em 1808, com toda corte portuguesa, foram criadas as primeiras faculdades de medicina do Brasil: em 18 de fevereiro de 1808 em Salvador, e em 5 de novembro de 1808 no Rio de Janeiro⁶. Em 1824 a primeira Constituição do Brasil foi outorgada pelo imperador D. Pedro I sem nenhuma menção à saúde.

Em 1835 a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro foi transformada em Academia Imperial de Medicina⁷ a convite da regência, o que constituiu aceitação pelo governo de suas proposições e objetivos. Essa sociedade procurou elaborar o saber médico-científico da medicina social brasileira e assessorar e criticar a execução das medidas de higiene que até 1850 ficou sob o controle das Câmaras Municipais. Essa sociedade foi a

⁵ Ibid.

⁶ ROSEMBERG, op. cit., p. 2.

⁷ Conforme Ana Margarida Furtado Arruda Rosemberg, em 1831 a referida academia passou a publicar os Seminários de Saúde Pública, posteriormente convertidos em Anais da Academia Nacional de Medicina (a mais antiga publicação ininterrupta do país).

⁸ ROSEMBERG, op. cit., p. 3.

principal responsável pela elaboração de toda a legislação sanitária da época e, aos poucos, seus membros foram se infiltrando nas Câmaras e no próprio Estado.

A segunda Constituição do Brasil, outorgada pelo Congresso Constitucional em 1891, do mesmo modo que a anterior, não fez qualquer menção à Saúde.

A abolição da escravatura, ocorrida em 1888, provocou um aumento dos imigrantes europeus. A febre amarela vitimava mais europeus que africanos⁹¹⁰. Por essa razão a organização sanitária focou mais nessa do que em outras doenças, pois significavam ameaças maiores para a força de trabalho imigrada e nacional, bem como para as classes dominantes¹¹¹². A regularidade que atacava o Rio de Janeiro - que nesse período era conhecido como “Túmulo dos Estrangeiros” -, a grande susceptibilidade dos estrangeiros e o fracasso em resolver o problema evidenciaram a necessidade de uma organização sanitária além do plano municipal e estadual, com capacidade de intervenção nacional.

No Rio de Janeiro foi criado, em 1899, o Instituto Soroterápico de Manguinhos – posteriormente denominado Fundação Oswaldo Cruz -, para produção de soros e vacinas. Seu segundo diretor foi Oswaldo Cruz, que iniciou um trabalho para a erradicação da febre amarela no Rio de Janeiro.

De 1902 e 1906, o presidente Rodrigues Alves, o prefeito do Rio de Janeiro, Pereira Passos, e Oswaldo Cruz promoveram uma reforma urbanística na capital da República. Demoliram bairros populares classificados como insalubres, chegando a deixar 14 mil desabrigados¹³¹⁴. Em 1 de setembro de 1904, o Jornal do Commercio noticiou que a vacina

⁹ Esses últimos sucumbiam mais à tuberculose.

¹⁰ ROSEMBERG, op. cit., p. 3-4.

¹¹ Dom João VI perdeu dois irmãos e um filho vítimas da varíola. Já em 1811, ele criou a Junta Vacínica da Corte, para implementar a vacinação no país. Já em 1837 ficou estabelecida a imunização compulsória das crianças contra a varíola.

¹² ROSEMBERG, op. cit., p. 2.

¹³A “Civilização” dos Moradores. Disponível em: < <http://www.ccms.saude.gov.br/revolta/pdf/M1.pdf>>. Acesso em: 4 de jul. de 2015.

contra a varíola era obrigatória. Militares positivistas foram contra a obrigatoriedade. Reconheciam o progresso da ciência, mas a imposição da vacina contrariava a liberdade e o direito do cidadão. Questão de saúde se tornou questão de polícia e culminou na Revolta da Vacina, que transformou a capital da República, durante cinco dias, em praça de guerra¹⁵.

Durante a maior parte do século XX, o Estado concentrava suas atividades na prevenção de doenças e deixava para iniciativa privada, por meio de médico-assistencialistas, prover a saúde dos trabalhadores formais¹⁶.

Os trabalhadores não tinham direito às férias, jornada de trabalho definida, pensão ou aposentadoria, o que os levou a realizar duas greves gerais em 1917 e 1919. Esse movimento culminou com a aprovação do Dec. n.º 4.682, em 24 de janeiro de 1923, conhecido como Lei Eloy Chaves, que representou um marco inicial da Previdência Social no Brasil¹⁷. Esse Decreto instituiu a Caixa de Aposentadorias e Pensões - CAP para os ferroviários, em cada uma das empresas de estrada de ferro, e tinha por objetivo a concessão de aposentadoria, pensão por morte, prestação de socorros médicos aos segurados e as suas famílias e fornecimento de medicamentos com preços especiais¹⁸.

No mesmo governo, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública - MESP, em 1930, que a partir de 1937 passou a se chamar Ministério da Educação e Saúde - MES. Em 1931 foi publicado o Decreto n.º 20.465 que estendeu a obrigatoriedade das CAP, nos moldes da Lei Eloy Chaves, a outras categorias profissionais.

Em 1934 foi promulgada Constituição, no primeiro governo de Getúlio Vargas, que no seu art. 10, inciso II, previa a competência concorrentemente da União e dos Estados para

¹⁴ Considerando que, segundo o mesmo texto, em 1900 o Rio contava com 691.565 habitantes, mais de 2% da população ficou desabrigada.

¹⁵ ROSEMBERG, op. cit., p. 5-6.

¹⁶ NUNES apud LEHMANN, Leonardo Henrique Marques. *Saúde e Ministério Público na Pós-Modernidade*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2014, p. 81.

¹⁷ ROSEMBERG, op. cit., p. 6.

¹⁸ REZENDE apud Lehmann, op. cit., p. 81.

cuidar da saúde e assistências públicas. Logo em 1937, foi outorgada nova constituição, que instituiu o regime ditatorial do Estado Novo, estabelecendo no seu art. 18, inciso XXVI, a competência privativa da União para legislar sobre normas gerais de proteção da saúde.

Até o fim do Estado Novo a Previdência Social foi estendida a diversas categorias de operariado urbano, substituindo a CAP por Institutos de Aposentadoria e Pensões - IAP, organizados por categorias profissionais, e não por empresas. Entre 1934 e 1938 foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos, dos Comerciários, dos Bancários, dos Industriários e dos Estivadores e Transportadores de Cargas¹⁹. Nos mesmos moldes da CAP, os IAP incluíam a prestação de assistência médica aos seus segurados, o que mantinha a lógica de setorização e exclusão do restante da população. A principal mudança entre eles foi o ingresso do Estado, dos empregados e empregadores como co-financiadores.²⁰

O período de Vargas ficou caracterizado pela separação entre saúde pública e assistência médica previdenciária. A primeira era subordinada ao MES e tratava do controle de endemias a epidemias, e a segunda era exercida livremente ou pelos serviços vinculados ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, restritos aos trabalhadores. Essa característica permaneceu por longo tempo, quando foi ampliada a assistência médica individual em detrimento das atividades de saúde pública²¹.

A democracia foi restabelecida pela Constituição de 1946. Seu art. 5º, inciso XV, alínea b, previu a competência da União para legislar sobre normas gerais de defesa e proteção da saúde.

Em maio de 1954 foi publicado o Dec. n.º 33.448, que institui o Regulamento Geral dos IAP, atribuindo-lhes o caráter de serviço público descentralizado da União, com natureza de autarquia, vinculada ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Definiu entre suas

¹⁹ ROSEMBERG, op. cit., p. 6-7.

²⁰ LEHMANN, op. cit., p. 81.

²¹ ESCOREL; TEIXEIRA apud LEHMANN, op. cit., p. 84-85.

finalidades a prestação de serviços que visassem à proteção de sua saúde e concorressem para o seu bem-estar e estabeleceu como segurados todos aqueles que exercessem emprego ou atividade remunerada ou auferissem proventos, com exceção dos servidores públicos.

Em 1960 foi publicada a Lei n.º 3.807, Lei Orgânica da Previdência Social, cujo maior impacto foi em relação à qualidade dos serviços, tendo em vista que o regime de assistência médica passou a ser assegurado a todos os trabalhadores regulados pela CLT, independentemente da categoria profissional²².

No regime militar os IAP foram extintos e foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, que unificou o regime de previdência social e assistência médica a toda a população segurada. No período que se seguiu foi promulgada a Constituição de 1967, sem alteração substancial do Direito Público à Saúde. Houve, ainda, o crescimento do setor médico privado, através de subsídio do setor público; momento em que, em apenas três anos, o número de hospitais privados com fins lucrativos passou de 944 para 1.423, enquanto que o de hospitais passou de 2.847 para 3.235²³.

Ainda em 1967, foi editado o Decreto-lei n.º 200, que determinou a preferência da contratação de serviços privados em detrimento da ampliação das redes públicas. Como um dos fatores de estímulo, havia a possibilidade de a empresa deixar de contribuir ao INPS e contratar uma empresa médica para assistência aos empregados.

O modelo de saúde previdenciária teve sua crise aprofundada ao final dos anos 70, diante do alto custo da assistência, que era insuficiente para demanda; da menor arrecadação em tempo de crise econômica e dos desvios de recursos pelo setor privado²⁴.

²² LIMA apud LEHMANN, op. cit., p. 88.

²³ RODRIGUES; SANTOS apud LEHMANN, op. cit., p. 91.

²⁴ LEHMANN, op. cit., p. 93.

A partir do governo Geisel, surgiu o Movimento Sanitário Brasileiro, representado por estudantes, médicos e profissionais das áreas acadêmica de docência e pesquisa, que buscavam uma nova política de saúde, de caráter universal e igualitário. Após sua expansão, foi articulada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, com massiva participação popular, quando foi discutido e aprovada a unificação do sistema de saúde, com gratuidade e descentralização dos serviços e ações em saúde.

As ideias desse movimento permearam a Constituinte de 1988, que culminou pelo delineamento, na Constituição de 1988, de saúde como considerada “direito de todos e dever do Estado”, conforme seu art. 196. Nas palavras de Leonardo Lehmann²⁵:

Pela primeira vez na história do Brasil, a proposta de universalização do acesso a todos os níveis de atenção à saúde, independente de qualquer contribuição ou da ocupação da pessoa no mercado de trabalho, conformou o desenho histórico da cidadania regulada e sua expressão na política sanitária, tendo o SUS reconhecido a vinculação da saúde às condições econômicas e sociais, propugnando que o direito à saúde implica na garantia, pelo Estado, não somente de serviços de saúde, mas também de políticas econômicas e sociais que propiciem melhores condições de vida. O SUS passou a reafirmar a saúde como um valor e um direito humano fundamental.

Durante o governo Collor foi aprovada a Lei n.º 8.080/90 regulamentando o SUS. Três meses após o veto presidencial de 25 artigos da referida lei, o movimento conseguiu solucionar parcialmente o impasse com a edição da Lei n.º 8.142/90 que, juntamente com a anterior, são consideradas as Leis Orgânicas da Saúde - LOS²⁶.

Com a criação do SUS, as ações de saúde passaram a ser responsabilidade direta do Ministério da Saúde, com organização totalmente distinta da previdência social²⁷.

A Emenda Constitucional n.º 29, de 2000, previu a aplicação de recursos mínimos na área da saúde. Em que pese à garantia constitucional, o jornal Folha de São Paulo noticiou, em 11 de junho de 2008, que, segundo relatório do Ministério da Saúde, apenas oito Estados e o DF cumprem os gastos mínimos em saúde previstos na Constituição. Entre os 18

²⁵ LEHMANN, op. cit., p. 97-98.

²⁶ ARRETCHE, Marta apud LEHMANN, op. cit., p. 109.

²⁷ IBRAHIM, Fábio Zambitte. *Curso de Direito Previdenciário*. 20. ed. Niterói: Impetus, 2015, p. 8.

irregulares, segundo o Ministério, estão São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Paraná, os mais ricos do país²⁸.

Diante da ampliação do Direito Público à Saúde, a busca por sua tutela judicial, de forma individualizada, cresceu substancialmente. Dados extraídos do sistema de acompanhamento da Resolução CNJ nº 107²⁹, entre 2010 e 2011³⁰ e em junho de 2014³¹, apontam a existência, respectivamente, de 240.980 e 392.291 ações de saúde no Brasil³². Estudo realizado pelo CNJ aponta que as demandas versam predominantemente sobre aspectos curativos da saúde³³, o que demonstra a ainda insuficiente organização das instituições públicas e da sociedade em torno dos novos conteúdos atribuídos a esse direito.

Para Luis Roberto Barroso³⁴, esse aumento significativo das demandas põe em risco a continuidade das políticas públicas de saúde, por desorganizar a atividade administrativa e impedir a alocação racional dos recursos. Sem prejuízo, há contínuo esforço para sua regulação. Nesse sentido, buscando controlar a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS, em abril de 2011 foi editada a Lei n.º 12.401, que alterou a Lei n.º 8.080 e

²⁸ PATU, Gustavo; PINHO, Angela. Só 8 Estados e o DF gastam em saúde o que determina a lei. *Jornal Folha de São Paulo*, São Paulo, jun. de 2008. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/brasil/fc1106200815.htm>> Acesso em: 4 de out. 2015.

²⁹ Essa Resolução instituiu o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde.

³⁰ BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. *Relatório de demandas relacionadas à saúde nos tribunais até 2011*. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/images/programas/forumdasaude/relatorio_atualizado_da_resolucao_107.pdf> Acesso em: 4 out. 2015.

³¹ Id. *Relatório de demandas relacionadas à saúde nos tribunais – dados enviados até junho de 2014*. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/images/programas/forumdasaude/demandasnostribunais.forumSaude.pdf>> Acesso em: 4 out. 2015.

³² É relevante esclarecer três pontos sobre esses relatórios: o primeiro é que os números são possivelmente maiores, tendo em vista que alguns Tribunais não informaram; o segundo, que a primeira apuração se refere a dados coletados uma única vez de cada Tribunal, durante o período de 28 de janeiro de 2010 e 21 de março de 2011; e o último, que as ações abrangem também aquelas em que são parte planos de saúde privados.

³³ BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. *Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência*. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/06/6781486daef02bc6ec8c1e491a565006.pdf>>. Acesso em: 8 de out. 2015.

³⁴ BARROSO, Luiz Roberto. *Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial*. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/dl/estudobarroso.pdf>>. Acesso em: 6 de jun. de 2015.

criou a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia. A referida lei foi regulamentada pelo Dec. n.º 7.646/11.

Em março de 2015 foi editada a Emenda Constitucional 86/2015, que ficou conhecida como emenda do “orçamento impositivo”. Élidea Graziane Pinto e Ingo Wolfgang Sarlet³⁵ afirmam que sua edição se deu em resposta às manifestações de junho de 2013. No entanto, concluem que “estamos a quantificar perdas, ademais de imprimir um ritmo menor aos avanços na conquista de novas fontes de recursos federais para o SUS, tal como implicado pela troca de critérios” para apuração do mínimo a ser aplicado. Exemplificam que o primeiro exercício financeiro após a promulgação da EC n.º 86/2015 será 2016, quando a União aplicará 13,2% da receita corrente líquida, por força do art. 2º, inciso I da Emenda, mas, em 2000, quando foi editada a EC n.º 29, a União aplicava 14% da receita corrente líquida, caracterizando um retrocesso histórico de 0,8%.

Portanto, pode-se observar que, ao longo da sua curta história, a evolução do Direito Público à Saúde é marcada por pulsantes avanços e retrocessos, retida por questões econômicas ou políticas e impulsionada principalmente por fatores sociais organizados.

2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O SUS teve sua estrutura fixada pelos princípios e diretrizes estabelecidos nos art. 196 e 198, incisos I a III, da CRFB/88, bem como na Lei n.º 8.080/90 e regulado pelo Decreto n.º 7.508/11. A universalidade, a igualdade e a equidade, ao lado da descentralização, integralidade e participação da comunidade integram os princípios e diretrizes desse Sistema.

³⁵ PINTO, Élidea Graziane; SARLET, Ingo Wolfgang. *Regime previsto na EC 86/2015 deve ser piso e não o teto de gasto em saúde*. Disponível em: < <http://www.conjur.com.br/2015-mar-24/gasto-saude-previsto-ec-862015-piso-nao-teto>>. Acesso em: 25 de abr. 2015.

Com a repartição de competências dos entes federados na estrutura do SUS, coube à União o papel de financiamento e coordenação intergovernamental; aos Estados o suporte aos sistemas municipais; e aos Municípios a gestão dos programas locais³⁶.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde, através da Portaria 2203/96, adotou a edição de Normas Operacionais Básicas como mecanismo descentralizador das ações e serviços de saúde³⁷. A Norma Operacional Básica do SUS – NOB-SUS/1996 afirma que o Direito Público à Saúde significa o “acesso universal (para todos) e equânime (com justa igualdade) a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (atendimento integral).”³⁸

O acesso universal significa que todos têm o mesmo direito a serem beneficiados por serviços, ações e fornecimentos de instrumentos oferecidos pelo sistema, independentemente de contribuírem de alguma forma para ele. Marca a diferença entre o sistema contributivo anterior, quando o Direito Público à Saúde era garantido apenas aos trabalhadores formais, vinculados à previdência social, através de serviços de saúde credenciados ao sistema previdenciário. Através dele, o risco de saúde passa a ser compartilhado solidariamente entre toda a sociedade.

A equidade revela-se, doutrinariamente, como fator que prioriza o atendimento àqueles que mais necessitam, em razão da situação de risco ou situação de vida. Há, portanto, a incorporação da discriminação positiva, para que seja assegurada prioridade aos grupos excluídos e com precárias condições de vida, decorrentes da organização social³⁹.

A integralidade é tratada no art. 7º, II, da Lei n.º 8.080/90 como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos,

³⁶ LEHMANN, op. cit., p. 110.

³⁷ BARROSO, op. cit., p. 17.

³⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.203, de 5 de novembro de 1996. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html >. Acesso em: 4 de out. de 2015.

³⁹ VASCONCELOS; PASCHE apud LEHMANN, op. cit., p. 104.

exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.”⁴⁰ Assim, à Administração Pública é incumbida a prestação de serviço integral de saúde, qualquer que seja a moléstia, ainda que de elevado custo, garantindo, inclusive, a dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde. Essa diretriz, ao lado do princípio da universalidade, é apontada como o fator de inviabilidade financeira do sistema⁴¹.

A participação da comunidade é uma garantia constitucional prevista no art. 198, III, da CRFB/88. Extrai-se daí que nas formulações de políticas públicas de saúde, do controle e de sua execução, desde o nível local até o federal haverá a participação popular, com o estímulo da comunidade de exercer o controle social desses fatores relevantes para saúde.

A análise dos resultados do SUS, em sua curta existência, demonstra indiscutíveis avanços no tratamento da saúde. Entre eles, podem ser citados: programa de tratamento e prevenção do HIV/AIDS, de referência internacional; o maior programa público de transplante no mundo; a meta de vacinação, que supera patamares de imunização de países considerados desenvolvidos; aumento da expectativa de vida; diminuição de mortalidade e desnutrição infantil; eliminação da varíola, da poliomielite e do sarampo, controle da tuberculose infantil, tétano e outras doenças prevenidas com vacinação; e realização de 85% de todos os procedimentos de alta complexidade no país⁴².

3. DIREITO PÚBLICO À SAÚDE SOB O PRISMA DAS DECISÕES DO STF.

A busca da concretização do Direito Público à Saúde previsto na CRFB/88 ocasionou a propositura de novas demandas, com a provocação da mais alta Corte do país a

⁴⁰ 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: 4 out. 2015.

⁴¹ WEICHERT apud LEHMANN, op. cit., p. 105.

⁴² ALEXANDRE apud LEHMANN, op. cit., p. 116.

enfrenta-las. A obrigação de fornecer remédios e produtos de interesse para a saúde⁴³; a existência de solidariedade entre os Entes da Federação⁴⁴; a possibilidade de sindicacão de políticas públicas⁴⁵; a obrigatoriedade de prestação de serviços e insumos de alto custo⁴⁷ e a de fornecer medicamento não registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA⁴⁸ podem ser listadas entre as principais na pauta do STF.

Embora nenhuma posição definitiva possa ser observada, é possível afirmar que algumas decisões devem prevalecer; e sobre algumas questões existe jurisprudência reiterada demonstrando uma tendência à consolidação do entendimento.

No primeiro caso se enquadra o Recurso Extraordinário n.º 855178 RG/SE, cuja repercussão geral foi reconhecida; e a decisão, ainda não transitada em julgado, foi no sentido de reafirmar a jurisprudência sobre o tema e reconhecer a existência de obrigação solidária entre os Entes Federados de prestar o tratamento médico adequado aos necessitados.

Quanto à possibilidade de sindicacão de políticas públicas, a SL 47-AgR⁴⁹, submetida ao pleno do STF, decidiu que a intervençãõ judicial é possível quando o Poder Judiciário não está inovando na ordem jurídica, mas apenas determinando que o Poder Executivo cumpra políticas públicas previamente estabelecidas. Sem prejuízo, o RE n.º 684612 RG/RJ - que tem por objeto o tema relativo aos limites da competência do Poder Judiciário para determinar obrigações de fazer ao Estado, consistentes em concursos públicos,

⁴³ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE 271286 AgR/RS. Relator: Celso de Mello. Disponível em: < <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=335538> >. Acesso em: 7 out. 2015.

⁴⁴ Id.. Supremo Tribunal Federal. RE 855178 RG/SE. Relator: Luiz Fux. Disponível em: < <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=8015671> >. Acesso em: 7 out. 2015.

⁴⁵ Id. Supremo Tribunal Federal. RE 684612 RG/RJ. Relator: Cármen Lucia. Disponível em: < <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=6047751> >. Acesso em: 7 out. 2015.

⁴⁶ Id. Supremo Tribunal Federal. ADPF 45 MC/DF. Relator: Min. Celso de Mello. Disponível em: < <http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo345.htm> >. Acesso em: 7 out. 2015.

⁴⁷ Id. Supremo Tribunal Federal. RE 566471 RG/RN. Relator: Ministro Marco Aurélio. Disponível em: < <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=499864> >. Acesso em: 7 out. 2015.

⁴⁸ Id. Supremo Tribunal Federal. RE 657718 RG/MG. Relator: Ministro Marco Aurélio. Disponível em: < <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=1983664> >. Acesso em: 7 out. 2015.

⁴⁹ Id. Supremo Tribunal Federal. SL 47-AgR. Relator: Ministro Gilmar Mendes. Disponível em: < <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=3442753> >. Acesso em: 7 out. 2015.

contratação de servidores e execução de obras que atendam o direito social da saúde - teve sua repercussão geral reconhecida pelo Plenário, embora seu mérito ainda não tenha sido julgado.

Sobre esse mesmo tema, reiterados julgados afirmam a possibilidade de o Judiciário determinar a implementação de políticas públicas através de medidas concretas: ADPF 45/DF, relator Min. Celso de Mello; AI 810864 AgR, relator Min. Roberto Barroso; RE 820910 AgR/CE, relator Min. Ricardo Lewandowski; RE 665764 AgR / RS, relator Min. Cármen Lúcia; e AI 809018 AgR/SC, relator do Min. Dias Toffoli.

No que tange à obrigação de fornecer insumos e prestar serviços de saúde, conforme afirmado pelo Min. Gilmar Mendes no julgamento da STA 175 AgR/CE⁵⁰, a questão se desdobra, a princípio, nas situações em que existe, ou não, uma política estatal que abranja a prestação de saúde pleiteada pela parte.

No primeiro caso, enquadram-se as hipóteses em que já existe a previsão nas listas oficiais do SUS ou em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PDCT, circunstância em que é predominante o entendimento no sentido da obrigatoriedade, v.g. RE 271286 AgR/RS; ou que há vedação legal a sua dispensação, caso em que não há a obrigação.

No segundo, deve ser verificada se a ausência de previsão se deve pelo fato de o tratamento pleiteado ser puramente experimental – caso em que a obrigatoriedade não é reconhecida⁵¹; ainda não incorporado pelo SUS ou em virtude de existir a previsão de tratamento alternativo – nesses últimos dois casos, haverá obrigação quando o tratamento fornecido pelo SUS não for eficaz no caso do paciente.

⁵⁰ Id. Supremo Tribunal Federal. STA 175 Ag/CE. Relator: Ministro Gilmar Mendes. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=610255>>. Acesso em: 7 out. 2015.

⁵¹ Id. Supremo Tribunal Federal. ARE 734877 AgR/PA. Relator: Ministro Luiz Fux. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=335538>>. Acesso em: 7 out. 2015.

O citado acórdão no agravo regimental em pedido de suspensão de tutela antecipada afirma, ainda, que a inexistência de Protocolo Clínico no SUS não pode significar violação ao princípio da integralidade do sistema, caso em que a omissão administrativa no tratamento poderá ser objeto de impugnação judicial, sendo imprescindível a ampla produção de provas. Tal entendimento encontra eco em outros julgados⁵².

Quanto à obrigatoriedade de prestação de serviços e insumos de alto custo, a matéria teve sua repercussão geral reconhecida no RE 566471 RG/RN⁵³, cujo mérito ainda não foi julgado. Sem prejuízo, existem decisões no sentido de que o alto custo e conseqüente grave dano à economia popular devem ser comprovados⁵⁴. Ademais, não há impedimento de o Ente não se opor ao fornecimento de medicamento de alto custo, hipótese em que poderá, inclusive, ser obrigado a manter o medicamento em estoque por determinado prazo, como garantia de continuidade do tratamento⁵⁵.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que, historicamente, a assistência pública à saúde no Brasil esteve predominantemente ligada ao suporte dos meios de produção. Entretanto, a CRFB/88 rompeu com essa relação através da universalização e equidade da assistência pública à saúde. O Movimento Sanitário Brasileiro influenciou a criação do SUS, a ser gerido pelos princípios e diretrizes da universalidade, igualdade, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade.

⁵² SL 815 AgR/SP; STA 761 Ag/SP; RE 801841 AgR/PR; ARE 827931 AgR / SC; e AI 824946 ED/RS.

⁵³ Id. Supremo Tribunal Federal. RE 566471 RG/RN. Relator: Ministro Marco Aurélio. Disponível em: < <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=499864>>. Acesso em: 7 out. 2015.

⁵⁴ Id. Supremo Tribunal Federal. STA 361 AgR/BA. Relator: Ministro Cezar Peluso. Disponível em: < <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=610255>>. Acesso em: 7 out. 2015.

⁵⁵ Id. Supremo Tribunal Federal. RE 429903/RJ. Relator: Ministro Ricardo Lewandowski. Disponível em: < <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=6511667>>. Acesso em: 7 out. 2015.

Atualmente são demandados esforços de integração dessas normas e implementação e interpretação do Direito Público à Saúde. Nesse contexto, o Judiciário assume papel de protagonista no delineamento dos limites a serem impostos ao Direito Público à Saúde, numa condição permeada pelas urgências inerentes às questões sobre saúde.

Por último, da observação das decisões citadas no capítulo 3, se extrai que os principais entendimentos predominantes no STF sobre o tema Direito Público à Saúde são que: (1) é um direito público subjetivo; (2) os Entes da Federação são solidariamente obrigados a garanti-lo; (3) há a possibilidade de o Judiciário determinar ao Poder Executivo a implementação medidas concretas, com o fim de cumprir políticas públicas previamente estabelecidas, ligadas ao Direito Público à Saúde; (4) quanto à obrigação de fornecer insumos e prestar serviços de saúde: (4.1) há obrigação de a Administração Pública fornecer medicamentos, quando previstos nas listas oficiais ou em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas; (4.2) não há obrigatoriedade quando o tratamento é experimental; (4.3) quando houver previsão de tratamento especificado pelo SUS, esse deve ser prestigiado, sem prejuízo de, excepcionalmente, determinar tratamento alternativo, conforme comprovada a necessidade, analisada caso a caso; (5) o alto custo e conseqüente grave dano à economia popular devem ser comprovados sem prejuízo da repercussão geral reconhecida neste tema em recurso especial ainda não julgado.

REFERÊNCIAS

A “Civilização” dos Moradores. <<http://www.ccms.saude.gov.br/revolta/pdf/M1.pdf>>. Acesso em: 4 de jul. de 2015.

ALEXANDRE apud LEHMANN, Leonardo Henrique Marques. *Saúde e Ministério Público na Pós-Modernidade*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2014.

ARRETCHE, Marta apud LEHMANN, Leonardo Henrique Marques. *Saúde e Ministério Público na Pós-Modernidade*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2014.

BARROSO, Luiz Roberto. *Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial*. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/dl/estudobarroso.pdf>>. Acesso em: 6 de jun. de 2015.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm> Acesso em: 4 out. 2015.

_____. Constituição Política do império do Brasil de 1824. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao24.htm> Acesso em: 4 out. 2015.

_____. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1934. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao34.htm> Acesso em: 4 out. 2015.

_____. Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 1946. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao46.htm> Acesso em: 4 out. 2015.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1967. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao67.htm> Acesso em: 4 out. 2015.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1967 com redação dada pela Emenda Constitucional nº 1, de 17.10.1969. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao67EMC69.htm> Acesso em: 4 out. 2015.

_____. Constituição da República dos Estados unidos do Brasil de 1891. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao91.htm> Acesso em: 4 out. 2015.

_____. Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm> Acesso em: 4 out. 2015.

_____. Emenda Constitucional n. 89, de 17 de março de 2015. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc86.htm> Acesso em: 4 out. 2015.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm> Acesso em: 4 out. 2015.

_____. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm> Acesso em: 4 out. 2015.

_____. Lei n. 12.401, de 28 de abril de 2011. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm> Acesso em: 4 out. 2015.

_____. Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7646.htm> Acesso em: 4 out. 2015.

_____. Conselho Nacional de Justiça. Resolução n. 107, de 6 de abril de 2010. Disponível em <http://www.cnj.jus.br/images/atos_normativos/resolucao/resolucao_107_06042010_11102012191858.pdf> Acesso em: 4 out. 2015.

_____. Conselho Nacional de Justiça. Relatório de demandas relacionadas à saúde nos tribunais até 2011. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/images/programas/forumdasaude/relatorio_atualizado_da_resolucao107.pdf> Acesso em: 4 out. 2015.

_____. Conselho Nacional de Justiça. Relatório de demandas relacionadas à saúde nos tribunais – dados enviados até junho de 2014. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/images/programas/forumdasaude/demandasno tribunais.forumSaude.pdf>> Acesso em: 4 out. 2015.

_____. Conselho Nacional de Justiça. *Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência*. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/06/6781486daf02bc6ec8c1e491a565006.pdf>>. Acesso em: 8 de out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.203, de 5 de novembro de 1996. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 4 de out. de 2015.

_____. Supremo Tribunal Federal. RE 271286 AgR/RS. Relator: Celso de Mello. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=335538>>. Acesso em: 7 out. 2015.

_____. Supremo Tribunal Federal. RE 855178 RG/SE. Relator: Luiz Fux. Disponível <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=8015671>>. Acesso em: 7 out. 2015.

_____. Supremo Tribunal Federal. RE 684612 RG/RJ. Relator: Cármen Lucia. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=6047751>>. Acesso em: 7 out. 2015.

_____. Supremo Tribunal Federal. ADPF 45 MC/DF. Relator: Min. Celso de Mello. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo345.htm>>. Acesso em: 7 out. 2015.

_____. Supremo Tribunal Federal. RE 566471 RG/RN. Relator: Ministro Marco Aurélio. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=499864>>. Acesso em: 7 out. 2015.

_____. Supremo Tribunal Federal. RE 657718 RG/MG. Relator: Ministro Marco Aurélio. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=1983664>>. Acesso em: 7 out. 2015.

_____. Supremo Tribunal Federal. SL 47-AgR. Relator: Ministro Gilmar Mendes. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=3442753>>. Acesso em: 7 out. 2015.

_____. Supremo Tribunal Federal. STA 175 Ag/CE. Relator: Ministro Gilmar Mendes. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=610255>>. Acesso em: 7 out. 2015.

_____. Supremo Tribunal Federal. ARE 734877 AgR/PA. Relator: Ministro Luiz I Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=335538>>. Acesso em: 7 out. 2015.

_____. Supremo Tribunal Federal. STA 361 AgR/BA. Relator: Ministro Cezar Peluso. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=610255>>. Acesso em: 7 out. 2015.

_____. Supremo Tribunal Federal. RE 429903/RJ. Relator: Ministro Ricardo Lewandowski. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=6511667>>. Acesso em: 7 out. 2015.

ESCOREL; TEIXEIRA apud LEHMANN, Leonardo Henrique Marques. *Saúde e Ministério Público na Pós-Modernidade*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2014.

GALVÃO, Márcio Antônio Moreira. *Origem das Políticas de Saúde Pública no Brasil: do Brasil-Colônia a 1930*. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf>. Acesso em: 14 de ago. 2015.

IBRAHIM, Fábio Zambitte. *Curso de Direito Previdenciário*. 20. ed. Niterói: Impetus, 2015.

LEHMANN, Leonardo Henrique Marques. *Saúde e Ministério Público na Pós-Modernidade*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2014.

LIMA apud LEHMANN, Leonardo Henrique Marques. *Saúde e Ministério Público na Pós-Modernidade*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2014.

MACHADO apud GALVÃO, Márcio Antônio Moreira. *Origem das Políticas de Saúde Pública no Brasil: do Brasil-Colônia a 1930*. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf>. Acesso em: 14 de ago. 2015.

NUNES apud LEHMANN, Leonardo Henrique Marques. *Saúde e Ministério Público na Pós-Modernidade*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2014, p. 81.

PATU, Gustavo; PINHO, Angela. Só 8 Estados e o DF gastam em saúde o que determina a lei. *Jornal Folha de São Paulo*, São Paulo, jun. de 2008. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/brasil/fc1106200815.htm>> Acesso em: 4 de out. 2015.

PINTO, Élide Graziane; SARLET, Ingo Wolfgang. *Regime previsto na EC 86/2015 deve ser piso e não o teto de gasto em saúde*. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2015-mar-24/gasto-saude-previsto-ec-862015-piso-nao-teto>>. Acesso em: 25 de abr. 2015.

PORTAL Institucional. Disponível em: <<http://www.cmb.org.br/index.php/component/content/article/25-institucional/historia/179-as-santas-casas-Onasceram-junto-com-o-brasil>> Acesso em: 14 de ago. 2015.

REZENDE apud Lehmann, Leonardo Henrique Marques. *Saúde e Ministério Público na Pós-Modernidade*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2014.

RODRIGUES; SANTOS apud LEHMANN, Leonardo Henrique Marques. *Saúde e Ministério Público na Pós-Modernidade*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2014.

ROSEMBERG, Ana Margarida Furtado Arruda. *Breve História da Saúde Pública no Brasil*. In: Organizadores Maria Zélia Rouquayrol e Marcelo Gurgel. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: Científica Ltda., 2013.

VASCONCELOS; PASCHE apud LEHMANN, Leonardo Henrique Marques. *Saúde e Ministério Público na Pós-Modernidade*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2014.

WEICHERT apud LEHMANN, Leonardo Henrique Marques. *Saúde e Ministério Público na Pós-Modernidade*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2014.